Satzung

der mhplus Betriebskrankenkasse

Nürnberg

Stand: 01.10.2026

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse
§ 2	Verwaltungsrat
§ 2a	Stimmverteilung
§ 3	Vorstand
§ 4	Widerspruchsausschüsse
§ 5	Kreis der versicherten Personen
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft
§ 7	Bemessung der Beiträge
§ 8	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
§ 9	Prämienzahlung
§ 10	Fälligkeit der Beiträge gemäß § 23 SGB IV in Verbindung mit § 240 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 10 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler, § 256 Absatz 1 SGB V
§ 11	Höhe der Rücklage
§ 12	Aufbringung der Mittel
§ 13	Leistungen
§ 14	Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten
§ 15	Medizinische Vorsorgeleistungen
§ 16	Derzeit nicht besetzt
§ 17	Derzeit nicht besetzt
§ 17a	Bonuszahlungen in Verbindung mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 17b	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (Fitcash-Gesundheitsbonus)
§ 17c	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Kinder und Jugendlichen (Potzblitz-Kinderbonus)
§ 17d	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

§ 17e Wahltarife Krankengeld
§ 17f Wahltarif Reiseschutzpaket
§ 17g Derzeit nicht besetzt
§ 17h Hausarztzentrierte Versorgung
§ 17i Besondere Versorgung
§ 17j Neugeborenenbonus – Baby-Bonus
§ 18 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V
§ 18a Nicht als Regelleistung verordnungsfähige Hilfsmittel (Lichttherapiegeräte)
§ 18b Osteopathie
§ 18c Derzeit nicht besetzt
§ 18d Professionelle Zahnreinigung
§ 18e Zusätzliche Schwangerschaftsleistungen
§ 18f Hebammenrufbereitschaft
§ 18g Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel
§ 18h Versiegelung von Glattflächen
§ 18i Fissurenversiegelung
§ 18j Sportmedizinische Untersuchung und Beratung
§ 18k Derzeit nicht besetzt
§ 18l Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen
§ 19 Primärprävention
§ 19a Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz
§ 20 Kooperation mit der PKV
§ 21 Aufsicht
§ 22 Mitgliedschaft im Landesverband
§ 23 Bekanntmachungen
§ 24 Ausgleichsverfahren nach dem AAG
§ 25 Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 der Satzung:	Entschädigungsregelung
Anlage zu § 24 der Satzung:	Ausgleichsverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)
Anlage zu § 17b der Satzung:	Fitcash-Gesundheitsbonus: Bonifizierbare Gesundheitsmaßnahmen und Katalog der Gesundheitsleistungen

Artikel I

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen „mhplus Betriebskrankenkasse“ sowie die Kurzbezeichnung „mhplus BKK“.

Sie hat ihren Sitz in Nürnberg.

II. Der Bezirk der mhplus Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe und Betriebsteile

- der MANN+HUMMEL GmbH, Ludwigsburg, in Ludwigsburg, Marklkofen, Speyer, Wolfsburg;
- der Amann & Söhne GmbH & Co. KG, Bönnigheim, in Bönnigheim-Erligheim und Augsburg;
- der Amann Handel GmbH, Bönnigheim, in Bönnigheim;
- Essity GmbH, Mannheim, in Mannheim, Aschheim und Hamburg;
- Raubling Papier GmbH, Raubling, in Raubling;
- DS Smith Paper Deutschland GmbH, Aschaffenburg, in Aschaffenburg und Witzenhausen;
- Munksjö Unterkochen GmbH, Aalen, in Aalen-Unterkochen;
- proNARO GmbH, Mannheim, in Mannheim;
- DS Smith Recycling Deutschland GmbH, Raubling, in Raubling;
- GSW Süddeutsche Wohnungsgesellschaft mbH, Mannheim, in Mannheim;
- BTK Befrachtungs- und Transportkontor GmbH, Raubling, in Raubling und Heilbad Heiligenstadt;
- Steinbeis Holding GmbH, Brannenburg, in Brannenburg und München;
- Wendelsteinbahn GmbH, Brannenburg, in Brannenburg;
- PharmaZell GmbH, Raubling, in Raubling;
- Mondi Inncoat GmbH, Raubling, in Raubling;

- Gebr. Conzelmann GmbH & Co. KG i. I., Albstadt, in Albstadt, Rangendingen, Ravensburg, Oberstdorf, Garmisch-Partenkirchen, Bad-Kissingen, Hermsdorf, Zwickau, St. Peter-Ording und Binz;
- Atos Information Technology GmbH, München, in Berlin, Bremen, Düsseldorf, Frankfurt am Main, Fürth, Hamburg, Hannover-Laatzen, Holzminden, Kassel, Köln, Leipzig, Mannheim, Meppen, München, Paderborn, Saarbrücken, Stuttgart und Wolfsburg;
- Eviden Germany GmbH, München, in München und Fürth;
- AVT Audio Video Technologies GmbH, Nürnberg, in Nürnberg;
- Brennet GmbH, Wehr, in Wehr;
- DREWS Holding AG, Schrozberg, in Schrozberg;
- Irisette GmbH & Co. KG, Borken, in Borken;
- TVW Textil-Veredelung GmbH, Schrozberg, in Schrozberg;
- AVG Abfallentsorgungs- und Verwertungsgesellschaft Köln mbH, Köln, in Köln;
- AWB Abfallwirtschaftsbetriebe Köln GmbH, Köln, in Köln;
- Deutsche Sporthochschule Köln als Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen, Köln, in Köln;
- GEW Köln AG, Köln, in Köln;
- RheinEnergie AG, Köln, in Köln;
- Häfen und Güterverkehr Köln AG, Köln, in Köln, Wesseling, Brühl, Hürth, Frechen und Dormagen;
- Jugendzentren Köln Gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH (JugZ), Köln, in Köln;
- Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Köln, in Köln;
- KölnBäder GmbH, Köln, in Köln;
- Koelncongress GmbH, Köln, in Köln;
- Kölner Verkehrs-Betriebe AG, Köln, in Köln;
- KÖLNMUSIK Betriebs- und Servicegesellschaft mbH, Köln, in Köln;
- KölnTourismus GmbH, Köln, in Köln;
- ACHTBRÜCKEN GmbH, Köln, in Köln;
- NetCologne Gesellschaft für Telekommunikation mbH, Köln, in Köln;
- SBK Sozial-Betriebe-Köln gemeinnützige GmbH, Köln, in Köln;

- Stadtentwässerungsbetriebe Köln, Anstalt des öffentlichen Rechts, Köln, in Köln;
- Sparkasse KölnBonn, Köln, in Köln;
- Stadtverwaltung Köln, in Köln;
- Stadtwerke Köln GmbH, Köln, in Köln;
- Wohnungsgesellschaft der Stadtwerke Köln mbH, Köln, in Köln;
- NKT GmbH & Co. KG, Köln, in Köln, Berlin;
- NKT GmbH, Nordenham, in Nordenham;
- Ormazabal Anlagentechnik GmbH, Krefeld, in Krefeld;
- DWK Drahtwerk Köln GmbH, Köln, in Köln;
- HSP Hochspannungsgeräte GmbH, Troisdorf, in Troisdorf;
- Axians Networks & Solutions GmbH, Ludwigshafen am Rhein, in Ludwigshafen am Rhein, Köln, Berlin, Hamburg, Dortmund, Stuttgart und Frankfurt am Main;
- alle Verwaltungsdienststellen, Betriebe und Eigenbetriebe, deren Träger die Hansestadt Lübeck ist, insbesondere
  - Stadtverwaltung Lübeck, in Lübeck;
  - Baltic Rail Gate GmbH, Lübeck, in Lübeck;
  - BQL Berufsausbildungs- und Qualifizierungsagentur Lübeck GmbH, Lübeck, in Lübeck;
  - Entsorgungszentrum Lübeck GmbH, Lübeck, in Lübeck;
  - European Cargo Logistics GmbH (ECL), Lübeck, in Lübeck;
  - Gleisinstandhaltung Lübeck GmbH (GIG), Lübeck, in Lübeck;
  - Grundstücksgesellschaft Metallhüttengelände mbH, Lübeck, in Lübeck;
  - Grundstücks-Gesellschaft TRAVE mbH, Lübeck, in Lübeck;
  - KWL GmbH, Lübeck, in Lübeck;
  - LHG Service-Gesellschaft mbH, Lübeck, in Lübeck;
  - Lübeck Distribution GmbH, Lübeck, in Lübeck;
  - Lübeck und Travemünde Marketing GmbH, Lübeck, in Lübeck;
  - Lübecker Hafen-Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Lübeck, in Lübeck;
  - Lübecker Musik- und Kongreßhallen Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Lübeck, in Lübeck;
  - Lübeck-Travemünder Verkehrsgesellschaft mbH, Lübeck, in Lübeck;

- TraveNetz GmbH, Lübeck, in Lübeck;
- Nordic Rail Service GmbH, Lübeck, in Lübeck;
- Stadtwerke Lübeck Mobil GmbH, Lübeck, in Lübeck;
- Stadtwerke Lübeck Energie GmbH, Lübeck, in Lübeck;
- Stadtwerke Lübeck Gruppe GmbH, Lübeck, in Lübeck;
- Stadtwerke Lübeck Innovation GmbH, Lübeck, in Lübeck;
- Theater Lübeck gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Lübeck, in Lübeck;
- Stadtwerke Lübeck Digital GmbH, Lübeck, in Lübeck;
- TraveKom projects GmbH & Co KG, Lübeck, in Lübeck;
- TraveKom projects Verwaltungs GmbH, Lübeck, in Lübeck;
- städtische SeniorInnenEinrichtugen, Lübeck, in Lübeck;
- Kurbetrieb Travemünde, Lübeck, in Lübeck;
- Lübecker Schwimmbäder, Lübeck, in Lübeck;
- Entsorgungsbetriebe Lübeck, Lübeck, in Lübeck;

- Medizinische Universität zu Lübeck, Lübeck, in Lübeck;
- Maschinenfabrik Herkules Meuselwitz GmbH, Meuselwitz, in Meuselwitz;
- Meuselwitz Guß Eisengießerei GmbH, Meuselwitz, in Meuselwitz,
- Hoftex Group AG, Hof, in Hof;
- Hoftex Färberei GmbH, Hof, in Hof;
- Tenowo GmbH, Hof, in Hof;
- Hoftex Immoblien I GmbH, Hof, in Hof;
- Neutex Home Deco GmbH, Münchberg, in Münchberg.

Der Bezirk der mhplus Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Gebiete der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen.

§ 2 Verwaltungsrat

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

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

3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter, die jeweils verschiedenen Gruppen angehören müssen.

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

II. Der Verwaltungsrat der mhplus Betriebskrankenkasse besteht aus neun Vertretern der Versicherten und fünf Vertretern der Arbeitgeber. Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der mhplus Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die mhplus Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die mhplus Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind

2. den Haushaltsplan festzustellen

3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV) über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.

4. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen

5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstands gemeinsam durch seine Vorsitzenden vertraglich zu regeln

6. einen leitenden Beschäftigten der mhplus Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstands zu beauftragen

7. den Vorstand zu überwachen

8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die mhplus Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten

9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen

10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrats gemäß § 41 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrats ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.

VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats widerspricht der schriftlichen Abstimmung.

Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

X. Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie.

XI. Sitzungen des Verwaltungsrats können durch Zuschaltung von Mitgliedern mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung durchgeführt werden (hybride Sitzung). Bei öffentlichen Sitzungen wird der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung in Prä-

senz ermöglicht. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen und bei Vorstandswahlen. Sitzungen des Verwaltungsrats können in außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Tonübertragung stattfinden (digitale Sitzung). Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall 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 Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. In der Einladung zur Sitzung ist festzulegen, in welcher Frist und Form der Widerspruch zu erfolgen hat. Bei öffentlichen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Die Beschlussfassung in hybriden und digitalen Sitzungen erfolgt nach Festlegung durch den Vorsitzenden durch Stimmabgabe per Handzeichen, mündlich oder über ein geeignetes technisches Abstimmungstool. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf. Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig. Die mhplus Betriebskrankenkasse stellt in ihrem Verantwortungs- und Einflussbereich sicher, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der mhplus Betriebskrankenkasse liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses. Bei nicht öffentlichen hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Verwaltungsrates sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

§ 2a Stimmverteilung

Abweichend von § 49 Absatz 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, Folgendes bestimmt:

Das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, bemisst sich gemäß § 49 Absatz 2 SGB IV nach der Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50I SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

Er hat bei

- 1 bis 250 Versicherten zehn Stimmen,
- 251 bis 500 Versicherten 50 Stimmen,
- 501 bis 750 Versicherten 75 Stimmen und
- je weiteren 1 bis 250 Versicherten 25 weitere Stimmen bis zur Höchstzahl von 250 Stimmen.

§ 3 Vorstand

I. Dem Vorstand der mhplus Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.

II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

III. Der Vorstand verwaltet die mhplus Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die mhplus Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten

2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten

3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrats aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten

4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten

5. jährlich die Jahresrechnung nach § 31 Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV) prüfen zu lassen und die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.

6. die mhplus 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 mhplus Betriebskrankenkasse abzuschließen

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen

§ 4 Widerspruchsausschüsse

I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird vom Vorstand beauftragten Mitarbeitern und den Widerspruchsausschüssen übertragen. Es werden zehn Mitarbeiter vom Vorstand beauftragt und drei Widerspruchsausschüsse eingerichtet. Die Widerspruchsausschüsse haben ihren Sitz in Ludwigsburg.

Die vom Vorstand Beauftragten entscheiden über

- Widersprüche, deren Streitwert unter 2.000,00 € liegt, wenn dies eindeutig bezifferbar ist,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von häuslicher Krankenpflege,
- Widersprüche betreffend die Krankengeldansprüche,
- Widersprüche betreffend die Versicherungs- und Beitragsansprüche,
- Widersprüche betreffend die Erhebung eines Zusatzbeitrags bzw. die Höhe des Zusatzbeitrags,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/ Erstattung von Fahrtkosten,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/ Erstattung von Präventionskosten sowie Kosten von Patientenschulungen,
- Widersprüche betreffend die Ansprüche auf ambulante Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Individuelle Gesundheitsleistungen,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf langfristige Heilmittel,
- Widersprüche betreffen die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/ Erstattung plastischer und ästhetisch korrigierender Operationen,
- Widersprüche betreffend Off-Label-Use von Arzneimitteln,

- Widersprüche betreffend kieferorthopädische Behandlungen von Erwachsenen,
- Widersprüche betreffend die Übernahme/Erstattung der Versorgung mit Cannabis,
- Widersprüche betreffend die Übernahme/Erstattung einer außervertraglichen Psychotherapie,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung außerklinischer Intensivpflege,
- Widersprüche betreffend die Kostenübernahme/Erstattung für Behandlungen in einer Privatklinik,
- Widersprüche betreffend die Genehmigung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV),
- Widersprüche betreffend die Übernahme/Erstattung der Kosten im Zusammenhang mit einer Liposuktion (einschließlich Folgemaßnahmen),
- Widersprüche betreffend die Genehmigung von Anträgen auf Übernahme/Erstattung der Kosten für Kontinuierlich messende Glukosemesssysteme (Hilfsmittel-Nr. 30.43.xx)

und erlassen die entsprechenden Widerspruchsbescheide.

In den verbleibenden Fällen und allen Fällen, die Mitarbeiter der mhplus Betriebskrankenkasse betreffen, wird die Entscheidung und der Erlass des Widerspruchsbescheides den Widerspruchsausschüssen übertragen.

II. 1. Die Widerspruchsausschüsse setzen sich zusammen aus jeweils zwei Vertretern der Versicherten, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen, und einem Arbeitgebervertreter, der die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllt. Die Versichertenvertreter haben jeweils eine Stimme. Der Arbeitgebervertreter verfügt über zwei Stimmen.

2. Jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter der Widerspruchsausschüsse werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrats gewählt. Die Arbeitgebervertreter der Widerspruchsausschüsse werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrats gewählt.

   Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrats. Die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitz der Widerspruchsausschüsse wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

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

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen der Widerspruchsausschüsse beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss kann schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung.

8. Sitzungen der Widerspruchsausschüsse können durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung von Mitgliedern durchgeführt werden (hybride Sitzungen). Sitzungen der Widerspruchsausschüsse können in außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild- und Ton-

übertragung stattfinden (digitale Sitzungen). Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht. In der Einladung zur Sitzung ist festzulegen, in welcher Frist und Form der Widerspruch zu erfolgen hat. Die Beschlussfassung in hybriden und digitalen Sitzungen erfolgt nach Festlegung durch den Vorsitzenden durch Stimmabgabe per Handzeichen, mündlich oder über ein geeignetes technisches Abstimmungstool. Bei Bedarf erfolgt für die Abstimmung ein namentlicher Aufruf. Eine ausschließlich telefonische Teilnahme an hybriden und digitalen Sitzungen ist nicht zulässig. Die mhplus Betriebskrankenkasse stellt in ihrem Verantwortungs- und Einflussbereich sicher, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der mhplus Betriebskrankenkasse liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses. Bei hybriden und digitalen Sitzungen haben die durch Bild- und Tonübertragung teilnehmenden Mitglieder des Widerspruchsausschusses sicherzustellen, dass bei ihnen keine unbefugten Dritten die Sitzung verfolgen können.

III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Verwaltungsrat aufgestellte Geschäftsordnung.

IV. Die Widerspruchsschüsse nehmen auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Ordnungswidrigkeitengesetz (OwiG) wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I. Zum Kreis der bei der mhplus Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören

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

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

II. Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, der Krankenkasse beitreten, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen.

III. Familienversicherte

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

II. Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz V SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in

dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

III. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Absatz 1 Satz 5 gilt.

IV. Absatz II gilt nicht, wenn ein Wahltarif nach § 17e gewählt wurde. Absatz I gilt mit der Maßgabe, dass die Mitgliedschaft nur unter den zusätzlichen Voraussetzungen des § 9 Absatz VII und VIII bzw. § 17e Absatz XV und XVI, § 17f Absatz III gekündigt werden kann.

§ 7 Bemessung der Beiträge

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.

§ 8 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die mhplus Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,86 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9 Prämienzahlung

I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als drei Monate als Mitglied bei der mhplus Betriebskrankenkasse versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zulasten der mhplus Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der mhplus Betriebskrankenkasse schriftlich oder digital erklärt, den Wahltarif Prämienzahlung in Anspruch nehmen zu wollen. Wird die Erklärung abgegeben, beginnt die Teilnahme ab dem Ersten des folgenden Kalendermonats.

II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V, Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, § 22a SGB V).

Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige und Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/24 des im Kalenderjahr an die mhplus Betriebskrankenkasse gezahlten Jahresbeitrags. Abrechnungszeitraum ist grundsätzlich das Kalenderjahr. Die Abrechnung erfolgt bei unterjähriger wirksamer Kündigung des Tarifs anteilig für die Monate, für die eine Tarifbindung bestand.

IV. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im Folgejahr an das Mitglied, frühestens im Juli.

V. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen.

VI. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Die Wahl des Tarifes Prämienzahlung ist ausgeschlossen für Mitglieder, die entsprechend § 16 Absatz 3a Satz 3 SGB V mit Beiträgen im Rückstand sind. Die Wahl des Tarifs Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif gewählt hat.

VII. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der mhplus Betriebskrankenkasse seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der mhplus Betriebskrankenkasse. Der Wahltarif endet nach schriftlicher oder digitaler Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ende des jeweiligen Teilnahmejahres, frühestens jedoch abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. Der Wahltarif verlängert sich nach Beendigung der Mindestbindungsfrist jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied den Tarif nicht nach Satz 3 wirksam gekündigt hat. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme an dem Wahltarif kann die Mitgliedschaft abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V nicht gekündigt werden. Das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V gilt.

VIII. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Absatz VII Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats wirksam.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge gemäß § 23 SGB IV in Verbindung mit § 240 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 10 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler, § 256 Absatz 1 SGB V

I. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

II. Die von den 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. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 20 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrags der Ausgaben.

§ 12 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 13 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang gemäß § 11 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V

Die Versicherten der mhplus Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege, höchstens 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die mhplus Betriebskrankenkasse gewährt über die Regelungen des § 38 Abs. 1 SGB V hinaus für einen Zeitraum von maximal 26 Wochen Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person laut ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushaltes wegen einer schweren Erkrankung oder wegen akuter Verschlimmerung einer Erkrankung nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Dem Versicherten werden die nachgewiesenen Kosten in angemessener Höhe (maximaler Stundensatz: 2,5 v. H. der monatlichen Bezugsgröße – auf- bzw. abgerundet auf den nächsten geraden Euro-Betrag - gemäß § 18 SGB IV und hiervon ein Achtel) erstattet. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; es können jedoch für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft entstehenden Kosten steht. Zur Erstattung sind der mhplus Betriebskrankenkasse die Rechnungen in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

2. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 S. 1 SGB V.

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.

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

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Versicherten haben die mhplus Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme der Kostenerstattung schriftlich oder digital in Kenntnis zu setzen. Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der mhplus 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 vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche)

3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die mhplus Betriebskrankenkasse davon Kenntnis erhält.

4. Zur Erstattung sind der mhplus Betriebskrankenkasse die spezifizierten Rechnungen der Leistungserbringer und die ärztlichen Verordnungen schriftlich

oder digital einzureichen. Die Rechnungen müssen nach Zeit und Art der Leistungen aufgegliedert sein; Arzt- und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose oder den Befund enthalten. Auf Verlangen der mhplus Betriebskrankenkasse hat der Versicherte die Bezahlung der Rechnungen nachzuweisen.

5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die mhplus Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Die Kasse kann die Ermittlung der Erstattungsbeträge vereinfachen. Die mhplus Betriebskrankenkasse ermittelt den Erstattungsbetrag in pauschalisierter Form. Der Erstattungsbetrag wird regelhaft in Höhe von 25 vom Hundert, im Falle der Arzneimittelversorgung 65 vom Hundert, im Falle der Heilmittelversorgung 45 vom Hundert und im Falle der ärztlichen Behandlung sowie zahnärztlichen Versorgung in Höhe von 25 vom Hundert der ausgewiesenen Rechnungslegung ermittelt und anschließend um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages. Vom individuell ermittelten Erstattungsbetrag werden 5 vom Hundert als Abschlag für Verwaltungskosten abgezogen.

6. Der Erstattungsbetrag ist nach Abzug der Zuzahlungen um 5 v. H. maximal 50,00 €, 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 Pauschbetrags zu erstatten oder unterliegen aufgrund 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 Berufs 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.

Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Nach Abzug der Zuzahlung ist der Erstattungsbetrag um 5 v. H. und maximal 50,00 €, für Verwaltungskosten zu kürzen.

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 mhplus Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den 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

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen

   a) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
   b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.

   Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die mhplus Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 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. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

3. § 13 Abs. V Nr. 6 gilt.

VII. Ärztliche Zweitmeinung

Die mhplus Betriebskrankenkasse gewährt auf Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Versicherte können eine ärztliche Zweitmeinung von einem nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in Anspruch nehmen, sofern diese medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, können nicht Gegenstand der Regelungen sein. Die Inanspruchnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

Für Indikationen, für die bereits aufgrund der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des G-BA ein Anspruch auf Zweitmeinung besteht, wird kein Anspruch auf Zweitmeinung als Satzungsleistung gewährt.

1. Ärztliche Zweitmeinung vor geplanten orthopädischen Operationen

a) Die Satzungsleistung Zweitmeinung kann für geplante orthopädische Operationen innerhalb eines halben Jahres nach Erhalt der Operationsindikation in Anspruch genommen werden, soweit die Zweitmeinung gemäß Zweitmeinungsrichtlinie nicht bereits Teil der Regelversorgung ist. Somit gehören aktuell zur Satzungsleistung:
- Operationen an der Schulter mit Ausnahme arthroskopischer Eingriffe,
- Operationen am Knie mit Ausnahme der Implantation, Revision oder Wechsels einer totalen oder partiellen Prothese,
- Operationen an der Hüfte mit Ausnahme Implantation einer Totalendoprothese am Hüftgelenk sowie Revisionseingriffe, Wechsel und Entfernungen von Total- oder Teilendoprothesen,
- Operationen am Sprunggelenk,
- Operationen am Fuß mit Ausnahme der Amputation bei diabetischem Fußsyndrom,
- Operationen am Ellenbogen,
- Operationen an der Hand.

b) Der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt garantiert eine qualitätsgesicherte, auf dem aktuellen Stand der medizinischen

und medizintechnischen Erkenntnisse basierende Leistungserbringung. Er weist nach, dass er die im 4. Kapitel des SGB V geregelten Anforderungen an die Qualifikation zugelassener Leistungserbringer erfüllt.

Insbesondere ist der Nachweis bezüglich folgender Qualitätssicherungsmerkmale gegenüber der mhplus Betriebskrankenkasse zu erbringen:
- Qualifikation zum Facharzt für (Neuro-)Chirurgie und/oder Orthopädie,
- langjährige Berufserfahrung im orthopädischen Bereich und
- aktive Mitgliedschaft in einer anerkannten Gesellschaft dieses Fachgebiets.

c) Die mhplus Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, welche die Erfüllung der nach b) benannten Anforderungen gegenüber der mhplus nachgewiesen haben. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.mhplus.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die mhplus Betriebskrankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher oder digitaler Form zur Verfügung.

d) Zur Erstattung der Kosten sind die spezifizierten Rechnungen sowie eine ärztliche Bescheinigung, aus welcher eine Operationsindikation gemäß a) an der Bandscheibe, am Knie oder an der Schulter hervorgeht, gegenüber der mhplus Betriebskrankenkasse in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen. Die ärztliche Bescheinigung muss dazu eine genaue Angabe der betreffenden Körperregion bzw. des betreffenden Gelenks beinhalten. Die mhplus Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten maximal einmal im Kalenderjahr. Erstattet werden höchstens 379,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

2. Ärztliche Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen

a) Der Anspruch setzt voraus, dass die mhplus Betriebskrankenkasse mit den nicht zugelassenen Leistungserbringern oder über einen beauftragten Dritten eine Vereinbarung getroffen hat, die diese Behandlung einschließt. Die Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der mhplus Betriebskrankenkasse und dem beauftragten Dritten bzw. dem Leistungserbringer. Die Versicherten haben das Recht, über die Inhalte dieser Vereinbarung informiert zu werden. Die mhplus Betriebskrankenkasse trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern.

b) Die Krankenkasse trifft zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen mit nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind
- eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
- Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.
- Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
- regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
- Beleg über die zu jeder Zeit mögliche fachübergreifende Interdisziplinarität durch Beteiligung der verschiedenen Fachärzte der folgenden Disziplinen: Chirurgie, Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie und Radiologie sowie den je nach Einzelfall (ICD-Codierung) zuständigen Fachärzten.

Die mhplus Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, welche die Erfüllung der nach b) benannten Anforderungen gegenüber der mhplus nachgewiesen haben. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite www.mhplus.de öffentlich bekannt gemacht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die mhplus Betriebskrankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher oder digitaler Form zur Verfügung.

c) Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf die Diagnosen folgender onkologischer Erkrankungen: ICD Code C00-C97- Bösartige Neubildungen in den Bereichen Lippe, Mundhöhle, Pharynx, Verdauungsorgane, Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, Knochen und Gelenkknorpel, Haut, Mesotheliales Gewebe, Weichteilgewebe, Brustdrüse (Mamma), Weibliche Genitalorgane, Männliche Genitalorgane, Harnorgane, Auge, Gehirn, sonstige Teile des Zentralnervensystems, Schilddrüse, sonstige endokrine Drüsen, sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Primärtumoren an mehreren Lokalisationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

d) Alle Versicherten der mhplus Betriebskrankenkasse können den Zweitmeinungsservice in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der mhplus Betriebskrankenkasse krankenversichert sind und eine der unter c) genannten Diagnosen vorliegt. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

e) Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung:
Die mhplus Betriebskrankenkasse leistet dafür Gewähr, dass die datenschutzrechtlichen Pflichten nach dem Bundesdatenschutzgesetz und des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für die nach § 9 BDSG sowie § 78a SGB X nebst den jeweiligen Anlagen geforderten technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sämtliche

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

f) Kostenübernahmeregelung:
Zur Erstattung der Kosten sind die spezifizierten Rechnungen sowie eine ärztliche Bescheinigung, aus welcher eine Operationsindikation gemäß c) hervorgeht, gegenüber der mhplus Betriebskrankenkasse in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen. Die mhplus Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten maximal einmal im Kalenderjahr. Erstattet werden höchstens 379,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

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

VIII. Leistungsausschluss

1. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch nehmen.

2. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der mhplus Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich oder digital zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen, und dass er von der mhplus Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen

Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der mhplus Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die mhplus Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustands der Versicherten den Medizinischen Dienst (MD) einschalten.

§ 14 Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse übernimmt Impfungen, die nicht von den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V erfasst werden. Voraussetzungen für die Kostenübernahme ist, dass diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten anlässlich eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts, die aufgrund des erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Der behandelnde Arzt hat hierfür eine Verordnung auszustellen.
Zudem übernimmt die mhplus die Kosten für folgende Schutzimpfung:

- HPV für 18- bis 26-Jährige sowie

- Grippe bis zum 59. Lebensjahr.

Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder der Anspruch des Versicherten nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht.

II. Die mhplus Betriebskrankenkasse erbringt die Leistungen grundsätzlich als Sachleistungen. Voraussetzung für die Übernahme der Kosten ist, dass die Impfung von einem hierfür zugelassenen Vertragsarzt, einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer, einem Apotheker oder einem Gesundheitsamt durchgeführt wurde. Sofern die Leistung nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, erfolgt die Erstattung der Kosten für den Impfstoff abzüglich eines Eigenanteils gemäß § 61 Satz 1 SGB V. Die Kosten für die ärztliche Leistung und Beratung werden in Höhe der einfachen Abrechnungssätze erstattet. Zur Erstattung sind der mhplus Betriebskrankenkasse die Rechnungen in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 15 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung (zur Vermeidung von Krankheit und bei bestehender Krankheit) in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V zahlt die mhplus Betriebskrankenkasse zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie zu den Fahrkosten einen Zuschuss von 16,00 € kalendertäglich. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder wird der Zuschuss auf 25,00 € kalendertäglich erhöht (§ 23 Abs. 2 SGB V).

§ 16 Derzeit nicht besetzt

§ 17 Derzeit nicht besetzt

§ 17a Bonuszahlungen in Verbindung mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I. Bonus für Arbeitgeber

1. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband 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.

2. 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 Höhe und Auszahlung des Bonus.

3. Die maximale Höhe des Bonus darf weder die Aufwendungen des Arbeitgebers für die Betriebliche Gesundheitsförderung überschreiten noch 1/12 des Betrags der im Abrechnungsjahr vom Arbeitgeber an die mhplus Betriebskrankenkasse abzuführenden Arbeitgeberanteile des Krankenversicherungsanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag überschreiten.

II. Bonus für Arbeitnehmer

1. Versicherte haben Anspruch auf einen einmaligen Bonus in Höhe von 40,00 Euro, wenn sie an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 i.V.m. § 20 Absatz 5 SGB V in den Handlungsfeldern
a) bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte,
b) gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag,
c) Suchtprävention im Betrieb,
d) Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
teilgenommen haben.

2. Der in Nummer 1 benannte Bonus wird dem Versicherten einmalig während seiner Mitgliedschaft ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage einer Bescheinigung über die Teilnahme an einer Maßnahme nach Nummer 1 spätestens ein Jahr nach Inanspruchnahme der Maßnahme nachgewiesen wurden.

§ 17b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (Fitcash-Gesundheitsbonus)

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten ab 15 Jahren die Teilnahme an einem Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie die folgenden Leistungen in Anspruch nehmen:

a) Früherkennungs-Maßnahmen nach den §§ 25, 25a, 26 SGB V, Zahnvorsorge nach den §§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V,

b) Schutzimpfungen nach § 20i SGB V, § 14 Satzung mhplus Betriebskrankenkasse oder

c) regelmäßig Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V, § 19 Satzung mhplus Betriebskrankenkasse oder vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens.

Dies gilt nicht, wenn und solange ihr Anspruch auf Leistungen nach rechtlichen Vorschriften ruht oder ausgeschlossen ist.

II. Die Teilnahme ist freiwillig und erfordert eine Teilnahmeerklärung der/des Versicherten.

III. Der Teilnahmezeitraum ist immer ein Kalenderjahr. Für den jeweiligen Teilnahmezeitraum muss die Inanspruchnahme von Leistungen nach Absatz I. a) und b) durch Bescheinigung eines Vertragsarztes, eines nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arztes und die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen nach Absatz I. c) durch Bescheinigung des Leistungserbringers bzw. Anbieters der qualitätsgesicherten Leistung nachgewiesen werden. Sofern dem Teilnehmenden hierfür Kosten entstehen, werden diese von der mhplus Betriebskrankenkasse nicht übernommen.

IV. Der Bonus wird in Form von Punkten gut geschrieben, wobei ein Punkt dem Gegenwert von 1,00 Euro entspricht. Die Gewährung des Bonus erfolgt jeweils auf Antrag. Der Bonus wird nach Wahl der Versicherten in bar ausgezahlt oder in Form eines zweckgebundenen Zuschusses für eine in Anspruch genommene Sach- oder Dienstleistung gewährt (siehe Anlage zu § 17b). In diesem Fall wird der Punktwert der einzulösenden Punkte auf 1,5 entsprechend 1,50 Euro angehoben. Stellt sich bei der Auszahlung des Bonus heraus, dass die Wahl des Versicherten für ihn finanziell ungünstiger ist, wendet die mhplus Betriebskrankenkasse das Günstigkeitsprinzip an. Das Ausstellungsdatum der Kostenrechnung muss im jeweiligen Teilnahmezeitraum liegen. Der Übertrag einzelner Gesundheitsmaßnahmen bzw. der entsprechenden Bonuspunkte auf andere Teilnehmer oder in den folgenden Teilnahmezeitraum ist nicht möglich.

V. Der Bonus kann nur einmal je Versicherten je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Der Bonus wird dem Versicherten ausgezahlt, wenn er die Maßnahmen in der von der mhplus Betriebskrankenkasse jeweils vorgegebenen Art und Weise nachweist. Die Beantragung des Bonus kann schriftlich oder digital per App erfolgen.

VI. Eine Aufrechnung des auszuzahlenden Bonus kann unter Berücksichtigung der Voraussetzungen des § 51 Absatz 1 SGB I erfolgen, sofern der Versicherte Barauszahlung wählt.

VII. Hat der Teilnehmende den Gesundheitsbonus in voller oder anteiliger Höhe aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der entsprechende Betrag an die mhplus Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

§ 17c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Kinder und Jugendlichen (Potzblitz-Kinderbonus)

I. Versicherte Kinder und Jugendliche ab dem 2. Lebensjahr bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, erhalten einen Bonus. Der Anspruch auf einen Bonus besteht durch die Inanspruchnahme von

a) Früherkennungsmaßnahmen nach §§ 22, 26, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V oder Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder

b) Präventionsmaßnahmen oder sonstigen Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens (Bonusmaßnahmen Nr. 1 – Nr. 7).

Versicherte Kinder und Jugendliche erhalten bei Nachweis je Maßnahme einen Bonus in Höhe von 10,00 Euro.

Einen Bonus nach b) erhalten versicherte Kinder und Jugendliche,

1. die an qualitätsgesicherten regelmäßigen Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Sportvereinen teilgenommen haben.

2. die regelmäßig an einer kinderspezifischen qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahme oder entwicklungsfördernden Maßnahme nach § 20 Absatz 5 SGB V teilgenommen haben, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt waren.

3. die das Deutsche Sportabzeichen im laufenden Kalenderjahr abgelegt und nachgewiesen haben.

4. die das Deutsche Schwimmabzeichen im laufenden Kalenderjahr abgelegt und nachgewiesen haben.

5. die sich mittels qualitätsgesicherten regelmäßigen Angeboten auf eine öffentliche Sportveranstaltung in einer Ausdauersportart unter qualifizierter Leitung (Schwimmveranstaltung, Stadtläufe) im laufenden Kalenderjahr vorbereitet und teilgenommen haben. Marathonläufe, Leistungswettkämpfe und schulische Pflichtveranstaltungen werden nicht bonifiziert. Die Bonifizierung nach Ziffer 5 scheidet aus, wenn der Ver-

sicherte aufgrund derselben Sportveranstaltung einen Bonus gemäß Ziffer 1, 3 oder 4 geltend macht und gewährt bekommt.

6. die regelmäßig am Eltern-Kind-Turnen teilgenommen haben.

7. die regelmäßig am Baby-Schwimmkurs oder zur Schwimmausbildung regelmäßig an einem Schwimmkurs teilgenommen haben.

II. Die Maßnahmen nach Nr. I. a) können nicht zusätzlich nach § 17j dieser Satzung bonifiziert werden.

III. Das Bonusjahr ist das Kalenderjahr. Der Bonus wird dem Versicherten ausgezahlt, wenn er die Maßnahmen in einer von der mhplus Betriebskrankenkasse jeweils vorgegebenen Art und Weise nachweist. Der Nachweis ist als Bestätigung des Arztes bzw. des Anbieters der Leistung der mhplus Betriebskrankenkasse zu erbringen. Die Beantragung des Bonus kann schriftlich oder digital per App erfolgen.

IV. Mitglieder können im Bonusjahr 2024 letztmalig Bonuspunkte für gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Kinder und Jugendlichen sammeln. Bonuspunkte, welche in Form eines Geldbonus ausgezahlt wurden, können nicht mehr anderweitig gutgeschrieben werden. Der Gegenwert von 100 Bonuspunkten entspricht 10,00 Euro. Die Auszahlung der auf dem Bonuskonto gutgeschriebenen Bonuspunkte erfolgt als Sachbonus. Anspruchsberechtigt ist das Mitglied. Aufgrund der Auflösung des Prämienshops ist alternativ zu den Sachprämien auch eine Geldprämie entsprechend der gesammelten Punkte im Prämienshop wählbar. Die zur Einlösung mindestens erforderliche Anzahl von Bonuspunkten beträgt 50 Bonuspunkte und entspricht einem Gegenwert von 5,00 Euro. Die über das Prämienpunktekonto des Mitglieds gesammelten Bonuspunkte können bis zum 31.07.2025 im Prämienshop eingelöst werden. Das Bonussortiment und die Teilnahmebedingungen können unter www.mhplus-praemien.de eingesehen werden.

§ 17d Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

II. 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 zugelassenen Fassung.

§ 17e Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

Anspruch

II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn eine Krankheit sie für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Absatz 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit eine Mitgliedschaft bei der mhplus Betriebskrankenkasse bestehen.

Mitglieder, die am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente (oder die Regelaltersgrenze) erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabs der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Absatz 1 SGB V (i.V.m. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.

Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend.

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

III. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 5. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif S),

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif F).

Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifs festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld.

Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XIV festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in dieser Zeit ereignet hat.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

IV. Für den Anspruch auf Krankengeld ist 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. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der mhplus Be-

triebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die mhplus Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

V. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit als Folge eines Arbeitsunfalls oder aufgrund einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung besteht; § 11 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

VI. Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit zum in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreis,
- mit dem Bezug einer der in § 50 Absatz 1 SGB V genannten Leistungen, die von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen bezogen werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XV oder XVI,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der mhplus Betriebskrankenkasse.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurückzuzahlen.

Höhe

VII. Die in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der mhplus Betriebskrankenkasse.

VIII. Das Mitglied hat auf Verlangen der mhplus Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommensteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der mhplus Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, das in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

IX. Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz IV durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. § 65 Absatz 6 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

X. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 360 Tage innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet vom Tag des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem Dreijahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 360. Tages. Sofern im letzten Dreijahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf

Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit – neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis – in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

XI. Abweichend von Absatz X besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V nur so lange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

XII. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz 2 SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht zahlt. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

XIII. Die §§ 16, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60–63, 65, 66–67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

XIV. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der Wahlerklärung schriftlich oder digital bei der mhplus Betriebskrankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der mhplus Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Be-

ginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

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.

Kündigung

XV. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche oder digitale Erklärung spätestens zwei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der mhplus Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der mhplus Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XVI frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags besteht kein Sonderkündigungsrecht (§ 53 Absatz 6 i.V.m. Absatz 8 Satz 1 und 2 i.V.m. § 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V).

XVI. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, 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. Die schriftliche oder digitale Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Prämien

XVII. 1. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie bemisst sich in dem Tarif nach für die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten

Versicherten nach dem Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt. Es gilt ein Prozentsatz in Höhe von 2,5 v. H..

2. Für die in Nr. 1 genannten Personen findet eine Beitragsbemessung bis zur Höhe der jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung statt.

3. Für die in § 46 Satz 4 SGB V genannten Mitglieder beträgt der Beitrag in Tarif F 9,50 € monatlich.

XVIII. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XIX. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrags zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien sowie Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Absatz 2 SGB I.

XIX. Die Prämie ist monatlich zu zahlen und wird jeweils im Voraus, spätestens am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs, fällig.

XX. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden im Mahnverfahren Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Absatz 2 VwVG erhoben.

XXI. Die mhplus Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 17f Wahltarif Reiseschutzpaket

I. Der Wahltarif Reiseschutzpaket ist ein Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V. In diesem Tarif erhalten die Mitglieder als Prämie ein Reiseschutzpaket nach näherer Bestimmung des Absatzes IV, weil sie einen Teil der Kosten übernehmen, den die mhplus Betriebskrankenkasse für sie zu tragen hat (Selbstbehalt).

II. Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn und solange

1. Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung vorliegt (§§ 224 und 225 SGB V),

2. der Leistungsanspruch gesetzlich ruht oder ausgeschlossen ist.

Eine Teilnahme ist auch dann möglich, wenn Beitragsrückstände in der Krankenversicherung oder ein Prämienrückstand in einem Wahltarif der mhplus Betriebskrankenkasse besteht, solange ein Ruhen des Leistungsanspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V noch nicht vorliegt. Der Rückstand kann aufgerechnet werden, wenn sich das Mitglied für eine Geldprämie in diesem Wahltarif entschieden hat.

Die gleichzeitige Teilnahme am Wahltarif nach § 9 ist ausgeschlossen.

III. Die Teilnahme ist vom Mitglied schriftlich oder digital zu erklären. Der Wahltarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf die Teilnahmeerklärung bei der mhplus Betriebskrankenkasse erfolgt. Unabhängig von der Mindestbindungsfrist, endet die Teilnahme bei gesetzlich ruhendem oder ausgeschlossenem Leistungsanspruch mit dem Tag vor dem Beginn des Leistungsruhens bzw. –ausschlusses. Die Mitgliedschaft bei der mhplus Betriebskrankenkasse kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist dieses Wahltarifes gekündigt werden (§ 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V). Bei Teilnahme am Wahltarif ist der Versicherte also mindestens 3 Jahre an die mhplus Betriebskrankenkasse gebunden. In besonderen Härtefällen steht den Versicherten ein Sonderkündigungsrecht zu. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 4 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird

zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats wirksam. Entstehen Beitragsrückstände in der Krankenversicherung oder Forderungsrückstände von mehr als 2 Monaten Zahlungsverzug während der Dauer des Wahltarifes, können diese mit einer existierenden Geldprämie aus diesem Wahltarif aufgerechnet werden. Dies gilt nicht bei einem Forderungsverzug im Sinne des § 16 Absatz 3a Satz 1 SGB V.

IV. Die Prämie ist ganz oder teilweise für eine vom Mitglied abzuschließende und direkt zu zahlende private Auslandsreise-Krankenversicherung zu verwenden. Anbieter und Risikoträger ist das vom Mitglied freiwillig gewählte private Krankenversicherungsunternehmen. Dabei kann es sich auch um den Kooperationspartner nach § 22 der Satzung handeln. Das Mitglied übernimmt für bestimmte Leistungen einen maximalen kalenderjährlichen Selbstbehalt:

1. ambulante Vorsorgemaßnahmen (Badekuren) in Deutschland (§ 23 Absatz 2 SGB V) und

2. Fahrkosten (§ 60 SGB V) zu stationären Vorsorgemaßnahmen (§ 23 Absatz 4 SGB V) sowie zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen (§ 40 Absatz 2 SGB V).

Für diese Leistungen gilt im Single-Tarif ein Selbstbehalt von maximal 24,00 Euro und im Familientarif ein Selbstbehalt von maximal 60,00 Euro. Der Selbstbehalt gilt pro Kalenderjahr. Beginnt oder endet die Teilnahme unterjährig, gilt ein anteilig verminderter Selbstbehalt.

Pro Kalenderjahr gilt im Single-Tarif eine Prämie in Höhe von 14,50 Euro und im Familientarif eine Prämie in Höhe von 42,00 Euro.

Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Absatz 8 Satz 4 SGB V).

Ein Wechsel in den Single-Tarif oder in den Familientarif ist zu Beginn des nächsten Teilnahmejahres möglich. Das Mitglied hat der mhplus Betriebskrankenkasse vor Beginn des nächsten Teilnahmejahres schriftlich oder digital mitzuteilen, dass der Wechsel erfolgen soll.

V. Das Mitglied schließt einen eigenständigen Vertrag über eine private Zusatzversicherung, um den Versicherungsschutz der Auslandsreise-Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu können. Anbieter und Risikoträger ist das vom Mitglied freiwillig gewählte private Krankenversicherungsunternehmen. Inhalt, Umfang und Dauer des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den jeweils geltenden Versicherungsbedingungen des Anbieters für die Auslandsreise-Krankenversicherung. Mit der erforderlichen Einwilligung des Mitglieds, werden die zur Vertragsdurchführung notwendigen Daten von der mhplus Betriebskrankenkasse an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt. Im Familientarif sind zusätzlich Einwilligungserklärungen der Familienangehörigen erforderlich, die das 15. Lebensjahr bereits vollendet haben.

VI. Die mhplus Betriebskrankenkasse rechnet jedes Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des folgenden Kalenderjahres ab. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme unterjährig begonnen hat.

Hat das Mitglied nicht das gesamte Kalenderjahr am Auslandskrankenversicherungstarif der mhplus Betriebskrankenkasse teilgenommen, erfolgt eine entsprechend anteilige Berechnung des Selbstbehalts. Muss die Prämie nach Absatz IV begrenzt werden, verringert sich der Selbstbehalt so weit, dass die ursprüngliche Differenz zwischen Prämie und Selbstbehalt erhalten bleibt.

Maßgebend für die auf den Selbstbehalt anzurechnenden Leistungen ist das Datum der Leistungsinanspruchnahme. Dem Mitglied werden die entstandenen Kosten bis zum geltenden Selbstbehalt in tatsächlicher Höhe in Rechnung gestellt. Eine eventuelle Forderung der mhplus Betriebskrankenkasse gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

§ 17g Derzeit nicht besetzt

§ 17h Hausarztzentrierte Versorgung

I. Die mhplus 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 Kassenärztlichen 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 werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher oder digitaler 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.

§ 17i Besondere Versorgung

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

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

III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher oder digitaler 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.

IV. Versicherten, die an einer besonderen Versorgung teilnehmen, kann die mhplus Betriebskrankenkasse entsprechend § 53 Absatz 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Die Ermäßigung beträgt 80 % der zu leistenden Zuzahlungen. Die Ermäßigung wird pro Versicherten und Jahr auf maximal 100,00 € beschränkt. Diese Begrenzung gilt auch für den Fall, dass der Versicherte in einem Jahr an mehreren Verträgen gemäß § 53 Absatz 3 Satz 1 SGB V teilnimmt. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsverträgen erfüllt sind.

§ 17j Neugeborenenbonus - Baby-Bonus

I. Versicherte der mhplus Betriebskrankenkasse können am Bonus für Neugeborene teilnehmen. Der Bonus wird für folgende Maßnahmen gewährt:

1. Inanspruchnahme aller im Rahmen der Schwangerschaft gemäß den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen durch die werdende Mutter. Der Nachweis ist als Bestätigung des Arztes oder über eine Kopie des Mutterpasses in einer von der mhplus Betriebskrankenkasse jeweils vorgegebenen Art und Weise zu erbringen. Die Beantragung des Bonus kann schriftlich oder digital per App erfolgen.

2. Nachweis der Teilnahme an den nach § 26 Absatz I SGB V i. V. m. § 92 Absatz I Nr. 3 SGB V für das erste Lebensjahr vorgesehenen Kinderuntersuchungen innerhalb der Toleranzgrenzen (§ 2 der Kinder-Richtlinien des G-BA). Der Nachweis ist als Bestätigung des Arztes oder über eine Kopie des Kinderuntersuchungsheftes in einer von der mhplus Betriebskrankenkasse jeweils vorgegebenen Art und Weise zu erbringen. Die Beantragung des Bonus kann schriftlich oder digital per App erfolgen.

3. Inanspruchnahme aller im ersten Lebensjahr des Neugeborenen vorgesehenen Schutzimpfungen nach § 20i SGB V. Der Nachweis ist als Bestätigung des Arztes oder über eine Kopie des Impfausweises in einer von der mhplus Betriebskrankenkasse jeweils vorgegebenen Art und Weise zu erbringen. Die Beantragung des Bonus kann schriftlich oder digital per App erfolgen.

4. Regelmäßige Teilnahme an einem Rückbildungsgymnastikkurs, sofern dieser von Hebammen gemäß § 134 Abs. II SGB V oder von Leistungserbringern nach § 13 Abs. IV SGB V oder einem vergleichbar qualifizierten Anbieter durchgeführt wird. Der Nachweis ist als Bestätigung des Leistungserbringers in einer von der mhplus Betriebskrankenkasse jeweils vorgegebenen Art und Weise zu erbringen. Die Beantragung des Bonus kann schriftlich oder digital per App erfolgen.

II. Teilnehmer am Bonusprogramm können entweder die Schwangere bzw. Mutter und/oder das neugeborene Kind sein. Die Mutter kann die Auszahlung des Bonus auch für die Bonusmaßnahmen des teilnehmenden Kindes für das Kind beanspruchen. Sofern ausschließlich das Kind am Bonusprogramm teilnimmt, kann auch der

Vater des Kindes die Auszahlung des Bonus gemäß Absatz I Nr. 2 und 3 für das Kind beanspruchen. Für die Inanspruchnahme einer unter Absatz I Nummern 1. bis 4. genannten Maßnahme erhalten Versicherte einen Bonus je Maßnahme von 40,00 Euro bzw. 400 Bonuspunkten. Für jede weitere durchgeführte Maßnahme erhalten Versicherte einen Bonus je Maßnahme von 40,00 Euro bzw. 400 Bonuspunkten. Soweit alle Einzelmaßnahmen in Anspruch genommen werden, erhalten Versicherte einen Bonus in Höhe von 160,00 Euro bzw. 1.600Bonuspunkten.

III. Die Maßnahmen nach Abs. I können nicht zusätzlich nach § 17c Abs. I Nrn. 2 und 3 dieser Satzung bonifiziert werden.

IV. Mitglieder können bis 15.04.2025 letztmalig Bonuspunkte für gesundheitsbewusstes Verhalten sammeln. Bonuspunkte, welche in Form eines Geldbonus ausgezahlt wurden, können nicht mehr anderweitig gutgeschrieben werden. Der Gegenwert von 100 Bonuspunkten entspricht 10,00 Euro. Die Auszahlung der auf dem Bonuspunktekonto gutgeschriebenen Bonuspunkte erfolgt als Sachbonus. Anspruchsberechtigt ist das Mitglied. Aufgrund der Auflösung des Prämienshops ist alternativ zu den Sachprämien auch eine Geldprämie entsprechend der gesammelten Punkte im Prämienshop wählbar. Die zur Einlösung mindestens erforderliche Anzahl von Bonuspunkten beträgt 50 Bonuspunkte und entspricht einem Gegenwert von 5,00 Euro. Die über das Prämienpunktekonto des Mitglieds gesammelten Bonuspunkte können bis zum 31.07.2025 im Prämienshop eingelöst werden. Das Bonussortiment und die Teilnahmebedingungen können unter www.mhplus-praemien.de eingesehen werden.

§ 18 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V

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

§ 18a Nicht als Regelleistung verordnungsfähige Hilfsmittel (Lichttherapiegeräte)

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse erstattet Kosten für nicht als Regelleistung verordnungsfähige Hilfsmittel für eine Lichttherapie, sofern

a) deren Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine saisonal abhängige Depression (Winterdepression) zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde;

b) die Verordnung des Hilfsmittel durch einen Facharzt für Psychotherapie oder Nervenheilkunde oder vergleichbarer Qualifikation auf Privatrezept mit dem Hinweis „saisonal abhängige Depression“ erfolgte;

c) es sich um CE zertifiziertes Gerät mit einer Lichtintensität > 2.500 und < 10.000 Lux handelt.

II. Zweckmäßig ist die Anwendung der Lichttherapie gemäß Nationaler Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ für Patienten mit leicht- bis mittelgradigen Episoden rezidivierender depressiver Störungen, die einem saisonalen Muster folgen. Eine Erstattung der Leistung nach Absatz I kann daher nur erfolgen, wenn in der fachlich gebotenen Qualität die Diagnose rezidivierende depressive Störung (ICD 10-GM Version 2012 Schlüssel F33.0 und F33.1) sowohl im Zeitraum Januar bis März als auch im Zeitraum Oktober bis Dezember desselben Jahres und somit in mind. zwei aufeinanderfolgenden Wintern erfolgte (saisonales Muster).

III. Ein saisonales Muster liegt nicht vor und daher auch keine Erstattungsgrundlage, wenn eine depressive Episode (ICD 10-GM Version 2012 Schlüssel: F32 ff.) diagnostiziert wurde oder die Diagnose außerhalb des in Abs. II genannten Zeitraumes gestellt wird.

IV. Die mhplus Betriebskrankenkasse erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Hilfsmittel nach Abs. I einmalig in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages, insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 150 € pro Versicherten.

V. Zur Erstattung sind der mhplus Betriebskrankenkasse die spezifizierten Rechnungen des Herstellers und die ärztliche Verordnung hierüber in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 18b Osteopathie

I. Versicherte können mit einer schriftlichen ärztlichen Anordnung 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.

II. Die mhplus Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für maximal zwei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden maximal 60,00 € pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind Rechnungen sowie die schriftliche ärztliche Anordnung in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 18c Derzeit nicht besetzt

§ 18d Professionelle Zahnreinigung

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse übernimmt einmalig im Kalenderjahr Kosten für die Professionelle Zahnreinigung für Versicherte, wenn diese von berechtigten Vertragszahnärzten gemäß § 95 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wurde.

II. Erstattet werden bis zu 40,00 € je Versicherter pro Kalenderjahr. Ist der Rechnungsbetrag niedriger als 40,00 €, wird der Zuschuss in Höhe des Rechnungsbetrages geleistet. Zur Erstattung ist die Rechnung in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 18e Zusätzliche Schwangerschaftsleistungen

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse beteiligt sich an den Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen in der Schwangerschaft, die über die im SGB V geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen hinausgehen. Voraussetzung ist, dass die Leistungen mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:

1. Toxoplasmose Test (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen),

2. B-Streptokokken-Test (um eine bakterielle Besiedelung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern),

3. Feststellung von Antikörpern gegen Windpocken (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind – z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen),

4. Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind – z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen),

5. Zytomegalie-Test / CMV-Antikörper-Test (für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind – z.B. durch den Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr),

6. nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für schwangere Versicherte mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Jodid und/ oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate, sofern das Arzneimittel von einem zugelassenen Vertragsarzt oder einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet wurde,

7. Online-Geburtsvorbereitungskurs, sofern dieser von Hebammen gemäß § 134a Abs. II SGB V oder von nach § 13 Abs. IV SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wird und die Leistung nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ist,

8. Beteiligung an den Kosten der Begleitperson für die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs, auch Online-Geburtsvorbereitungskurs, sofern dieser von Hebammen gemäß § 134a Abs. II SGB V oder von nach § 13 Abs. IV SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wird und die Begleitperson Vater des Kindes oder (Ehe-) Partner der Versicherten ist,

9. Beteiligung an den Kosten für Beratungen zum Umgang mit Neugeborenen und der Pflege von Neugeborenen in den ersten Lebensmonaten, sofern diese Beratungen von Hebammen gemäß § 134a Abs. II SGB V oder von nach § 13 Abs. IV SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführt werden und geeignet sind, eine gesunde Entwicklung des Kindes zu fördern sowie die Leistung nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ist,

10. Online-Rückbildungsgymnastikkurs, sofern dieser von Hebammen gemäß § 134a Abs. II SGB V oder von nach § 13 Abs. IV SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wird und die Leistung nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ist,

11. Kosten für folgende individuelle Beratungsleistungen, die über die Regelversorgung und Verträge nach § 134a SGB V hinausgehen:

a. zusätzliche medizinisch erforderliche Stillberatungen,

b. zusätzlich erforderliche Trageberatungen, wenn diese dazu geeignet sind theoretisches und praktisches Wissen über das Tragen von Babys und Kleinkindern zu vermitteln.

Voraussetzung ist, dass diese Leistungen von Hebammen gemäß

§ 134a Abs. II SGB V oder von nach § 13 Abs. IV SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht werden.

Der Zuschuss für die vorgenannten Leistungen ist insgesamt auf 250,00 Euro je Schwangerschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

II. Voraussetzung für die Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 6 ist, dass sie von zugelassenen Leistungserbringern oder von Leistungserbringern nach § 13 Absatz 4 SGB V durchgeführt werden. Voraussetzung ist weiterhin, dass die Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden. Arzneimittel, welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7-9 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, werden nicht bezuschusst.

III. Für eine Erstattung sind die Rechnungen bzw. Nachweise bei der mhplus Betriebskrankenkasse in schriftlicher oder digitaler Form einzureichen.

§ 18f Hebammenrufbereitschaft

Die mhplus Betriebskrankenkasse übernimmt für versicherte Frauen die Kosten für eine Hebammenrufbereitschaft als maximalen Zuschuss bis zu 250,00 Euro je Schwangerschaft in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche. Voraussetzung ist, dass die Leistung von einer freiberuflich tätigen Hebamme erbracht wird, die entsprechend nach § 134a Absatz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Absatz 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

Der Zuschuss zur Hebammenrufbereitschaft beinhaltet täglich:

+ 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit,

+ Sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe,

+ Aufenthalt in räumlicher Nähe der Schwangeren,

+ Bereitschaft, jede sonstige Aktivität, mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt, sofort abzubrechen und zu der Schwangeren zu fahren,

+ Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich.

Zur Erstattung sind Rechnungen in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 18g Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

I. Über die Altersgrenzen des § 34 Absatz 1 Satz 5 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V hinaus, erstattet die mhplus Betriebskrankenkasse Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie. Voraussetzungen dafür sind:

1. Die Einnahme ist notwendig, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

2. Die Verordnung des Arzneimittels erfolgte durch einen Arzt auf einem Privatrezept.

3. Das Arzneimittel wurde in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen.

4. Das Arzneimittel wurde nicht durch den gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7-9 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen.

II. Erstattet werden bis zu 30,00 € je Versicherter pro Kalenderjahr. Ist der Rechnungsbetrag niedriger als 30,00 Euro, wird der Zuschuss in Höhe des Rechnungsbetrages geleistet. Zur Erstattung sind die Verordnung, bzw. die Verordnungen und die Rechnungen in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 18h Versiegelung von Glattflächen

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse übernimmt einmalig im Kalenderjahr Kosten für die Versiegelung von Glattflächen bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Bei Ausnahmefällen gemäß Punkt B Nummer 4 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung ist eine Übernahme der Kosten über das vollendete 18. Lebensjahr hinaus möglich. Weitere Voraussetzung ist, dass die Leistung von berechtigten Vertragszahnärzten oder Kieferorthopäden gemäß § 95 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wurde.

II. Erstattet werden bis zu 60,00 € je Versicherter pro Kalenderjahr. Ist der Rechnungsbetrag niedriger als 60,00 €, wird der Zuschuss in Höhe des Rechnungsbetrages geleistet. Zur Erstattung ist die Rechnung in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 18i Fissurenversiegelung

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse übernimmt einmalig im Kalenderjahr Kosten für die Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren 4 und 5 nach dem Zahnschema Zsigmondy im bleibenden Gebiss für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese von berechtigten Vertragszahnärzten oder Kieferorthopäden gemäß § 95 SGB V oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern durchgeführt wurde.

II. Erstattet werden bis zu 60,00 € je Versicherter pro Kalenderjahr. Ist der Rechnungsbetrag niedriger als 60,00 €, wird der Zuschuss in Höhe des Rechnungsbetrages geleistet. Zur Erstattung ist die Rechnung in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 18j Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

I. Im Einzelfall können Versicherte vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung, eine Laktatbestimmung und/oder eine Tauglichkeitsuntersuchung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Derartige Risikofaktoren sind:

a) erhöhtes Körpergewicht
b) erhöhter Blutdruck
c) kardiovaskuläre Vorerkrankungen
d) Atemwegserkrankungen
e) Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
f) Diabetes
g) Rauchen
h) Alkoholmissbrauch.

Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention zertifizierten Ärzten, von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen oder von nach § 108 Nr. 1 SGB V zugelassenen universitären sportmedizinischen Einrichtungen erbracht wird.

II. Erstattet werden bis zu 350,00 € je Versicherten insgesamt höchstens 350,00 € je Kalenderjahr. Ist der Rechnungsbetrag niedriger als 350,00 €, wird der Zuschuss in Höhe des Rechnungsbetrages geleistet. Zur Erstattung ist die Rechnung in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 18k Derzeit nicht besetzt

§ 18l Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen

I. Die mhplus Betriebskrankenkasse beteiligt sich an den Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen während und nach einer kieferorthopädischen Behandlung, die über die im SGB V geregelten kieferorthopädischen Leistungen hinausgehen. Voraussetzung ist, dass die Leistungen mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des/der Versicherten entgegenzuwirken, kieferorthopädische Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:

+ Brackets während der kieferorthopädischen Behandlung (zur Vermeidung von Bakterienansammlungen an den Zähnen)
+ Bögen während der kieferorthopädischen Behandlung (zur Erhöhung des Tragekomforts)
+ Festsitzende Unterkiefer-Retainer nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung (zur langfristigen Sicherung des Behandlungserfolgs)

II. Die Leistungsgewährung setzt weiterhin voraus, dass

+ die in Absatz I genannten Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern oder von Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 SGB V erbracht werden.
+ die zu Grunde liegende kieferorthopädische Behandlung den Vorgaben des § 29 SGB V entspricht (Kieferorthopädische Indikationsgruppe 3-5) und die kieferorthopädische Behandlung von der mhplus Betriebskrankenkasse oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse genehmigt wurde.
+ zu Beginn der genehmigten kieferorthopädischen Behandlung die Versicherten das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
+ die kieferorthopädische Behandlung erfolgreich abgeschlossen wurde und zum Zeitpunkt des Abschlusses der Behandlung die Versicherung bei der mhplus Betriebskrankenkasse bestand.

III. Der Zuschuss für die vorgenannten Leistungen ist insgesamt auf 150,00 Euro je kieferorthopädische Behandlung begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten.

Zur Erstattung ist der mhplus Betriebskrankenkasse die Rechnung in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen.

§ 19 Primärprävention

I. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die mhplus Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a und 20b SGB V in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem

- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V), Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V)

- individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:

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

2. Ernährung:

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

3. Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung und Erholung

4. Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums.

II. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung von mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 100,00 € je Maßnahme gewährt. Soweit die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten wurde, erhöht sich der Zuschuss auf 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 100,00 € je Maßnahme. Zuschussfähig sind höchstens zwei Maßnahmen pro Kalenderjahr. Zur Erstattung ist die Teilnahmebescheinigung inklusive Bestätigung über die Bezahlung der Kursgebühr in schriftlicher oder digitaler Form vorzulegen. Leistungen, die von der mhplus Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Handelt es sich bei der Präventionsmaßnahme um ein auf Informations- und Kommunikationstechnologie basiertes Selbstlernprogramm, d.h. Onlinekurs bzw. technische Anwendung, mit denen sich Teilnehmer orts- und/oder zeitunabhängig Wissen selbst aneignen können, müssen alle Einheiten (100 v. H.) absolviert werden, damit eine Erstattung möglich ist.

Bei Online-Kursen von Anbietern, mit denen die mhplus Betriebskrankenkasse auf Grundlage eines Vertrags kooperiert, werden die entstandenen Kosten je Maßnahme in voller Höhe gewährt. Handelt es sich bei der Präventionsmaßnahme um ein auf Informations- und Kommunikationstechnologie basiertes Selbstlernprogramm, d. h. Onlineseminar bzw. technische Anwendung, mit denen sich Teilnehmer ortsunabhängig, jedoch zeitabhängig Wissen selbst aneignen können, müssen mindestens 80 v. H. Einheiten absolviert werden, damit eine Erstattung möglich ist.

Für wohnortferne Kompaktangebote (mhplus-Gesundheitsreisen) von Anbietern, mit denen die mhplus Betriebskrankenkasse auf Grundlage eines Vertrags kooperiert, beträgt der Zuschuss für Erwachsene max. 80,00 Euro je Präventionsmaßnahme, für Kinder max. 55,00 Euro je Präventionsmaßnahme. Beinhaltet eine mhplus-Gesundheitsreise zwei Präventionsmaßnahmen, beträgt der Zuschuss für Erwachsene max. 160,00 Euro, für Kinder max. 110,00 Euro.

III. Der Finanzierungszuschuss für Settingmaßnahmen nach § 20a SGB V beträgt für Kinder und Jugendliche während ihrer Schul- und Berufsausbildung sowie zur Zeit des Kindergartenbesuchs 100 v. H. Bei allen anderen Versicherten beträgt der Zuschuss 95 v. H., sofern Ansprüche gemäß Absatz II vorhanden sind. Generelle Voraussetzung für die Kostenübernahme ist die Erfüllung der Qualitätskriterien des o. g. Handlungsleitfadens.

IV. Die mhplus Betriebskrankenkasse führt den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20b SGB V durch. Hierbei führt die mhplus Betriebskrankenkasse insbesondere folgende Maßnahmen durch:

- Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparats
- Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Verpflegung am Arbeitsplatz
- Maßnahmen zur Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz
- Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung
- Maßnahmen zum Suchtmittelkonsum „Rauchfrei im Betrieb“
- Maßnahmen zum Suchtmittelkonsum „Punktnüchternheit“ (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit

§ 19a Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

I. Zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren durch die Versicherten gemäß den Festlegungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz II SGB V in der jeweils aktuellen Fassung erbringt die mhplus Betriebskrankenkasse Leistungen, die dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Leistungen, die lediglich allgemeine Kenntnisse im Umgang mit Hard- und Software oder den Umgang mit einer konkreten Softwareanwendung ohne konkreten Bezug zu einem gesundheitsbezogenen Einsatz vermitteln, werden nicht umfasst.

II. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz II SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“ in der jeweils aktuellen Fassung entsprechen, ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 70,00 € je Maßnahme gewährt. Leistungen, die von der mhplus Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Soweit die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten wurde, erhöht sich dieser Zuschuss auf 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 70,00 € je Maßnahme. Zuschussfähig sind höchstens zwei Maßnahmen pro Kalenderjahr. Zur Erstattung sind die Teilnahmebescheinigung und ein Nachweis über die Bezahlung der Kursgebühr vorzulegen.

§ 20 Kooperation mit der PKV

Die mhplus Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten gemäß § 194 Absatz 1a SGB V Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 21 Aufsicht

Die Aufsicht über die mhplus Betriebskrankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung in Bonn.

§ 22 Mitgliedschaft im Landesverband

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

§ 23 Bekanntmachungen

I. Die Bekanntmachungen der mhplus Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.mhplus.de, nachrichtlich durch einwöchigen Aushang in der Hauptverwaltung und in den Geschäftsstellen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

II. Die öffentliche Zustellung nach § 10 Absatz 1 Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung im Internet unter www.mhplus.de. Die Veröffentlichungsfrist beträgt 14 Tage.

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

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu dieser Satzung.

§ 25 Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse

Die mhplus Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz spätestens zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zusätzlich liegen die im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlichten Daten zur Einsicht in den Geschäftsstellen der mhplus Betriebskrankenkasse aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II

Inkrafttreten

I. Die Verwaltungsräte der mhplus Betriebskrankenkasse und der BKK Textilgruppe Hof haben diese Satzung in ihren Sitzungen vom 04.12.2024 und 28.11.2024 beschlossen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat die Satzung in der vorliegenden Fassung mit Bescheid vom 19.12.2024, Az. 213-10204#00058#0018 genehmigt

II. Sie tritt zum 01.01.2025 in Kraft.

III. Die mit dem 1. Satzungsnachtrag vom Verwaltungsrat im Rahmen seiner Sitzung vom 18.03.2025 beschlossene Satzungsänderung wurde vom Bundesamt für Soziale Sicherung als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 20.03.2025, Az.: 213-10204#00050#0020 genehmigt. Die Satzungsänderung tritt am 01.04.2025 in Kraft.

IV. Die mit dem 2. Satzungsnachtrag vom Verwaltungsrat im Rahmen seiner Sitzung vom 18.03.2025 beschlossene Satzungsänderungen wurden vom Bundesamt für Soziale Sicherung als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 01.04.2025, Az.: 112-10204#00050#0019 genehmigt. Die Satzungsänderungen treten rückwirkend am 01.01.2025 in Kraft.

V. Die mit dem 3. Satzungsnachtrag vom Verwaltungsrat im Rahmen seiner Sitzung vom 15.07.2025 beschlossene Satzungsänderungen wurden vom Bundesamt für Soziale Sicherung als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 06.08.2025, Az.: 213-10204#00050#0021 genehmigt. Die Satzungsänderungen in Ziffern 4 und 5 treten rückwirkend am 01.01.2025 in Kraft, alle anderen am Tag nach der Bekanntmachung.

VI. Die mit dem 4. Satzungsnachtrag vom Verwaltungsrat im Rahmen seiner Sitzung vom 09.12.2025 beschlossene Satzungsänderung wurde vom Bundesamt für Soziale Sicherung als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 15.12.2025, Az.: 213-10204#00050#0022 genehmigt. Die Satzungsänderung tritt am 01.01.2026 in Kraft.

VII. Die mit dem 5. Satzungsnachtrag vom Verwaltungsrat im Rahmen seiner Sitzung vom 23.07.2026 beschlossene Satzungsänderungen wurde vom Bundesamt für Soziale Sicherung als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 25.08.2026, Az.: 213-10204#00050#0024 genehmigt. Die Satzungsänderungen in Ziffern 27, 36 bis 41 und 43 treten am 01.10.2026 in Kraft, alle anderen am Tag nach der Bekanntmachung.

VIII. Die mit dem 6. Satzungsnachtrag von Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrats im Rahmen ihrer Sitzung am 23.07.2026 beschlossene Satzungsänderung wurde vom Bundesamt für Soziale Sicherung als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 13.08.2026, Az.: 213-10204#00050#0025 genehmigt. Die Satzungsänderung tritt am 01.10.2026 in Kraft.

Nürnberg, den 01.10.2026

_____

Heiko Kastner
Vorstand

Anlage zu § 2 der Satzung der

mhplus Betriebskrankenkasse

Entschädigungsregelung

Stand: 01.01.2025

Soweit in dieser Entschädigungsregelung nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten für die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Ausschüsse die Regelungen des Bundesreisekostengesetzes entsprechend. Sie wurde unter Berücksichtigung der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung vom 01.01.2022 erstellt.

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats sowie an Ausschusssitzungen des Verwaltungsrats

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

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 § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.2 Fahrkosten

Die Erstattung der Fahrkosten wird abweichend vom Bundesreisekostengesetz geregelt. Fahrkosten werden in Höhe der tatsächlich entstandenen notwendigen Aufwendungen gezahlt.

Dabei können erstattet werden:

a) die Kosten für Fahrten auf dem Land- oder Wasserweg mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse

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

c) bei Benutzung eines privaten Kraftwagens eine Entschädigung in Höhe von 0,30 € je gefahrenen Kilometer.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst 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 (in der Fassung des Einigungsvertrags, Anlage I, Kapitel VIII, Sachgebiet F, Abschnitt III, Nr. 1 Buchstabe c).

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 Höchstbetrags für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 89,00 €. Digitale oder hybride Sitzungen (gemäß § 64a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist die gleiche Sitzungsvergütung wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder vorzusehen.

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

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag 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.

II. Besondere Entschädigungen für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 623,00 €.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 518,00 €.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen mit Ausnahme von Reisekosten werden durch einen Pauschbetrag ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten. Der Pauschbetrag darf die regelmäßig entstehenden Ausgaben nicht übersteigen.

Der Pauschbetrag beträgt für den Vorsitzenden 68,00 €.
Der Pauschbetrag beträgt für den stellvertretenden Vorsitzenden 51,00 €.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrag des Verwaltungsrats oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Anlage zu § 24 der Satzung der

mhplus Betriebskrankenkasse

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

Stand: 01.01.2025

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der mhplus Betriebskrankenkasse Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

1. Die mhplus Betriebskrankenkasse erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 70 vom Hundert des für den in § 3 Abs.1 und 2 und den in § 9 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten laufenden Arbeitsentgelts (ohne Einmalzahlungen im Sinne des § 23a SGB IV) ohne die darauf entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge (gesetzlicher Erstattungssatz). Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.

2. Auf Antrag des Arbeitgebers wird der Erstattungssatz nach Absatz 1 (allgemeiner Erstattungssatz) auf 80 vom Hundert erhöht (erhöhter Erstattungssatz) oder auf 50 vom Hundert ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz). Abs. 1 Satz 2 gilt. Die Wahl des Erstattungssatzes gilt mindestens bis zum Ablauf des Kalenderjahrs. Ein Antrag auf Änderung des Erstattungssatzes wirkt ab dem Beginn des folgenden Kalenderjahres und muss spätestens zum drittletzten Bankarbeitstag im Januar des folgenden Kalenderjahres bei der mhplus Be-

triebskrankenkasse eingegangen sein. Bei erstmaliger Teilnahme am Ausgleichsverfahren bzw. Neueröffnung eines Arbeitgeber-Kontos besteht unabhängig von der in Satz 4 genannten Frist ein Wahlrecht unter den in Satz 6 genannten Voraussetzungen. Die Wahl eines vom gesetzlichen Erstattungssatz abweichenden Erstattungssatzes wird zum Beginn der Teilnahme am Ausgleichsverfahren bzw. Konten-Beginn wirksam, wenn die Wahlerklärung bis zum drittletzten Bankarbeitstag des Monats, in dem erstmalig Umlagebeiträge an die mhplus Betriebskrankenkasse abzuführen sind, bei der mhplus Betriebskrankenkasse eingeht.

3. Die mhplus Betriebskrankenkasse erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 20 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 18 des MuSchG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt (ohne Einmalzahlungen i. S. d. § 23a SGB IV). Die vom Arbeitgeber nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG getragenen Sozialversicherungsbeitragsanteile werden in Höhe von 100 vom Hundert erstattet. Dabei werden die Aufwendungen maximal bis zur Höhe der in der Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 3 Aufbringung der Mittel

1. Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.

2. Als Bemessungsgrundlage wird das laufende sozialversicherungspflichtige Entgelt (ohne Einmalzahlungen i. S. d. § 23a SGB IV) herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

3. Die mhplus Betriebskrankenkasse verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für die Umlageverfahren U1 und 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).

§ 4 Umlagebeitragssätze

1. Der Umlagebeitragssatz U1 beträgt

   1,5 vom Hundert für den ermäßigten Erstattungssatz
   2,5 vom Hundert für den allgemeinen Erstattungssatz
   3,0 vom Hundert für den erhöhten Erstattungssatz

2. Der Umlagesatz U2 beträgt 0,36 vom Hundert.

§ 5 Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der mhplus Betriebskrankenkasse gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.

§ 6 Organe, Zusammensetzung

1. Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der mhplus Betriebskrankenkasse obliegt dem Vorstand, der diese gerichtlich und außergerichtlich vertritt.

2. In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.

3. Den Vorsitz übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats der mhplus Betriebskrankenkasse gewählt worden ist. Im Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter einen Stellvertreter.

4. Die Arbeitgeberseite ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrats der Arbeitgeberseite ordnungsgemäß geladen sind und die anwesenden und stimmberechtigten Arbeitgebervertreter die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen. Im Übrigen gelten für die Beschlussfassung und die Durchführung von Sitzungen die für den Verwaltungsrat der mhplus Betriebskrankenkasse in § 2 Absätze IX bis XI geregelten Vorgaben entsprechend.

5. Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 7 Haushaltsplan, Jahresrechnung

1. Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf.

2. Die Feststellung des Haushaltsplans obliegt den Arbeitgebern im Verwaltungsrat.

3. Der Vorstand hat den Rechnungsabschluss aufzustellen. Die Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat nehmen die Jahresrechnung ab und beschließen über die Entlastung des Vorstands.

Anlage zu § 17b der Satzung der mhplus Betriebskrankenkasse

Fitcash-Gesundheitsbonus: Bonifizierbare Gesundheitsmaßnahmen und Katalog der Gesundheitsleistungen

Stand: 01.01.2025

Mit ihrem Bonusprogramm leistet die mhplus Betriebskrankenkasse einen aktiven Beitrag zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Bonifizierbare Gesundheitsmaßnahmen
Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten und dies nachweisen, erhalten einen Bonus für die Maßnahmen der folgenden Tabelle:

a) Früherkennungsmaßnahmen nach Nr. 1 – Nr. 9 oder

b) regelmäßige Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention oder vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens nach Nr. 10 – Nr. 18.

Gesundheitsmaßnahmen	Bonuspunkte
1. Nachweis der Zahnprophylaxe, jährliche Zahnvorsorge	10
2. Nachweis der Jugenduntersuchung: J2	10
3. Nachweis der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V i. V. m. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie	10
4. Nachweis der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebs	10
5. Nachweis der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zur Früherkennung von Genital- und Brustkrebs oder Prostatakrebs	10

6. Nachweis der Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß § 25a SGB V im Rahmen von organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen	10
7. Nachweis eines Ultraschall-Screenings für ein Bauchaortenaneurysma	10
8. Nachweis an einem Mammografie-Screening	10
9. Nachweis von Schutzimpfungen nach § 20i SGB V	10
10. Nachweis der Teilnahme an qualitätsgesicherten, regelmäßigen Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Sportvereinen oder im Hochschul- und Betriebssport, soweit es sich nicht um BGF-Maßnahmen handelt	10
11. Nachweis der Teilnahme an qualitätsgesicherten, regelmäßigen Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Fitnessstudios	10
12. Nachweis des Ablegens mit regelmäßiger qualitätsgesicherter Vorbereitung des Deutschen Schwimm- oder Sportabzeichens	10
13. Nachweis der Vorbereitung und Teilnahme an qualitätsgesicherten und regelmäßigen Angeboten an einer öffentlichen Sportveranstaltung unter qualifizierter Leitung im Ausdauersport. (Marathonläufe, Leistungswettkämpfe und schulische Pflichtveranstaltungen werden nicht bonifiziert.)	10

14. Regelmäßige Teilnahme an Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V.	10
15. Teilnahme an dem von der mhplus Betriebskrankenkasse angebotenen qualitätsgesicherten Bewegungs-Coach und folgendes Coaching-Ziel insgesamt erreicht: 1 Woche App-gestütztes Schrittezählen 1. Stufe (MoveChallenge warmUp) und anschließend 12 Wochen App-gestütztes Schrittezählen 2. Stufe (MoveChallenge smart) zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens.	30
16. Teilnahme an dem von der mhplus Betriebskrankenkasse angebotenen qualitätsgesicherten Bewegungs-Coach und folgendes Coaching-Ziel insgesamt erreicht: 1 Woche MoveChallenge warmUp und anschließend 48 Wochen App-gestütztes Schrittezählen 3. Stufe (MoveChallenge pro) zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens. Der Versicherte entscheidet, ob er am 12-Wochen oder am 48-Wochen Bewegungs-Coach teilnimmt. Eine Teilnahme am Bewegungs-Coach nach Nummer 15 und am Bewegungs-Coach nach Nummer 16 im gleichen Bonusjahr ist ausgeschlossen.	70
17. Teilnahme an dem von der mhplus Betriebskrankenkasse angebotenen qualitätsgesicherten Achtsamkeits-Coach und folgendes Coaching-Ziel insgesamt erreicht: 2 Wochen App-gestützte Achtsamkeitsübungen 1. Stufe (mind-Challenge basic) und anschließend 10 Wochen App-gestützte Achtsamkeitsübungen 2. Stufe (mind-Challenge smart) zur Förderung der Achtsamkeit.	20
18. Teilnahme an dem von der mhplus Betriebskrankenkasse angebotenen qualitätsgesicherten Achtsamkeits-	50

Coach und folgendes Coaching-Ziel insgesamt erreicht: 2 Wochen mind-Challenge basic und anschließend 40 Wochen App-gestützte Achtsamkeits-übungen 3. Stufe (mind-Challenge pro) zur Förderung der Achtsamkeit. Der Versicherte entscheidet, ob er am 10-Wochen oder 40-Wochen Achtsam-keits-Coach teilnimmt. Eine Teilnahme am Achtsamkeits-Coach nach Nummer 17 und am Achtsamkeits-Coach nach Nummer 18 im gleichen Bonusjahr ist ausgeschlossen.	

2. Tabelle der Gesundheitsleistungen (Zweckgebundener Zuschuss)

Bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzung können gesammelte Bonuspunkte auf Antrag in Form eines zweckgebundenen Zuschusses zu den nachgewiesenen Kosten von selbstfinanzierten Leistungen aus der Tabelle der Gesundheitsleistungen eingelöst werden.

Gesundheitsleistungen (Zweckgebundener Zuschuss)
1. Akupunktur/Geburtsvorbereitende Akupunktur
2. Babyschwimmen, Babymassage, PEKIP-Kurse
3. Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
4. Daten- und Dokumentenservice für medizinische Notfälle
5. Geburtsvorbereitungskurs für Partner
6. Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheits-status (gilt nicht für Geräte, die nicht dazu bestimmt sind, zum Beispiel Smartphones)
7. Gesundheitsleistungen laut IGeL-Monitor
8. Heilmittel, wenn der gesetzliche Anspruch des § 32 SGB V erschöpft ist
9. Hilfsmittel, wenn der gesetzliche Anspruch des § 33 SGB V erschöpft

ist
10. Kursgebühren für einen Erste-Hilfe-Kurs (auch für den Führerschein)
11. Lachgas in der zahnärztlichen Behandlung durch Anästhesisten
12. Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapierichtungen
13. Nahrungsergänzungsmittel
14. Sehtests
15. Sonstige ärztlich verordnete Arzneimittel
16. Sonstige vertragszahnärztliche/kieferorthopädische Leistungen
17. Sport- und Fitnessausrüstung (keine Sportbekleidung und Schuhe), zum Beispiel Fahrräder, Wander- und Nordic-Walking-Stöcke, Schwimmbrillen, Bälle, Matten, Bänder für Dehnübungen, Springseile, Inlineskates, Roller, Cross-Trainer, Trampolin, Tischtennis oder Badminton-Schläger; keine gefährdende Ausrüstung, wie zum Beispiel Waffen.
18. Schutzausrüstung (zum Beispiel Zahnschutzschiene, Fahrradhelm)
19. Vollnarkose
20. Vorsorge-Früherkennung außerhalb des gesetzlichen Anspruchs
21. Zusätzliche Gesundheitskurse und Patientenschulungen, auch online
22. Zusätzliche Leistungen über die gesetzlichen Mindestregelungen hinaus, zum Beispiel Rooming-in bei Kindern im Krankenhaus.
23. Zusatzdiagnostik zur Vorsorge in der Schwangerschaft
24. Zusatzversicherung nach § 194 Abs. 1a SGB V und Pflegezusatzversicherung

Diese Aufzählung ist abschließend. Ein Zuschuss zu den in der Tabelle Gesundheitsleistungen aufgelisteten Leistungen kann nicht gezahlt werden, wenn die mhplus Be-

triebskrankenkasse bereits aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch noch nicht ausgeschöpft ist.

Alle anderen privaten Versicherungen (Risikolebensversicherungen, Haftpflichtversicherungen etc.) sind nicht zuschussfähig durch den Fitcash-Gesundheitsbonus.

Die mhplus Betriebskrankenkasse behält sich vor, den Fitcash-Gesundheitsbonus mit Wirkung für die Zukunft zu ergänzen, zu verändern oder zu beenden. Dies gilt insbesondere für den Fall gesetzlicher Änderungen oder einer Weisung zur Einstellung des Bonusprogramms durch die Aufsichtsbehörde der mhplus Betriebskrankenkasse.