



**Satzung**

**der mhplus Betriebskrankenkasse**

**Nürnberg**

**Stand: 08.09.2018**

## Übersicht zur Satzung

### Artikel I

#### Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 2a Stimmverteilung
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschüsse
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Bemessung der Beiträge
- § 8 Beitragssätze
- § 8a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 9 Prämienzahlung
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Aufbringung der Mittel
- § 13 Leistungen
- § 13a Nicht besetzt
- § 14 Praxisnetze
- § 15 Schutzimpfungen
- § 16 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 17a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 17b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 17c Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 17d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Kinder und Jugendlichen
- § 17e Teilnahme an integrierter Versorgung
- § 17f Prämienpunktekonto

- § 17g Wahltarife Krankengeld
- § 17h BeneFit Gesundheitsbonus
- § 17i Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapieformen
- § 17j Wahltarif Reiseschutzpaket
- § 17k Bonus für die Teilnahme an einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 18 Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V
- § 18a Nicht verordnungsfähige Hilfsmittel (Lichttherapiegeräte)
- § 18b Osteopathie
- § 18c Ärztliche Zweitmeinung
- § 18d Professionelle Zahnreinigung
- § 18e 3D/4D-Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft
- § 18f Hebammenrufbereitschaft
- § 18g Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel
- § 18h Versiegelung von Glattflächen
- § 18i Fissurenversiegelung
- § 18j Sportmedizinische Untersuchung
- § 18k Nicht verordnungsfähige Hilfsmittel (sensomotorische Einlagen)
- § 19 Primärprävention
- § 20 Hausarztzentrierte Versorgung
- § 21 Besondere Versorgung
- § 22 Kooperation mit der PKV
- § 23 Aufsicht
- § 24 Mitgliedschaft im Landesverband
- § 25 Bekanntmachungen
- § 26 Ausgleichsverfahren nach dem AAG
- § 27 Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse

## Artikel II

Inkrafttreten

# mhplus

Anlage zu § 2 der Satzung:

Anlage zu § 26 der Satzung:

Anlage zu § 17h der Satzung

Entschädigungsregelung

Ausgleichsverfahren

Teilnahmebedingungen BeneFit Gesundheitsbonus

## Artikel I

### § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Sie hat ihren Sitz in Nürnberg.

- II. Der Bereich der mhplus erstreckt sich auf die Betriebe und Betriebsteile

- der MANN+HUMMEL GMBH, Ludwigsburg, in Ludwigsburg, Marklkofen, Speyer, Sonneberg, München und Wolfsburg;
- der MANN+HUMMEL ProTec GmbH, Ludwigsburg, in Ludwigsburg, Weiterstadt und Königswinter;
- der Amann & Söhne GmbH & Co. KG, Bönningheim-Erligheim, in Bönningheim-Erligheim;
- der Amann Nähgarne GmbH & Co. KG, Augsburg, in Augsburg;
- der Amann Handel GmbH, Dietenheim, in Dietenheim;
- SCA Hygiene Products SE, in München und Ismaning;
- Mondi Packaging Raubling GmbH;
- SCA Packaging Containerboard GmbH, Aschaffenburg, Werk Aschaffenburg;
- SCA Packaging Containerboard GmbH, Aschaffenburg, Werk Witzenhausen;
- Munksjö Paper GmbH, Aalen-Unterkochen;
- Thosca Holz GmbH, Hößbach;
- SCA Recycling Deutschland GmbH, Raubling;
- Gemeinnützige Süddeutsche Wohnungsgesellschaft mbH (GSW), Raubling;
- BTK GmbH (Befrachtungs- und Transportkontor GmbH), Rosenheim;
- Neenah Gessner GmbH & Co. (oHG), Werke Bruckmühl und Weidach;

# mhplus

- Steinbeis Holding GmbH, Brannenburg;
- Wendelsteinbahn GmbH, Brannenburg;
- PharmaZell GmbH, Raubling;
- Sappi Stockstadt GmbH;
- Mondi Inncoat GmbH;
- Gebr. Conzelmann GmbH & Co. KG in Albstadt, Schwenningen, Rangendingen und Garmisch, Hermsdorf, Zwickau, Binz und St. Peter Ording;
- NEC Philips Unified Solutions, Eschborn;
- Draka Comteq Germany GmbH & Co. KG, Unternehmensbereich Cable Solutions EMEA, Nürnberg;
- Atos-Origin GmbH, Hamburg, Geschäftsstelle Nürnberg;
- T.O.P. Business AG, Nürnberg;
- JKD electronic equipment service GmbH, Nürnberg;
- AVT Audio Video Technologies GmbH, Nürnberg;
- FLEXTRONICS Software Systems Ltd., Zweigniederlassung Deutschland;
- Aluminium Rheinfelden GmbH, Rheinfelden;
- Hoffmann's Gastro, Rheinfelden;
- Brennet AG in Bad Säckingen, Wehr und Hausen;
- Papierfabrik Albruck GmbH & Co. KG, Albruck;
- Textilwerke Zell-Schönau AG, Schrozberg;
- Irisette GmbH & Co. KG, Velen-Ramsdorf;
- TVW Textil-Veredelung GmbH, Schrozberg;
- Abfallentsorgungs- und Verwertungsgesellschaft Köln mbH;
- AWB Abfallwirtschaftsbetriebe Köln GmbH & Co. KG;
- AWB Abfallwirtschaftsbetriebe Köln Verwaltungs-GmbH;
- Kölner Außenwerbung GmbH;
- Deutsche Sporthochschule Köln als Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen;
- Gas-, Elektrizitäts- und Wasserwerke Köln AG;
- RheinEnergie AG;
- Häfen und Güterverkehr Köln AG;
- Jugendzentren Köln gGmbH;

# mhplus

- Kliniken der Stadt Köln gGmbH;
- KölnBäder GmbH;
- KölnKongress Betriebs- und Service-GmbH;
- KölnMesse GmbH;
- Kölner Verkehrs-Betriebe AG;
- KölnMusik Betriebs- und Servicegesellschaft mbH;
- KölnTourismus GmbH;
- MusikTriennale Köln GmbH;
- NetCologne GmbH;
- SBK Sozial-Betriebe-Köln gGmbH, Köln;
- Stadtentwässerungsbetriebe Köln, Anstalt des öffentlichen Rechts
- Sparkasse KölnBonn;
- Stadtverwaltung Köln;
- Stadtwerke Köln GmbH;
- Wohnungsgesellschaft der Stadtwerke Köln mbH;
- Bauer Druck Köln KG, Köln;
- Heinrich Bauer Reprotechnik KG, Hamburg;
- MediaLab Gesellschaft für Medienservice und Datenveredelung mbH Köln;
- Heinrich Bauer Produktions KG, Köln, München und Rastatt;
- nkt cables GmbH & Co. KG, Köln, Berlin, Hettstedt;
- nkt cables GmbH, Nordenham;
- Ormazabal Anlagentechnik GmbH, Krefeld;
- ATB Motorentchnik GmbH, Nordenham;
- DWK Drahtwerk Köln GmbH, Köln-Mülheim;
- Dielektra GmbH, Köln;
- HSP Hochspannungsgeräte Porz GmbH, Köln;
- NK Networks & Service GmbH, Köln;
- Draka Multi Media Cable, Köln;
- Trefil ARBED Deutschland GmbH, Köln;
- EMS Elektro-Motoren-Service GmbH, Krefeld, mit den Werken in Krefeld, Gelsenkirchen, Vetschau und Peitz/Jänschwalde/Ost

# mhplus

und auf alle Verwaltungsdienststellen, Betriebe und Eigenbetriebe, deren Träger die Hansestadt Lübeck ist, sowie auf die Medizinische Universität zu Lübeck.

Der Bereich der mhplus erstreckt sich auf alle Gebiete der Länder in der Bundesrepublik Deutschland.



## § 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der mhplus 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 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 sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die mhplus maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

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

2. den Haushaltsplan festzustellen
3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 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 mit der Stellvertretung des Vorstands zu beauftragen
7. den Vorstand zu überwachen
8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die mhplus 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.

## § 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 (§ 501 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 gehört ein Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die mhplus und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die mhplus 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.

# mhplus

6. die mhplus 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 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 fünf Mitarbeiter vom Vorstand beauftragt und sechs Widerspruchsausschüsse eingerichtet. Die Widerspruchsausschüsse haben ihren Sitz in Ludwigsburg.

Die vom Vorstand Beauftragten entscheiden über

- Widersprüche, deren Streitwert unter 1.000,00 € 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

und erlassen die entsprechenden Widerspruchsbescheide.

In den verbleibenden Fällen und allen Fällen, die Mitarbeiter der mhplus 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, 59 und § 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 sein kann.

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



- 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 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte Schwerbehinderte der mhplus nur dann beitreten, wenn sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- IV. Die in Absatz I und II genannten Personen können die mhplus unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
  1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder
  2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
  3. der Ehegatte bei der mhplus versichert ist,

4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der mhplus versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die mhplus besteht, und nunmehr versicherte Rentner sind,
6. sie bei einer Betriebskrankenkasse oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden sind.

## V. 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 Wahl der mhplus mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbescheinigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedschaftsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
  
- II. Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V 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. 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, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 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 Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesem Fall mit der Erfüllung der Voraussetzungen für die Familienversicherung.
- IV. Absatz II gilt nicht, wenn ein Wahltarif nach § 17g gewählt wurde. Absatz I gilt mit der Maßgabe, dass die Mitgliedschaft nur unter den zusätzlichen Voraussetzungen des § 9 Absatz VIII bzw. § 17g Absatz XVII, § 17i Absatz VI, § 17j 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 Beitragssätze**

Für die Höhe des Beitragssatzes zur Krankenversicherung gelten die gesetzlichen Vorschriften zu den Beitragssätzen nach Maßgabe der Vorschriften der §§ 241–248 SGB V.



## **§ 8a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**

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



## § 9 Prämienzahlung

I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als drei Monate als Mitglied bei der mhplus versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zulasten der mhplus in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der mhplus schriftlich 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:

- Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V)
- Schutzimpfungen (§ 20i 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)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie mit Ausnahme von Leistungen nach § 23 Absatz 2 und §§ 24 bis 24 b SGB V
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung (§§ 24c bis 24i SGB V)

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

III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/24 des im Kalenderjahr an die mhplus gezahlten Jahresbeitrags. Die Prämienzahlung darf 1/12 der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten. Absatz VI gilt. Abrechnungszeitraum ist grundsätzlich

das Kalenderjahr. Für das Jahr 2007 erfolgt die Berechnung anteilig für die Monate April bis Dezember. Die Abrechnung erfolgt bei unterjähriger wirksamer Kündigung des Tarifs anteilig für die Monate, für die eine Tarifbindung bestand.

- IV. Für Mitglieder kann die Abrechnung auch im Jahr 2007 für das gesamte Kalenderjahr erfolgen, wenn sie für den Zeitraum vom 01.01.07 bis 31.03.2007 zusätzlich die in § 9 Abs. I bis III der Satzung der mhplus vom 01.01.2006 in der Fassung vom 01.01.2007 genannten Voraussetzungen erfüllt haben (Übergangsregelung). Die Berechnung für die Zeit vom 01.01.2007 bis 31.03.2007 erfolgt nach Maßgabe des § 9 Abs. III der Satzung der mhplus vom 01.01.2006 in der Fassung vom 01.01.2007.
- V. Die Auszahlung der Prämie erfolgt im Folgejahr an das Mitglied, frühestens im Juli.
- VI. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600,00 € nicht überschreiten.
- VII. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Freiwillige Mitglieder mit einer Einstufung nach § 7 Absatz III Nr. 1 Buchstabe i der Satzung können den Tarif ebenfalls nicht wählen. Die Wahl des Tarifes Prämienzahlung ist ausgeschlossen für Mitglieder, die entsprechend § 16 Abs. 3a Satz 2 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.

- VIII. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der mhplus seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der mhplus. Der Wahltarif endet nach schriftlicher 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 2 SGB V nicht gekündigt werden. Das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V gilt.
- IX. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Die Kündigung wird zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats wirksam.

## § 10 Fälligkeit der Beiträge

- 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. Im Übrigen gilt § 23 SGB IV.
  
- 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. Der Arbeitgeber hat der Einzugsstelle einen Beitragsnachweis bis zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge durch Datenübertragung zu übermitteln; dies gilt nicht hinsichtlich der Beschäftigten in privaten Haushalten bei Verwendung von Haushaltsschecks. Übermittelt der Arbeitgeber den Beitragsnachweis nicht bis spätestens zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Beiträge, so kann die Einzugsstelle das für die Beitragsberechnung maßgebende Arbeitsentgelt schätzen, bis der Nachweis ordnungsgemäß übermittelt wird.

## § 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 75 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

Die Versicherten der mhplus erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung,
- zur Früherkennung von Krankheiten,
- zur Behandlung von Krankheiten,
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- zur Empfängnisverhütung,
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

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

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, 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 le-

bende 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 gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, 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.
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 vor Inanspruchnahme der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen. Nicht im vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der mhplus 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. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die kollektiv auf eine Zulassung verzichtet haben (§ 95b Absatz 3 Satz 1 SGB V), ist ausgeschlossen.
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 davon Kenntnis erhält.

4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die mhplus 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. Der Erstattungsbetrag wird regelhaft in Höhe von 35 vom Hundert, im Falle der Arzneimittelversorgung in Höhe von 70 vom Hundert aller eingereichten Rechnungen ermittelt und anschließend um die gesetzliche Zuzahlungen gekürzt. Dies gilt nicht für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrags. Der individuell ermittelte Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vom Hundert sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt.
6. Der Erstattungsbetrag ist nach Abzug der Zuzahlungen um 5 v. H. maximal 40,00 €, 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 10 v. H. mindestens 3,00 € und maximal 50,00 €, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen 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 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 4 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 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 5 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 drei 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. Nicht besetzt

## 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 gegenüber schriftlich 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 darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der mhplus insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die mhplus kann zur Abklärung des Gesundheitszustands der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.



§ 13a Nicht besetzt

## § 14 Praxisnetze

Im Rahmen von Strukturverträgen nach § 73a SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem BKK Landesverband Bayern bietet die mhplus den Versicherten in Bayern die Teilnahme an den bestehenden Praxisnetzen an. Die Praxisnetze verfolgen das Ziel, die Qualität der ärztlichen und fachärztlichen Behandlung zu verbessern und zu verzahnen (Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Behandlung nach Behandlungsleitlinien). Es besteht weiterhin die freie Arztwahl, auch bei Ärzten, die nicht am Praxisnetz teilnehmen.

## § 15 Schutzimpfungen

- I. Die mhplus übernimmt die in § 20i Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V aufgeführten Schutzimpfungen, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen oder ein sonstiger anderer Kostenträger zuständig ist.
  
- II. Darüber hinaus übernimmt die mhplus Impfungen, die nicht von den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V erfasst werden, sofern die Notwendigkeit aufgrund eines erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert ist. Dies betrifft die Kosten für folgende Impfungen:

- Grippe

Dasselbe gilt für folgende Reiseschutzimpfungen wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes:

- Cholera
- FSME
- Gelbfieber
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- kombinierte Impfung gegen Hepatitis A und B (Twinrix)
- Japanische Enzephalitis
- Meningokokken-Meningitis
- Tollwut
- Typhus

- III. Die mhplus erbringt die Leistungen grundsätzlich als Sachleistungen. Voraussetzung für die Übernahme der Kosten ist, dass die Impfung von einem hierfür zugelassenen Vertragsarzt oder einem Gesundheitsamt durchgeführt wurde. Die Kosten werden nicht



# mhplus

erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet, die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt oder ein sonstiger anderer Kostenträger zuständig ist. Die Versicherten verpflichten sich, den vorgegebenen Impfzyklus einzuhalten.

## § 16 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 zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie zu den Fahrkosten einen Zuschuss von 13,00 € kalendertäglich. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder wird der Zuschuss auf 21,00 € kalendertäglich erhöht (§ 23 Abs. 2 SGB V).

## § 17a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I. Die mhplus führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

1. strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. strukturiertes Behandlungsprogramm für koronare Herzkrankheit
5. strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

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

II. Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, die an folgenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen

1. strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. strukturiertes Behandlungsprogramm für koronare Herzkrankheit
5. strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma

erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V eine Prämienzahlung in Höhe von 25,00 €. § 53 Absatz 8 Satz 4 SGB V gilt.

## § 17b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Versicherte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres mindestens zwei Maßnahmen durch den Nachweis der persönlichen und sachlichen Voraussetzungen der unten genannten Punkte 1 bis 15 erbringen.

Je 100 Prämienpunkte erhalten einmal jährlich Versicherte,

1. die im Sinne von § 25 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den G-BA Richtlinien an der Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit teilgenommen haben, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt waren.
2. die im Sinne von § 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit den G-BA Richtlinien an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zur Früherkennung von Genital- und Brustkrebs oder Prostatakrebs teilgenommen haben, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt waren.
3. die im Sinne von § 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit den G-BA Richtlinien an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs teilgenommen haben, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt waren.
4. die im Sinne von § 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit den G-BA Richtlinien an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebs teilgenommen haben, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt waren.
5. die im Sinne von § 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit den G-BA Richtlinien an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening teilgenommen haben, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt waren.

6. die einen Nachweis der nach § 22 SGB V vorgesehenen Zahnprophylaxe oder den Nachweis der nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V vorgesehenen jährlichen Zahnvorsorge erbringen.
7. die im Kalenderjahr eine Jugendgesundheitsuntersuchung J2 zur Früherkennung von Erkrankungen durchführt haben.
8. die an qualitätsgesicherten regelmäßigen Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Sportvereinen, Fitnessstudios oder im Hochschul- und Betriebssport teilnehmen.
9. die im Kalenderjahr das Deutsche Sportabzeichen abgelegt haben.
10. die im Kalenderjahr das Deutsche Schwimmbzeichen abgelegt haben.
11. die sich mittels qualitätsgesicherten regelmäßigen Angeboten auf eine öffentliche Sportveranstaltung in einer Ausdauersportart (Schwimmveranstaltung, Stadtläufe) im laufenden Kalenderjahr vorbereitet und teilgenommen haben. Marathonläufe, Leistungswettkämpfe und schulische Pflichtveranstaltungen werden nicht bonifiziert. Die Bonifizierung nach Ziffer 11 scheidet aus, wenn der Versicherte aufgrund derselben Sportveranstaltung einen Bonus gemäß Ziffer 8, 9 oder 10 geltend macht und gewährt bekommt.
12. die regelmäßig an Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V teilnehmen.
13. die regelmäßig an einem von der mhplus angebotenen qualitätsgesicherten online Coach zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen.
14. die eine Schutzimpfung gemäß der Empfehlung der ständigen Impfkommission im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen haben.
15. die im Kalenderjahr einen Rückbildungsgymnastikkurs regelmäßig in Anspruch genommen haben.

- II. Die Erfüllung der Voraussetzung wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf einem von der mhplus bereitgestellten Bonusheft schriftlich quittiert.
- III. Der Versicherte erhält bei Nachweis von mindestens zwei Maßnahmen einen Bonus in Höhe von 200 Prämienpunkten bzw. 20,00 Euro. Für den Nachweis jeder zusätzlichen Maßnahme werden jeweils weitere 100 Prämienpunkte bzw. 10,00 € gutgeschrieben. Es wird ein zusätzlicher Bonus von 1.000 Punkten bzw. 100,00 € gewährt, wenn die nach dem 31.12.2012 geborenen Kinder des Versicherten, in den ersten sechs Lebensmonaten regelmäßig Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 Absatz 1 SGB V in Anspruch genommen und nachgewiesen haben. Durch die Erhöhung des Bonus nach Satz 3 scheidet der Bonus für die nach § 17d Absatz 1 Ziffer 1 bonifizierbaren Maßnahmen aus. Es werden maximal 10 Maßnahmen entsprechend 1.000 Prämienpunkten bzw. 100,00 € pro Kalenderjahr anerkannt. Es werden maximal 10.000 Prämienpunkte pro Familie und Kalenderjahr anerkannt. Der Bonus wird dem Versicherten ausgezahlt, wenn er bis zum 15.04. des Folgejahres die Erfüllung der Voraussetzung durch die Vorlage des Bonusheftes nachweist. Die Auszahlung des Bonus erfolgt innerhalb von acht Wochen nachdem der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen bei der mhplus eingegangen ist.

Ist der Versicherte zugleich Mitglied, so kann er anstelle der Bonuszahlung die erworbenen Prämienpunkte nach Maßgabe des § 17f auf seinem Prämienpunktekonto sammeln und einlösen. Versicherte, die nicht zugleich Mitglied sind, können auf Antrag anstelle der Prämienzahlung dem Prämienpunktekonto des Mitglieds die entsprechende Anzahl Prämienpunkte gutschreiben lassen. Die Erklärung über die Gutschrift auf das Prämienpunktekonto des Mitglieds ist bis zum 15.04. des Folgejahres auf dem Bonusheft zu beantragen. § 17b Absatz I Satz 1 und § 17b Absatz III Satz 4 gelten entsprechend.

- IV. Voraussetzung für die Bonusgewährung ist eine ungekündigte Mitgliedschaft des Versicherten bei der mhplus BKK zum Zeitpunkt der Einreichung des Bonusheftes. Bei Familienversicherten gilt die ungekündigte Mitgliedschaft des Hauptversicherten zum Zeitpunkt der Einreichung als Voraussetzung.

## § 17c Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn er die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die mhplus kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis folgender Bedingungen knüpft.
  
- II. Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber die Punkte 1 und 2 sowie mindestens zwei der Punkte 3 bis 5 nachweist:
  1. Das Unternehmen stellt eigens finanzielle oder personelle Ressourcen für BGF-Maßnahmen zur Verfügung.
  2. Es existiert eine Vereinbarung zur BGF.
  3. Das Unternehmen nimmt die betriebliche Gesundheitsförderung als einen ausdrücklichen Bestandteil der Führungsgrundsätze und Zielvereinbarungen mit auf.
  4. Es besteht seit mindestens einem Jahr ein Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb unter Beteiligung der mhplus.
  5. BGF ist ausdrücklicher Bestandteil des Unternehmensleitbildes.
  
- III. Der Bonus aus Stufe 1 wird durch den Bonus der Stufe 2 abgelöst, wenn der Arbeitgeber zusätzlich die Analyse der gesundheitlichen Ausgangslage im Unternehmen wie folgt nachweist:

1. Alle zwei Jahre werden gesundheitsrelevante Informationen in einer Mitarbeiterbefragung erhoben oder ein Gesundheitsbericht erstellt. Das Unternehmen legt die Ergebnisse der Befragung oder den Gesundheitsbericht der mhplus vor.
  2. Das Unternehmen wertet systematisch gesundheitsrelevante Informationen aus, die in anderen innerbetrieblichen Routinen/Prozessen erhoben werden (mindestens zwei der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
    - a) Gesundheitszirkel
    - b) Qualitätszirkel oder vergleichbarer Verbesserungsprozess
    - c) Mitarbeitergespräche/Führungs- und Zielvereinbarungsgespräche
    - d) betriebliches Vorschlagswesen
- IV. Der Bonus aus der Stufe 2 wird durch den Bonus der Stufe 3 abgelöst, wenn der Arbeitgeber zusätzlich folgende gesundheitsförderliche Aktivitäten nachweist:
1. Im Unternehmen werden BGF-Maßnahmen angeboten, die sichtbar Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zugutekommen (mindestens vier der folgenden Punkte müssen erfüllt sein):
    - a) Vorhalten von Gymnastik- oder Ruheräumen
    - b) Gewährung zusätzlicher, bezahlter Kurzpausen
    - c) wirksame Nichtraucherchutzregelung



- d) Ermöglichung von Gesundheits-Checks oder Screenings während der Arbeitszeit
  - e) kostenlose Gesundheitssport-Angebote im Rahmen des Betriebssports
  - f) Schulung der Führungskräfte in mitarbeiterorientierter Führung
  - g) Teilnahme am Audit „Familie & Beruf“
  - h) Angebot zur betrieblichen Suchtvorbeugung
  - i) gender- und lebensphasenspezifische Angebote für Beschäftigte
2. Alle Mitarbeiter werden durch geeignete Mittel der Kommunikation im Unternehmen über die Vorhaben im Bereich BGF regelmäßig, mindestens zweimal jährlich informiert.
3. Alle Mitarbeiter erhalten die Möglichkeit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen.

V. Nicht besetzt

VI. Die weitere Ausgestaltung des Bonusprogramms, insbesondere die Höhe der Boni, wird im Bonusvertrag geregelt. Die maximale Höhe des Bonus darf jedoch weder die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF überschreiten noch 1/12 des Betrags der im Abrechnungsjahr vom Arbeitgeber an die mhplus abzuführenden Arbeitgeberanteile des Krankenversicherungsanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag überschreiten.



VII. Es besteht kein Rechtsanspruch für Arbeitgeber, an einem Bonusprogramm teilzunehmen.

## § 17d Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Kinder und Jugendlichen

- I. Versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben einmal jährlich Anspruch auf einen Bonus in Form einer Sachprämie, wenn sie mindestens 200 Prämienpunkte durch den Nachweis der persönlichen und sachlichen Voraussetzungen der folgenden Punkte 1 bis 8 erreichen. Je 100 Prämienpunkte erhalten einmal jährlich versicherte Kinder und Jugendliche,
1. die den Nachweis erbringen, im laufenden Kalenderjahr an einer ärztlichen Untersuchung gemäß § 26 SGB V entsprechend den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten
    - + bei Kindern (Kinder-Richtlinien/U5-U9 einschließlich der U7a)
    - + bei Kindern (U10 nach den Empfehlungen des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte)
    - + bei Jugendlichen (Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung/J1)teilgenommen zu haben.
  2. die nachweisen, an zahnärztlichen Untersuchungen im Sinne von § 26 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit den G-BA Richtlinien teilgenommen zu haben, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt waren.
  3. die eine Schutzimpfung gemäß der Empfehlung der ständigen Impfkommision in Anspruch genommen haben.
  4. die an qualitätsgesicherten regelmäßigen Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Sportvereinen teilgenommen haben.

5. die regelmäßig an einer kinderspezifischen qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahme oder entwicklungsfördernden Maßnahme nach § 20 Absatz 5 SGB V teilgenommen haben, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt waren.
  6. die das Deutsche Sportabzeichen im laufenden Kalenderjahr abgelegt und nachgewiesen haben.
  7. die das Deutsche Schwimmabzeichen im laufenden Kalenderjahr abgelegt und nachgewiesen haben.
  8. die sich mittels qualitätsgesicherten regelmäßigen Angeboten auf eine öffentliche Sportveranstaltung in einer Ausdauersportart (Schwimmveranstaltung, Stadtläufe) im laufenden Kalenderjahr vorbereitet und teilgenommen haben. Marathonläufe, Leistungswettkämpfe und schulische Pflichtveranstaltungen werden nicht bonifiziert. Die Bonifizierung nach Ziffer 8 scheidet aus, wenn der Versicherte aufgrund derselben Sportveranstaltung einen Bonus gemäß Ziffer 4, 6 oder 7 geltend macht und gewährt bekommt.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzung wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf einem von der mhplus bereitgestellten Bonusheft schriftlich quittiert.
- III. Der Versicherte erhält bei Erreichen von mindestens zwei Maßnahmen einen Bonus in Form einer Sachprämie im Wert von 20,00 € (200 Punkte). Für den Nachweis jeder zusätzlichen Maßnahme werden jeweils 100 Prämienpunkte bzw. 10,00 € gutgeschrieben. Je Kalenderjahr werden maximal 500 Prämienpunkte bzw. 50,00 € anerkannt. Der Bonus wird dem Versicherten ausgehändigt, wenn er bis zum 15.04. des Folgejahres die Erfüllung der Voraussetzungen durch die Vorlage des Bonusheftes nachweist. Die Aushändigung des Bonus erfolgt innerhalb von acht Wochen, nachdem der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen bei der mhplus eingegangen ist.

- IV. Ist der Versicherte zugleich Mitglied, so kann er anstelle des Bonus die erworbenen Prämienpunkte nach Maßgabe des § 17f auf seinem Prämienpunktekonto sammeln und einlösen. Versicherte, die nicht zugleich Mitglied sind, können auf Antrag anstelle der Inanspruchnahme der Sachprämie dem Prämienpunktekonto des Mitglieds die entsprechende Anzahl Prämienpunkte gutschreiben lassen. Die Erklärung über die Gutschrift auf das Prämienpunktekonto des Mitgliedes ist bis zum 15.04. des Folgejahres auf dem Bonusheft zu beantragen.
- V. Voraussetzung für die Bonusgewährung ist eine ungekündigte Mitgliedschaft des Versicherten bei der mhplus BKK zum Zeitpunkt der Einreichung des Bonusheftes. Bei Familienversicherten gilt die ungekündigte Mitgliedschaft des Hauptversicherten zum Zeitpunkt der Einreichung als Voraussetzung.

## § 17e Teilnahme an integrierter Versorgung

- I. Die mhplus führt zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern durch. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die integrierte Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über
  - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
  - die Freiwilligkeit einer 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.
  
- II. Für Versicherte, die an integrierten Versorgungsverträgen im Sinne des Abs. III Satz 1 teilnehmen, ermäßigt die mhplus für die Dauer der Teilnahme auf Antrag entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen, die anlässlich der Teilnahme an Verträgen der integrierten Versorgung entstehen, sofern die jeweiligen vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an der integrierten Versorgung erfüllt sind. Die Ermäßigung beträgt 80 v. H. der zu leistenden Zuzahlungen. Die Ermäßigung wird pro Versicherten und Jahr auf max. 100,00 € beschränkt. Diese Begrenzung gilt auch für den Fall, dass der Versicherte in einem Jahr an mehreren Verträgen im Sinne des Absatzes III Satz 1 teilnimmt. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der mhplus ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die mhplus. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die mhplus dem Versicherten eine Belehrung

über sein Widerrufsrecht schriftlich mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Absatz 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

- III. Die mhplus führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgung nach § 140 SGB V, für die – bei einer Teilnahme der Versicherten – eine Ermäßigung der Zuzahlungen gewährt wird. Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung sowie den Umfang der Reduzierung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die mhplus stellt dem Versicherten auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.
  
- IV. Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach Absatz II geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

## § 17f Prämienpunktekonto

- I. Mitglieder können für folgende Bonusprogramme Prämienpunkte sammeln und einlösen:
  1. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (§ 17b der Satzung)
  2. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Kinder und Jugendlichen (§ 17d der Satzung)
  
- II. Familienversicherte können erklären, dass die von ihnen gesammelten Prämienpunkte dem Mitglied gutgeschrieben werden sollen.
  
- III. Prämienpunkte, die sich der Familienversicherte entsprechend der einzelnen Bonusprogramme in Form einer Prämie hat auszahlen lassen, können dem Mitglied nicht mehr gutgeschrieben werden.
  
- IV. 50 Prämienpunkte entsprechen einem Gegenwert in Höhe von 5,00 €.
  
- V. Die Auszahlung der auf dem Prämienkonto gutgeschriebenen Prämienpunkte erfolgt als Sachprämie. Anspruchsberechtigt ist das Mitglied.
  
- VI. Die zur Einlösung mindestens erforderliche Anzahl von Prämienpunkten beträgt 100 Prämienpunkte. Die zur Einlösung maximal erlaubte Anzahl von Prämienpunkten beträgt 10.000 Prämienpunkte.





VII. Prämienpunkte verfallen zum Ende der Mitgliedschaft des Mitglieds.

VIII. Die von der mhplus zur Auswahl gestellten Prämien gelten nur vorbehaltlich der Lieferbarkeit. Änderungen des Prämiensortiments bleiben der mhplus jederzeit vorbehalten. Abweichungen in Farbe, Ausführung und Form sind möglich und zulässig, soweit der entsprechende Gegenwert der Prämie gewahrt bleibt.

## § 17g Wahltarife Krankengeld

### Allgemeines

- I. Die mhplus 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 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 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 bestehen.

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 Abs. 1 SGB V (bspw. 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.

Mitglieder oberhalb einer Altersgrenze von 65 Jahren können den Wahltarif Krankengeld nur wählen, wenn unmittelbar zuvor (nahtlos) bereits eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestand.

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 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif S),
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 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 XVI 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.

Für Mitglieder, die einen Krankengeldwahltarif der mhplus zwischen dem 01.01.2009 und dem 31.07.2009 gewählt haben, besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage

kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. August 2009.

- IV. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz III genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.
- V. 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 nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die mhplus kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- VI. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit als Folge eines Arbeitsunfalls oder aufgrund einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung besteht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- VII. Der Anspruch auf Krankengeld endet
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit zum in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreis,

- mit dem Bezug einer der in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen, die von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen bezogen werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVII oder XVIII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der mhplus.

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurückzahlen.

## Höhe

- VIII. Die in § 53 Abs. 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.

- IX. Das Mitglied hat auf Verlangen der mhplus sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z. B. Einkommensteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der mhplus 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.

- X. Ein über den versicherten Krankengeldanspruch hinausgehender Anspruch auf Leistungen oder Zuschüsse, insbesondere Zuschüsse zu ggf. bestehenden Beitrags-/Prämienverpflichtungen zu anderen (Sozial-)Leistungsträgern, besteht im Rahmen dieser Tarife. Die Höhe wird anhand des tatsächlichen Zahlbetrags analog den gesetzlichen Bestimmungen zum Krankengeld nach § 44 SGB V ermittelt.

## Zahlung

- XI. Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Abs. 8 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

- XII. 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 Er-

werbstätigkeit 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.

- XIII. Abweichend von Absatz XII besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V nur so lange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

## Ruhen

- XIV. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 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.
- XV. Die §§ 16 Abs. 1–3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60–62, 65, 66–67 SGB I entsprechend.

## Wahl/Beginn/Laufzeit

XVI. Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlklärung bei der mhplus folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der mhplus gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Für Mitglieder, die einen Krankengeldwahltarif zwischen dem 01.01.2009 und dem 31.07.2009 gewählt haben, beginnt der Tarif am 1. August 2009, wenn die Wahl bis zum 30.09.2009 erfolgt.

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

XVII. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens zwei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der mhplus. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der mhplus vorbehaltlich Absatz XVIII frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

XVIII. 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 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 Prämienhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

## Prämien

1. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie bemisst sich in dem Tarif nach für die in § 44 Abs. 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 3 SGB V genannten Mitglieder beträgt der Beitrag in Tarif F 9,50 € monatlich.
- XIX. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XXI. 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 Abs. 2 SGB I.
- XX. Die Prämie ist monatlich zu zahlen und wird jeweils im Voraus, spätestens am 5. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs, fällig.

# mhplus

- XXI. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden im Mahnverfahren Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- XXII. Die mhplus darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

## § 17h BeneFit Gesundheitsbonus

- I. Die mhplus bietet ihren Versicherten die Teilnahme an einem Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V, oder regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen, haben Anspruch auf einen Bonus. Näheres regeln die Teilnahmebedingungen, die Bestandteil der Satzung sind (Anlage zu § 17h).
- II. Die Teilnahme ist freiwillig und erfordert eine Teilnahmeerklärung der/des Versicherten. Die Teilnahme am Bonus nach § 17h schließt die Teilnahme an einem Bonus nach §§ 17b und 17d dieser Satzung aus. Das Nähere zur Teilnahme regeln die Teilnahmebedingungen.
- III. Der Teilnahmezeitraum ist immer ein Kalenderjahr. Für den jeweiligen Teilnahmezeitraum muss die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen nach Absatz I durch Bescheinigung eines Vertragsarztes, eines nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arztes oder Leistungserbringers bzw. Anbieters der qualitätsgesicherten Leistung nachgewiesen werden. Die Erfüllung der Leistungen nach Absatz I wird vom Arzt bzw. dem Anbieter auf einem von der mhplus bereitgestellten Bonusheft schriftlich quittiert.
- 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 zweckgebundenen Zuschusses für eine in Anspruch genommene Sach- oder Dienstleistung gewährt. Näheres regeln die Teilnahmebedingungen, die Bestandteil der Satzung sind.
- V. Der Bonus kann nur einmal je Versicherten je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Der Bonus wird dem Versicherten ausgezahlt, wenn er bis zum 15.04. des

Folgejahres die Erfüllung der Voraussetzungen durch Vorlage des Bonusheftes und des Nachweises der durchgeführten Leistung nachweist.

- VI. Voraussetzung für die Bonusgewährung ist eine ungekündigte Mitgliedschaft des Versicherten bei der mhplus zum Zeitpunkt der Einreichung der Bonusunterlagen. Bei Familienversicherten gilt die ungekündigte Mitgliedschaft des Hauptversicherten zum Zeitpunkt der Einreichung als Voraussetzung.
- VII. Eine Aufrechnung des auszahlenden Bonus kann unter Berücksichtigung der Voraussetzungen des § 51 Absatz 1 SGB I erfolgen, sofern der Versicherte gemäß den Teilnahmebedingungen (siehe Anlage zu § 17 h) Barauszahlung wählt.

## § 17i Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapieformen

- I. Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen ab dem Alter von zwölf Jahren den Wahltarif Arzneimittel der besonderen Therapieformen nach § 53 Abs. 5 SGB V wählen. Erstattungsfähig sind die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie).
- II. Die gleichzeitige Teilnahme am Wahltarif Prämienzahlung (§ 9) ist ausgeschlossen.
- III. Die Wahl des Tarifs erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme am Tarif beginnt frühestens zwei Monate nach Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der mhplus. Das Mitglied kann einen weiter in der Zukunft liegenden Teilnahmebeginn wählen. Die Teilnahme erfolgt jeweils zum Ersten des Monats. Bis zum Teilnahmebeginn kann die Wahl des Tarifs vom Mitglied schriftlich widerrufen werden. Die Erklärung dazu muss vor Teilnahmebeginn bei der mhplus eingegangen sein. Das Mitglied und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, sind ab dem Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme ein Jahr an die Wahl gebunden. Die Mitgliedschaft bei der mhplus kann gemäß § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V frühestens zum Ablauf der gesetzlichen Mindestbindungsfrist von einem Jahr gekündigt werden.
- IV. Erstattet werden die für das Mitglied selbst und/oder seine familienversicherten Angehörigen entstandenen und nachgewiesenen Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie bei Verordnung auf Privatrezept durch einen Arzt und anschließendem Bezug über eine Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen vorzulegen. Die Höhe der Erstattung

beträgt 80 v. H. der Kosten für jedes einzelne im Rahmen des Tarifs erstattungsfähige Arzneimittel. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels gültige Apothekenabgabepreis.

Je Versicherten, für den eine Prämie entrichtet wird, ist die Leistung im Rahmen des Tarifs auf einen jährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt, der abhängig ist vom Eintrittsalter des Versicherten zum Zeitpunkt des Teilnahmebeginns. Bei unterjährigem Eintritt gelten entsprechend anteilige jährliche Rechnungshöchstbeträge. Nach Ablauf der Mindestbindungsfrist richtet sich der jährliche Rechnungshöchstbetrag nach dem aktuellen Alter des Versicherten zu Beginn des Verlängerungsjahres. Es gelten die folgenden jährlichen Rechnungshöchstbeträge nach Altersklassen:

Alter in Jahren	Rechnungshöchstbetrag in €
12–30	140,00 €
31–50	170,00 €
über 51	230,00 €

Sofern Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Erstattung der Arzneimittelkosten ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tag, an dem die Prämien zuzüglich sämtlicher ausstehender Kosten, die durch die verspätete Zahlung entstanden sind, vollständig nachentrichtet werden.

- V. Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifs für sich und jeden nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, eine Monatsprämie zu zahlen. Die Prämie ist für den Kalendermonat im Voraus zu entrichten. Das Mitglied hat insofern eine Bankeinzugsermächtigung zu erteilen. Anstelle der kalendermonatlichen Zahlung der Prämie kann die Prämie wahlweise auch für ein halbes Jahr oder für ein Jahr im Voraus entrichtet werden. Das Mitglied erhält bei halbjährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 2 v. H. der Prämie oder bei jährlicher Zahlung einen Rabatt in Höhe von 4 v. H. der Prämie.

# mhplus

In den ersten drei Jahren der Teilnahme richtet sich die Prämienhöhe nach dem Alter des Versicherten zu Beginn der Teilnahme. Danach ist für die Bestimmung der Prämienhöhe jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des jeweiligen Verlängerungsjahres maßgebend. Die Höhe der altersabhängigen Monatsprämie beträgt:

Alter in Jahren	Monatsprämie in €
12–30	7,50 €
31–50	9,50 €
über 51	14,50 €

- VI. Die Teilnahme endet, wenn das Mitglied den Tarif mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist schriftlich kündigt. Maßgebend ist dabei der Eingang der Kündigung bei der mhplus. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung durch das Mitglied erfolgt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der mhplus nicht möglich.

## § 17j 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 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 besteht. Der Rückstand kann aufgerechnet werden, wenn sich das Mitglied für eine Geldprämie in diesem Wahltarif entschieden hat.

Die gleichzeitige Teilnahme an dem Wahltarif nach § 9 ist ausgeschlossen.

- III. Die Teilnahme ist vom Mitglied schriftlich zu erklären. Der Wahltarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf die schriftliche Teilnahmeerklärung bei der mhplus erfolgt.

Unabhängig von der Mindestbindungsfrist, endet die Teilnahme bei gesetzlich ruhen- dem oder ausgeschlossenen Leistungsanspruch mit dem Tag vor dem Beginn des Leistungsruhens bzw. –ausschlusses.

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 Abs. 3a SGB V.

Die Mitgliedschaft bei der mhplus kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungs- frist dieses Wahltarifes gekündigt werden (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V). Bei Teilnahme am Wahltarif ist der Versicherte also mindestens 3 Jahre, einschließlich



Unterbrechungszeiten der Mitgliedschaft unter einem Monat, an die mhplus gebunden.

IV. Mit der Prämie kann das Tarifmitglied eine durch die mhplus nach § 22 (Kooperation mit der PKV) vermittelte und vom Mitglied abzuschließende private Auslandsreise-Krankenversicherung abschließen. Das Mitglied und ggf. seine mitversicherten Familienangehörigen über 18 Jahre übernehmen für bestimmte Leistungen einen maximalen kalenderjährlichen Selbstbehalt:

1. ambulante Vorsorgemaßnahmen (Badekuren) in Deutschland (§ 23 Abs. 2 SGB V) und
2. Fahrkosten (§ 60 SGB V) zu stationären Vorsorgemaßnahmen (§ 23 Abs. 4 SGB V) sowie zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen (§ 40 Abs. 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 12,50 Euro und im Familientarif eine Prämie in Höhe von 42,00 Euro.

Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen (§ 53 Abs. 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 vor Beginn des nächsten Teilnahmejahres schriftlich mitzuteilen, dass der Wechsel erfolgen soll.

V. Das Mitglied schließt einen eigenständigen Vertrag über eine private Zusatzversicherung mit dem Kooperationspartner der mhplus, um den Versicherungsschutz der Auslandsreise-Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu können. Anbieter und Risikoträger ist der Kooperationspartner. Inhalt, Umfang und Dauer des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den jeweils geltenden Versicherungsbedingun-

gen des Kooperationspartners für die Auslandsreise-Krankenversicherung. Mit der erforderlichen Einwilligung des Mitglieds, werden die zur Vertragsführung notwendigen Daten von der mhplus an den Kooperationspartner übermittelt. Im Familientarif sind zusätzlich Einwilligungserklärungen der Familienangehörigen erforderlich, die das 15. Lebensjahr bereits vollendet haben.

- VI. Die mhplus 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 mhplus Auslandskrankenversicherungstarif 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 Leistungsanspruchnahme. Dem Mitglied werden die entstandenen Kosten bis zum geltenden Selbstbehalt in tatsächlicher Höhe in Rechnung gestellt. Eine eventuelle Forderung der mhplus gleicht das Mitglied innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung aus.

## § 17k Bonus für die Teilnahme an einer Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung

Der Arbeitnehmer, vorausgesetzt er ist bei der mhplus versichert oder Neukunde bei der mhplus, erhält einen einmaligen Bonus in Höhe von 40,00 Euro, wenn er die Teilnahme an einer vom Arbeitgeber angebotenen Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung anhand eines abgestempelten Bonusheftes bzw. einer Teilnahmebescheinigung nachweisen kann und bei der mhplus einreicht. Der Bonus wird dem Neukunden ab dem ersten Tag der Mitgliedschaft einmalig gewährt.

Der Bonus wird von der mhplus ausgezahlt, wenn die Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung die Punkte 1 und 2,

1. an der Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich der Arbeitgeber mittels finanzieller oder personeller Ressourcen beteiligt,
2.
  - a. die Inhalte der Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung decken mindestens eines der Themenfelder Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum oder psychosoziale Belastungen ab und
  - b. die Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung zielt auf die Sensibilisierung der Mitarbeiter zum Thema Gesundheit ab und
  - c. dem Arbeitgeber wird im Anschluss an die Maßnahme qualitätsgesichertes Informationsmaterial zu mindestens einem der Themenfelder Bewegung, Ernährung, Suchtmittelkonsum oder psychosoziale Belastungen ausgehändigt,

erfüllt, sowie mindestens einen der Punkte 3 bis 4,

3. dem Arbeitnehmer wird die Teilnahme an der Maßnahme während der Arbeitszeit gewährt oder

4. spätestens 12 Wochen nach der Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird dem Arbeitnehmer eine Teilnahme an einer weiteren Maßnahme laut § 20 SGB V durch den Arbeitgeber ermöglicht,

erfüllt.



**§ 18      Zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V**

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

## § 18a Nicht verordnungsfähige Hilfsmittel (Lichttherapiegeräte)

- I. Die mhplus erstattet Kosten für nicht 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“ erfolgt;
  - 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.

# mhplus

- IV. Die mhplus 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 die spezifizierten Rechnungen des Herstellers und die ärztliche Verordnung hierüber 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 übernimmt die Kosten für maximal zwei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 € pro Sitzung. Zur Erstattung sind Rechnungen sowie die schriftliche ärztliche Anordnung bis spätestens 15.04. des Folgejahres vorzulegen.



## § 18c Ärztliche Zweitmeinung

Die mhplus Betriebskrankenkasse gewährt im Rahmen von § 11 Abs. 6 SGB V zusätzliche Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bei der Einholung einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung nach den folgenden Regelungen.

Versicherte können eine ärztliche Zweitmeinung von einem nicht zugelassenen Leistungserbringer 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.

### I. Ärztliche Zweitmeinung vor geplanten orthopädischen Operationen

1. Versicherte, die von ihrem behandelnden Arzt eine Indikation zur Operation an der Bandscheibe aufgrund der Diagnose M50 bis M54 nach ICD 10 oder eine Indikation zur Operation am Knie oder an der Schulter aufgrund der Diagnose M00 bis M25, M30 bis M36, M60 bis M99 oder C40 bis C41 nach ICD 10 erhalten haben, können gemäß § 11 Abs. 6 SGB V innerhalb eines halben Jahres nach Erhalt der Indikation eine ärztliche Zweitmeinung von einem nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass der nicht zugelassene Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen nach Absatz 2 erfüllt. Die Erfüllung der Anforderungen weist der Leistungserbringer gegenüber der mhplus Betriebskrankenkasse nach.
2. Der nicht zugelassene Leistungserbringer 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.
3. Die mhplus Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis der Leistungserbringer, welche die Erfüllung der nach Absatz 2 benannten Anforderungen gegenüber der mhplus nachgewiesen haben. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite [www.mhplus.de](http://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 Form zur Verfügung.
4. Zur Erstattung der Kosten sind die spezifizierten Rechnungen sowie eine ärztliche Bescheinigung, aus welcher eine Operationsindikation gemäß Absatz 1 Satz 1 an der Bandscheibe, am Knie oder an der Schulter hervorgeht, gegenüber der mhplus Betriebskrankenkasse 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.
- II. Ärztliche Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen
1. 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 Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung erfolgt über ein Fachforum (Tumorboard). Die Versicherten werden dabei von einer Servicegesellschaft im Auftrag der mhplus Betriebskrankenkasse unterstützt, welche die Organisation und Vermittlung der Zweitmeinung übernimmt. Die Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus der Vereinbarung zwischen der mhplus Betriebskrankenkasse und dem beauftragten Dritten. 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.

2. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die nicht zugelassenen Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und zu jeder Zeit eine 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 belegen.
3. 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.
4. 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 Absatz 3. genannten Diagnosen vorliegt. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.
5. 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.

6. Kostenübernahmeregelung:

Zur Erstattung der Kosten sind die spezifizierten Rechnungen sowie eine ärztliche Bescheinigung, aus welcher eine Operationsindikation gemäß Absatz 3 Satz 1 hervorgeht, gegenüber der mhplus Betriebskrankenkasse vorzulegen. Die mhplus Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten maximal einmal im Kalenderjahr. Erstattet werden höchstens 379,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

## § 18d Professionelle Zahnreinigung

- I. Die mhplus übernimmt einmalig im Kalenderjahr Kosten für die Professionelle Zahnreinigung für Versicherte ab 18 Jahren, 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 bis spätestens zum 15.04. des Folgejahres vorzulegen.

## § 18e 3D/4D-Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft

- I. Die mhplus übernimmt einmalig im Kalenderjahr Kosten für eine 3D/4D-Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft, wenn sie von zugelassenen Vertragsärzten oder von Leistungserbringern nach § 13 Absatz 4 SGB V durchgeführt wurde.

Schwangere Versicherte können um der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des ungeborenen Kindes (dazu gehören insbesondere Herzfehler, Gesichtsspalte sowie Formen von Neuralrohrfehlbildungen) entgegenzuwirken, als erweiterte medizinische Vorsorgeleistung, einen 3D/4D-Ultraschall in Anspruch nehmen, wenn sie vom Arzt gemäß der Anlage 5 (zu Abschnitt A Nummer 5 der Mutterschafts-Richtlinien) über die Untersuchung informiert wurden und es sich um keine Leistung nach den Mutterschaftsrichtlinien handelt.

- II. Erstattet werden je Versicherten insgesamt höchstens 60,00 € je Kalenderjahr. Ist der Rechnungsbetrag niedriger als 60,00 Euro, wird der Zuschuss in Höhe des Rechnungsbetrages geleistet. Zur Erstattung ist die Rechnung bis spätestens zum 15.04. des Folgejahres vorzulegen.

## § 18f Hebammenrufbereitschaft

Die mhplus übernimmt für versicherte Frauen die Kosten für eine Hebammenrufbereitschaft in Form einer Pauschale bzw. 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 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.

Die Hebammenrufbereitschaftspauschale bzw. der Zuschuss 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 vorzulegen.

## **§ 18g Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel**

- I. Über die im SGB V geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus, erstattet die mhplus 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 Privat Rezept.
  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 bis spätestens zum 15.04. des Folgejahres vorzulegen.



## § 18h Versiegelung von Glattflächen

- I. Die mhplus übernimmt einmalig im Kalenderjahr Kosten für die Versiegelung von Glattflächen bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband für Versicherte im Alter von 10 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 bis spätestens zum 15.04. des Folgejahres vorzulegen.

## § 18i Fissurenversiegelung

- I. Die mhplus übernimmt einmalig im Kalenderjahr Kosten für die Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren 4 und 5 nach dem Zahnschema Zsigmondy im bleibenden Gebiss für Versicherte im Alter von 6 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 bis spätestens zum 15.04. des Folgejahres vorzulegen.

## § 18j Sportmedizinische Untersuchung

- I. Die mhplus übernimmt einmalig im Kalenderjahr Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung, wenn sie von zugelassenen Vertragsärzten oder von Leistungserbringern nach § 13 Absatz 4 SGB V durchgeführt wurde.

Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach schriftlicher ärztlicher Anordnung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, welche die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.

- II. Erstattet werden bis zu 60,00 € je Versicherten insgesamt höchstens 60,00 € je Kalenderjahr. Ist der Rechnungsbetrag niedriger als 60,00 €, wird der Zuschuss in Höhe des Rechnungsbetrages geleistet. Zur Erstattung ist die Rechnung bis spätestens zum 15.04. des Folgejahres vorzulegen.

## § 18k Nicht verordnungsfähige Hilfsmittel (sensomotorische Einlagen)

- I. Die mhplus erstattet für Versicherte die Kosten für nicht verordnungsfähige Hilfsmittel – sensomotorische Einlagen -, sofern
  1. deren Anwendung medizinisch notwendig ist, und z.B. folgende Indikationen vorliegen:
    - Knick-Senk-Spreizfuß, kontrakt
    - Ballen-Hohlfuß
    - rheumatischer Spreizfuß
    - angio-neuropathische Fußveränderungen in Kombination mit anderen Fußdeformitäten
  2. die Verordnung des Hilfsmittels durch einen zugelassenen Vertragsarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgt.
- II. Die mhplus erstattet / bezuschusst die Kosten für ein Paar Einlagen nach Abs. I in Höhe von 48,07 € zuzüglich 7 % Mehrwertsteuer, maximal jedoch die tatsächlich entstandenen Kosten.
- III. Pro (Zeit-)Jahr werden maximal die Kosten für 2 Paar sensomotorische Einlagen erstattet / bezuschusst.
- IV. Zur Erstattung sind der mhplus die spezifizierten Rechnungen des Leistungserbringers und die ärztliche Verordnung hierüber innerhalb von drei Monaten nach Inanspruchnahme der Leistung vorzulegen.
- V. Neben der Erstattung / Bezuschussung zu den sensomotorischen Einlagen werden keine weiteren Kosten in diesem Zusammenhang, z.B. ärztliche Kosten in Verbindung mit der Verordnung, Kosten nach GOÄ oder ähnliches von der mhplus übernommen.

## § 19 Primärprävention

I. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die mhplus auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien des Spitzenverbands der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21.06.2000“ in der aktuellen Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz und/oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären 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 (multimodales Stressmanagement)
- Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

#### 4. Suchtmittelkonsum:

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

#### II. Leistungen, die von der mhplus selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt.

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 70,00 € je Maßnahme gewährt. Soweit die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten wurde, erhöht sich dieser Vorschuss 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 bis spätestens zum 15.04. des Folgejahres vorzulegen.

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

# mhplus

- 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

## § 20 Hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die mhplus 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 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.



## § 21 Besondere Versorgung

- I. Die mhplus 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 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 entsprechend § 53 Abs. 3 SGB V die nach dem SGB V vorgesehenen Zuzahlungen ermäßigen oder Prämienzahlungen anbieten. Voraussetzung ist, dass die jeweiligen Teilnahmebedingungen dies vorsehen und die vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an den Versorgungsverträgen erfüllt sind.



**§ 22 Kooperation mit der PKV**

Die mhplus vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.



**§ 23 Aufsicht**

Die Aufsicht über die mhplus führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.



## **§ 24 Mitgliedschaft im Landesverband**

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

## § 25 Bekanntmachungen

- I. Die Bekanntmachungen der mhplus Betriebskrankenkasse erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter [www.mhplus.de](http://www.mhplus.de), nachrichtlich durch einwöchigen Aushang in der Hauptverwaltung und in den Geschäftsstellen. 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. Öffentliche Zustellungen gemäß § 10 VwZG erfolgen im Internet unter [www.mhplus.de](http://www.mhplus.de). Die Veröffentlichungsfrist beträgt 14 Tage.

**§ 26      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.

## § 27 Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse

Die mhplus 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. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der mhplus veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der mhplus 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 und der Gemeinsamen Betriebskrankenkasse Köln (GBK) haben diese Satzung in den Sitzungen vom 02.12.2010 sowie vom 09.12.2010 beschlossen. Das Bundesversicherungsamt hat die Satzung in der vorliegenden Form mit Bescheid vom 30.12.2010, Az.: II3 – 59129.0-3192/2010, genehmigt.
- II. Sie tritt zum 01.01.2011 in Kraft.
- III. Die mit dem 1. Satzungsnachtrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung vom 08.02.2011 beschlossenen Satzungsänderungen in den §§ 2, 6, 8, 10, 11, 13, 13a, 15, 17e und 20 wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 18.03.2011, Az.: II 3 – 59129.0 – 3192/2010, genehmigt. Die Satzungsänderungen treten rückwirkend zum 01.01.2011 in Kraft.
- IV. Die mit dem 2. Satzungsnachtrag vom Verwaltungsrat im Rahmen einer schriftlichen Abstimmung beschlossenen Satzungsänderungen in den §§ 11 und 13 wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 03.08.2011, Az.: II 3 – 59129.0 – 3192-2010, genehmigt. Die Satzungsänderung in § 11 tritt rückwirkend zum 01.05.2011 und die Satzungsänderungen in § 13 treten rückwirkend zum 01.01.2011 in Kraft.
- V. Die mit dem 3. Satzungsnachtrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung vom 20.07.2011 beschlossenen Satzungsänderungen in den §§ 17f, 17j und 18 wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 08.08.2011, Az.: II3 – 59129.0 – 3192/2010, genehmigt. Die Satzungsänderung in § 17f tritt zum 01.01.2012 in Kraft. Der neu eingefügte § 17j tritt zum 01.09.2011 in Kraft. Die Satzungsänderung in § 18 tritt rückwirkend zum 01.01.2011 in Kraft.



- VI. Die mit dem 4. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat im Rahmen einer schriftlichen Abstimmung beschlossenen Satzungsänderungen in den §§ 6 und 17b wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 10.10.2011, Az.: II3 – 59129.0 – 3192/2010, genehmigt. Die Satzungsänderung in § 6 tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft. Die Änderungen in § 17b treten zum 01.01.2012 in Kraft.
- VII. Die mit dem 5. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung vom 16.12.2011 beschlossenen Satzungsänderungen in den §§ 6, 13 und 20 wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 29.02.2012, AZ: II3 – 59129.0 – 3192/2010, genehmigt. Die Satzungsänderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- VIII. Die mit dem 6. Satzungsantrag von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat in deren Sitzung am 16.12.2011 beschlossenen Satzungsänderungen in den §§ 2 und 4 der Anlage zur § 26 der Satzung wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 29.02.2012, AZ: II3 – 59129.0 – 3192/2010, genehmigt. Die Satzungsänderungen treten rückwirkend zum 01.01.2012 in Kraft.
- IX. Die mit dem 7. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung vom 08.08.2012 beschlossenen Satzungsänderungen zu §§ 2, 13, 13a, 17e, 17k, 18, 18b, 20 wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 21.11.2012, AZ: II 3 – 59129.0-3192/2010, genehmigt. Die Satzungsänderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- X. Die mit dem 8. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung vom 03.12.2012 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 15. Januar 2013, AZ: II 3 – 59129.0-3192/2010 genehmigt. Die Satzungsänderungen des 8. Satzungsantrags treten mit Ausnahme der Satzungsänderung zu § 11 rückwirkend zum 01.01.2013 in Kraft. Die Satzungsänderung zu § 11 tritt rückwirkend zum 01.12.2012 in Kraft.

- XI. Die mit dem 9. Satzungsantrag von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrats in ihrer Sitzung vom 03.12.2012 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 15. Januar 2013, AZ: II 3 – 59129.0-3192/2010 genehmigt. Die Satzungsänderungen treten rückwirkend zum 01.01.2013 in Kraft.
- XII. Die mit dem 10. Satzungsantrag von Verwaltungsrat im schriftlichen Verfahren beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 25. März 2013, AZ: i 2 – 59129.0 – 3200/2010 genehmigt. Die Satzungsänderungen des 10. Satzungsantrags treten rückwirkend zum 01.01.2013 in Kraft.
- XIII. Die mit dem 7. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung vom 08.08.2012 beschlossenen Satzungsänderung zu § 18a wurde vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 04.06.2013, AZ: II 3 – 59129.0-3192/2010, genehmigt. Die Satzungsänderung tritt am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- XIV. Die mit dem 12. Satzungsantrag von Verwaltungsrat im schriftlichen Verfahren beschlossene Satzungsänderung zu § 18d wurde vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 05. August 2013, AZ: II 3 - 59129.0-3192/2010, genehmigt. Die Satzungsänderung des 12. Satzungsantrags tritt rückwirkend zum 01.07.2013 in Kraft.
- XV. Die mit dem 14. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 02.10.2013 beschlossenen Satzungsänderung wurde vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 04.11.2013, Az.: II 3 – 59129.0-3192/2010, genehmigt. Die Änderungen zu §§ 17b; 18d; 18e und 18g treten rückwirkend zum 01.07.2013 in Kraft. Die Änderungen zu §§ 17b; 17d und 17j treten zum 01.01.2014 in Kraft. Die sonstigen Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

- XVI. Die mit dem 15. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 12.12.2013 beschlossene Satzungsänderung wurde vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 20.12.2013, Az. II 3-59129.0-3192/2010, genehmigt. Die Änderungen zu § 4 Abs. 1 der Anlage zu § 26 treten zum 01.01.2014 in Kraft.
- XVII. Die mit dem 16. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 12.12.2013 beschlossene Satzungsänderung wurde vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 20.12.2013, Az. II 3-59129.0-3192/2010, genehmigt. Die Änderungen zu § 7 der Satzung treten zum 01.01.2014 in Kraft.
- XVIII. Die mit dem 17. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 12.12.2013 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 22.01.2014, Az. II 3-59129.0-3192/2010, genehmigt. Die Änderungen zu § 1 und § 24 der Satzung treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- XIX. Die mit dem 18. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 31.07.2014 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 01.09.2014, Az. 213-59129.0-3192/2010, genehmigt. Die Änderungen zu § 18d treten rückwirkend zum 01.01.2014 in Kraft, die Änderungen zu § 18f zum 01.08.2014. Die sonstigen Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- XX. Die mit dem 19. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat im Rahmen der schriftlichen Abstimmung beschlossene Satzungsänderung wurde vom Bundesversicherungsamt als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 28.11.2014, Az.: 112 – 59129.0 – 3200 / 2010, genehmigt. Die Änderungen in § 25 treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- XXI. Die mit dem 20. Satzungsantrag von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrats im Rahmen der schriftlichen Abstimmung beschlossene Satzungsänderung wurde vom

Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 01.12.2014, Az.: 213 – 59129.0 – 3192 / 2010, genehmigt. Die Änderung in § 4 der Anlage zu § 26 tritt zum 01.01.2015 in Kraft.

- XXII. Die mit dem 21. Satzungsantrag von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrats im Rahmen der schriftlichen Abstimmung beschlossene Satzungsänderung wurde vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 17.12.2014, Az.: 213 – 59129.0 – 3192 / 2010, genehmigt. Die Änderung in § 2 der Anlage zu § 26 tritt am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- XXIII. Die mit dem 22. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 12.12.2014 beschlossene Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 18.12.2014, Az.: 213 – 59129.0 – 3192 / 2010, genehmigt. Die Änderungen treten zum 01.01.2015 in Kraft.
- XXIV. Die mit dem 23. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat im schriftlichen Verfahren beschlossene Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 02.03.2015, Az.: 213 – 59129.0 - 3192 / 2010, genehmigt. Die Änderungen treten rückwirkend zum 01.10.2014 in Kraft.
- XXV. Die mit dem 24. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 22.07.2015 beschlossene Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 07.09.2015, Az.: 213 – 59129.0 - 3192 / 2010 genehmigt. Die Änderungen in Ziffern 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 20 und 26 treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft, die Änderung in Ziffer 1 zum 01.10.2015, alle anderen Änderungen zum 01.01.2016.
- XXVI. Die mit dem 25. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 16.12.2015 beschlossene Satzungsänderung wurde vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 22.12.2015, Az.: 213 – 59129.0 – 3192 / 2010 genehmigt. Die Änderung tritt am 01.01.2016 in Kraft.
- XXVII. Die mit dem 26. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 16.12.2015 beschlossene Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zustän-

dige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 30.12.2015, Az.: 213 – 59129.0 – 3192 / 2010 genehmigt. Die Änderung in Ziffer 2 tritt am 01.11.2015 in Kraft, alle anderen Änderungen am 01.01.2016.

- XXVIII. Die mit dem 27. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 16.12.2015 beschlossene Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 06.01.2016, Az.: 112 – 59129.0 – 3200 / 2010 genehmigt. Die Änderungen treten am 01.01.2016 in Kraft.
- XXIX. Die mit dem 28. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 22.03.2016 beschlossene Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 13.04.2016, Az.: 213 – 59129.0 – 3192 / 2010 genehmigt. Die Änderungen in Ziffer 1 und 4 treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft, alle anderen Änderungen am 01.01.2016.
- XXX. Die mit dem 29. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 21.07.2016 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 01.08.2016, Az.: 213 – 59129.0 - 3192 / 2010 genehmigt. Die Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- XXXI. Die mit dem 30. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 16.12.2016 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 16.01.2017, Az.: 213 – 59129.0 - 3192 / 2010 genehmigt. Die Änderungen in Ziffern 3 bis 6 treten am 01.01.2017 in Kraft, alle anderen Änderungen am Tag nach ihrer Bekanntmachung.
- XXXII. Die mit dem 31. Satzungsantrag von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrats in der Sitzung vom 16.12.2016 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 23.12.2016, Az.: 213-59129.0 – 3192/2010 genehmigt. Die Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

- XXXIII. Die mit dem 32. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat im schriftlichen Verfahren beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 04.03.2017, Az.: 213 – 59129.0 - 3192 / 2010 genehmigt. Die Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- XXXIV. Die mit dem 33. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 18.10.2017 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 05.12.2017, Az.: 213-59129.0 – 3192/2010 genehmigt. Die Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- XXXV. Die mit dem 34. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 15.12.2017 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 29.12.2017, Az.: 213-59129.0 – 3192/2010 genehmigt. Die Satzungsänderung in Ziffer 1 tritt am 14.12.2017 in Kraft, die Satzungsänderung in Ziffer 4 am 01.01.2018, alle anderen Änderungen am Tag nach ihrer Bekanntmachung.
- XXXVI. Die mit dem 35. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 15.12.2017 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 29.12.2017, Az.: 213-59129.0 – 3192/2010 genehmigt. Die Änderungen treten am 01.01.2018 in Kraft.
- XXXVII. Die mit dem 37. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 24.07.2018 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 20.08.2018, Az.: 213-59129.0 – 3192/2010 genehmigt. Die Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.
- XXXVIII. Die mit dem 38. Satzungsantrag von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrats in der Sitzung vom 24.07.2018 beschlossenen Satzungsänderungen wurden vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom

# mhplus

20.08.2018, Az.: 213-59129.0 – 3192/2010 genehmigt. Die Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

Ludwigsburg, den 08.09.2018

Winfried Baumgärtner  
Vorstand



**Anlage zu § 2 der Satzung der  
mhplus Betriebskrankenkasse**

**Entschädigungsregelung**

**Stand: 01.01.2016**



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 11.02.1999 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 68,00 €.

### **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 476,00 €.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 375,00 €.

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 § 26 der Satzung der**

**mhplus Betriebskrankenkasse**

**Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen**

**bei Krankheit und Mutterschaft**

**nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)**

**Stand: 08.09.2018**

## **§ 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 Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

## **§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch**

1. Die mhplus 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 fortgezählten 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 25.01. des folgenden Kalenderjahres bei der mhplus 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 in-

nerhalb von 14 Kalendertagen nach Zugang beim Arbeitgeber die Wahlerklärung bei der mhplus Ausgleichskasse eingeht.

3. Die mhplus 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 pauschaliert in Höhe von 20 vom Hundert des fortgezahlten Entgeltes 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 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
  - 1,1 vom Hundert für den ermäßigten Erstattungssatz
  - 2,3 vom Hundert für den allgemeinen Erstattungssatz
  - 3,0 vom Hundert für den erhöhten Erstattungssatz
2. Der Umlagesatz U2 beträgt 0,30 vom Hundert.

## **§ 5 Widerspruchsausschuss**

§ 4 der Satzung der mhplus 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 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 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.
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.

## **§ 8 Inkrafttreten**

Die Anlage zu § 26 der Satzung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.



**Anlage zu § 17h der Satzung der**

**mhplus Betriebskrankenkasse**

**Teilnahmebedingungen BeneFit Gesundheitsbonus**

**Stand: 01.01.2018**

# mhplus

Bonifiziert wird die Inanspruchnahme der im Gesundheits-Maßnahmenkatalog zu diesem Bonusprogramm aufgeführten Leistungen.

Der Teilnahmezeitraum beträgt jeweils ein Kalenderjahr; die Teilnahme am Bonus nach § 17h schließt die Teilnahme an einem Bonus nach §§ 17b und 17d dieser Satzung aus.

Der Bonus wird dem Versicherten ausgezahlt, wenn er bis zum 15.04. des Folgejahres die Erfüllung der Voraussetzungen nachweist. Für den Nachweis erhält der Versicherte ein Bonusheft. Auf dem Bonusheft werden die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen durch die Leistungserbringer bestätigt (Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer). Dem Teilnehmer entstehende Kosten für die Nachweise werden von der mhplus BKK nicht übernommen.

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten und dies durch die regelmäßige, d.h. durch die Inanspruchnahme von mindestens zwei, maximal aber 4 Maßnahmen aus dem Maßnahmenkatalog nachweisen, erhalten einen Bonus. 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 des Versicherten in bar ausgezahlt oder in Form eines zweckgebundenen Zuschusses für eine in Anspruch genommene Sach- oder Dienstleistung gewährt. Pro Kalenderjahr kann höchstens ein Bonus in Höhe von 40,00 Euro ausgezahlt werden.

Während des Teilnahmezeitraums können bei Erfüllung der Mindestvoraussetzung angesammelte Bonuspunkte jederzeit auf Antrag in Form eines zweckgebundenen Zuschusses zu den nachgewiesenen Kosten von selbstfinanzierten Leistungen aus der Tabelle der Gesundheitsleistungen eingelöst werden; in diesem Fall wird der Punktwert der einzulösenden Bonuspunkte auf 2,0 entsprechend 2,00 Euro gehoben. Das Ausstellungsdatum der Kostenrechnung muss im jeweiligen Teilnahmezeitraum liegen. Die vorzeitige Ausschüttung eines Bonus ohne Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen ist nicht möglich.

Die Prüfung der eingereichten Gesundheitsmaßnahmen erfolgt anhand der gesetzlichen Vorgaben bzw. der Richtlinien. Der Übertrag einzelner Gesundheitsmaßnahmen bzw. der entsprechenden Bonuspunkte auf andere Teilnehmer oder in den folgenden Teilnahmezeitraum ist nicht möglich.

# mhplus

Mit dem vollständigen Einreichen des Bonusheftes erklärt der Versicherte seine Aktivitäten im jeweiligen Teilnahmezeitraum für beendet.

Wenn bei Einreichung der Nachweise keine ungekündigte Mitgliedschaft vorliegt verfallen die Ansprüche auf einen Bonus. Bei Familienversicherten ist die ungekündigte Mitgliedschaft des Hauptversicherten erforderlich.

Katalog Gesundheits-Maßnahmen	Bonuspunkte
Nachweis der Zahnprophylaxe, jährliche Zahnvorsorge (§§ 21, 22, 55 Absatz 1 Satz 4 Nr.2 SGB V)	10
Nachweis der Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit (§ 25 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den G-BA Richtlinien)	10
Nachweis der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebs (§ 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit den G-BA Richtlinien)	10
Nachweis der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zur Früherkennung von Genital- und Brustkrebs oder Prostatakrebs (§ 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit den G-BA Richtlinie)	10
Nachweis der Teilnahme an qualitätsgesicherten, regelmäßigen Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens in Sportvereinen, Fitnessstudios oder im Hochschul- und Betriebssport (als außerbetriebliche Maßnahme)	10
Nachweis des Ablegens des Deutschen Schwimm- oder Sportabzeichens	10
Nachweis der Vorbereitung und Teilnahme an qualitätsgesicherten und regelmäßigen Angeboten an einer öffentlichen Sportveranstaltung im Ausdauersport. (Marathonläufe, Leistungswettkämpfe und schulische Pflichtveranstaltungen werden nicht bonifiziert.)	10
Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an einem von der mhplus angebotenen qualitätsgesicherten online Coach zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens	10
Nachweis eines vollständigen Impfstatus gemäß Empfehlung der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut (§ 20i SGB V)	10

Gesundheitsleistungen (Zweckgebundener Zuschuss)
Zusatzdiagnostik zur Vorsorge in der Schwangerschaft
Geburtsvorbereitungskurs für Partner
Geburtsvorbereitende Akupunktur
Zusätzliche Präventions- oder Gesundheitskurse
Sonstige ärztlich verordnete Arzneimittel
Vorsorge-Früherkennung außerhalb des gesetzlichen Anspruchs
Babyschwimmen, Babymassage, PEKIP-Kurse
Sonstige vertragszahnärztliche/kieferorthopädische Leistungen

# mhplus

Sonstige vertragsärztliche Leistungen für Kinder, die nicht vom GBA ausgeschlossen sind
Protektoren für Kinder bis zum 16 Lj. (z.B. Zahnschutzschiene, Kinderfahradhelm)
Sehhilfen für Kinder
Sonstige vertragsärztliche Leistungen, die nicht vom GBA ausgeschlossen sind
Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
Daten- und Dokumentenservice für medizinische Notfälle
Zusatzversicherung nach § 194 Abs. 1a SGB V

Diese Aufzählung ist abschließend. Ein Zuschuss zu den in der Tabelle „Gesundheitsleistungen“ aufgelisteten Leistungen kann nicht gezahlt werden, wenn die Leistung bereits aufgrund einer anderen Rechtsgrundlage und der daraus folgenden Leistungspflicht der mhplus erstattet wurde.

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

Die mhplus behält sich vor, den BeneFit 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.

Bonuszahlungen sind eventuell steuerpflichtig. Die mhplus ist verpflichtet, Bonuszahlungen dem zuständigen Finanzamt zu melden. Weiterführende Informationen erteilt das Finanzamt oder ein Steuerberater.