



Satzung

der mhplus Betriebskrankenkasse

Ludwigsburg

Stand 22.01.2009

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
- § 7a Bemessung der Beiträge für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige bei sozialen Härten
- § 7b Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge
- § 8 Beitragssätze
- § 9 Beitragsrückzahlung
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Aufbringung der Mittel
- § 13 Leistungen
- § 13a Selbstbehalt
- § 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 Zuzahlungsermäßigung bei Teilnahme an integrierter Versorgung
- § 17f Wahltarife Krankengeld
- § 18 Modellvorhaben DMP
- § 19 Primärprävention
- § 20 Hausarztzentrierte Versorgung
- § 21 gestrichen
- § 22 Kooperation mit der PKV
- § 23 Aufsicht
- § 24 Mitgliedschaft zu Landesverband
- § 25 Bekanntmachungen
- § 26 Ausgleichsverfahren nach dem AAG

mhplus

Artikel II

In-Kraft-Treten

Anlage zu § 2 der Satzung:
Anlage zu § 26 der Satzung:

Entschädigungsregelung
Ausgleichsverfahren

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 Ludwigsburg.

- 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 Ackermann Nähgarne GmbH & Co., Augsburg, in Augsburg;
- der Amann Handel GmbH, Dietenheim, in Dietenheim;
- SCA Hygiene Products AG, in München und Ismaning;
- Mondi Packaging Raubling GmbH;
- SCA Packaging Containerboard GmbH, Aschaffenburg, Werk Aschaffenburg;
- SCA Packaging Containerboard GmbH, Aschaffenburg, Werk Witzenhausen;
- Smurfit Munksjö Paper DECOR GmbH & Co. KG, Aalen-Unterkochen;
- Thosca Holz GmbH, Hößbach;
- SCA Recycling GmbH, Raubling;
- Gemeinnützige Süddeutsche Wohnungsgesellschaft mbH (GSW), Raubling;
- BTK GmbH (Befrachtungs- und Transportkontor GmbH), Rosenheim;
- Roman Bauernfeind Formatwerk GmbH & Co., Raubling;
- Neehmah Gessner GmbH & Co. (oHG) Werke Bruckmühl und Weidach;
- Steinbeis Holding GmbH, Brannenburg;
- Wendelsteinbahn GmbH, Brannenburg;
- PharmaZell GmbH, Raubling;
- M-real GmbH, Stockstadt;
- 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;
- Lucent Technologies Network Systems GmbH, Standort Nürnberg;
- 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;
- Herberg Service Plus GmbH, Nürnberg;

mhplus

- FLEXTRONICS Software Systems Ltd., Zweigniederlassung Deutschland;
- Aluminium Rheinfelden GmbH, Rheinfelden;
- Hoffmann's Gastro, Rheinfelden;
- Brennet AG in Bad Säckingen, Wehr und Hausen;
- Papierfabrik Albbruck GmbH & Co. KG, Albbruck;
- Textilwerke Zell-Schönau AG, Schrozberg;
- Irisette GmbH & Co. KG, Velen-Ramsdorf
- TVW Textil-Veredelung GmbH, Schrozberg.

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 auch auf Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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 Verwaltungsrates 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 9 Vertretern der Versicherten und 5 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 Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der mhplus mit der Stellvertretung des Vorstandes 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 Verwaltungsrates 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 Ersatzbarer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates 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 bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrats widerspricht der schriftlichen Abstimmung.

Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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 (§ 50 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.

Er hat bei

- 1 bis 250 Versicherten zehn Stimmen
- 251 bis 500 Versicherten fünfzig Stimmen
- 501 bis 750 Versicherten fünfundsiebzig Stimmen und
- je weiteren 1 bis 250 Versicherten fünfundzwanzig weitere Stimmen bis zur Höchstzahl von 250 Stimmen.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der mhplus gehört 1 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 Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die Betriebs- und Rechnungsführung für das abgelaufene Geschäftsjahr prüfen zu lassen. Diese Prüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb; sie umfasst die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vorgenommen worden ist, kann der Vorstand zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Abs. 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.
6. 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,
7. die mhplus nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
8. eine Kassenordnung aufzustellen,
9. die Beiträge einzuziehen,

10. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der mhplus abzuschließen,
11. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der mhplus.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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,-€ liegt, wenn dies eindeutig bezifferbar ist,
- Widersprüche, betreffend die Beitragssatzhöhe,
- Widersprüche, betreffend die Genehmigung von ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

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 2 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 2 Stimmen.
2. Jedes Mitglied der Widerspruchsausschüsse hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
3. Die Versichertenvertreter der Widerspruchsausschüsse werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter der Widerspruchsausschüsse werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrats gewählt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. 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 von den Widerspruchsausschüssen 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.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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 ist.
- 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 2 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 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie Ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die mhplus hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die mhplus ihrer Mitteilungspflicht verspätet nach, so verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrages und die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.
- III. Abweichend von Abs. 1 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 der Familienversicherung.
- IV. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 9 oder § 13a gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur mhplus nur unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz VIII bzw. des § 13a Absatz XII gekündigt werden.
- V. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Frist nach Absatz I Satz 1 kündigen, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Betriebskrankenkasse begründet werden soll (§ 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V). Die Kündigungsfrist nach Absatz I Satz 2 ist zu beachten.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 7 Bemessung der Beiträge

- I. Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen - §§ 223, 226 bis 240 SGB V und § 23a SGB IV - der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.
- II. Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V maßgebenden Jahresarbeitsentgeltgrenze zu berücksichtigen. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt.
- III. Die Beitragsbemessung für Selbstzahler wird durch die Beitragsbemessungsrichtlinien des GKV Spitzenverbands geregelt.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 7b Stundung und Erhebung der von nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

- I. Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Absatz 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag
 1. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
 2. unter den in den Absätzen 2 und 3 genannten Voraussetzungen für die Zeit bis zum Beginn des Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Absatz 4a SGB V zu zahlen ist.
 3. unter den Voraussetzungen des § 76 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IV niederzuschlagen oder zu erlassen.
- II. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, das der Nacherhebungszeitraum mehr als 3 Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommene Leistungen verzichtet.
- III. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)



§ 8 Beitragssätze

Der Beitragssatz wird durch die Bundesregierung einheitlich festgesetzt.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 9 Prämienzahlung

- I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 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 zu Lasten 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:
 - Prävention und Selbsthilfe (§§ 20 – 20d SGB V)
 - Schutzimpfungen (§ 20d 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)
 - Kinderuntersuchungen (§ 26 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 Jahresbeitrages. 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. 1 bis Abs. 3 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. 3 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 3 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 Tarifes 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 drei Jahre. 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 drei Jahren 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 SGB V nicht gekündigt werden.
- IX. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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 Fälligkeit für Selbstzahler wird durch die Beitragsverfahrensgrundsätze des GKV Spitzenverbandes einheitlich auf den 15. des Folgemonats für den laufenden Monat festgesetzt. Für freiwillig Versicherte, deren Beiträge im Rahmen des Firmenzahlverfahrens abgeführt werden, kann die Fälligkeit auf den drittletzten Bankarbeitstag für den laufenden Monat gelegt werden, sofern die Zustimmung des Arbeitnehmers vorliegt.
- III. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).
- IV. 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.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 11 Höhe der Rücklage

- I. Die Rücklage beträgt 25 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

- II. Auf die Entschuldung der Kasse entfällt ein Beitragssatzanteil in Höhe von 0,00 v. H. Der Beitragssatzanteil für die Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von anderen Betriebskrankenkassen nach § 265a SGB V beträgt 0,00 v. H.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 12 Aufbringung der Mittel

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

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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 einer drohenden 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 lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege, höchstens 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

1. Die mhplus gewährt, soweit nicht arbeitsrechtliche Regelungen eine entsprechende Leistung vorsehen, auch dann Haushaltshilfe, soweit und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Weitere Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der An-

spruch auf Haushaltshilfe besteht bei Krankheit grundsätzlich für 4 Wochen. Bei akuter schwerer Krankheit wird Haushaltshilfe für längstens 26 Wochen gewährt, wenn und soweit der medizinische Dienst der Krankenversicherung dies befürwortet.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i.V. m. § 61 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 Krankengeld für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Mitglieder, die gegenüber der Künstlersozialkasse eine entsprechende Erklärung abgegeben und nicht widerrufen haben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld am 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld von einem Zeitpunkt an, der vor Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit gilt, hat er an die Künstlersozialkasse zusätzlich den sich auf Grund des § 242 SGB V ergebenden Erhöhungsbetrag zu zahlen.

VI Hospiz-Betreuung

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht erbracht werden kann.

Der Zuschuss beträgt kalendertäglich 7 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und darf zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

VII. Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die mhplus vor Inanspruchnahme schriftlich zu informieren. 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 Jahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten schriftlich kündigen. Wurde beim Wahltarif Selbstbehalt die Tarifstufe 4 nach § 13a Absatz 1 Satz 3 gewählt, gilt die Kündigungsfrist des § 9 Absatz 8 in Verbindung mit § 13a Absatz 10 entsprechend.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die mhplus bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist nach Abzug der Zuzahlung um 7,5 v. H., mindestens 2,50 € und maximal 40,00 €, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anzuwenden ist, an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

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 anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern anzuwenden ist, 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.

VIII. Neurodermitisschulung

Die mhplus beteiligt sich an dem von der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbarten Modell zur Neurodermitisschulung. Das Modellvorhaben umfasst die Indikation atopisches Ekzem bei Kindern und Jugendlichen. Für einen Elternschulungskurs (bei Kindern bis 7 Jahren) übernimmt die mhplus 400,00 €, für einen kombinierten Eltern-Kind-Kurs (bei Kindern von 8-12 Jahren) 600,00 € und für einen Jugendkurs (Jugendliche ab 13 Jahren ohne Eltern) 400,00 €, wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

IX. 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 auf Grund 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 auf Grund 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 Gesundheitszustandes der Versicherten der Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 13a Selbstbehalt

- I. Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der mhplus zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt).

Bei einem Jahreseinkommen von mindestens 6.630,00 € beträgt der jährliche Selbstbehalt 150,00 €,
bei einem Jahreseinkommen von mindestens 10.930,00 € beträgt der jährliche Selbstbehalt 250,00 €,
bei einem Jahreseinkommen von mindestens 16.560,00 € beträgt der jährliche Selbstbehalt 450,00 €.

Mitglieder, die vollumfänglich Kostenerstattung gewählt haben und deren Jahreseinkommen über 39.740,00 € liegt, können einen jährlichen Selbstbehalt in Höhe von 1.200,00 € wählen.

Die Einstufung in eine niedrigere Tarifstufe trotz höheren Einkommens ist möglich.

Der zum Teilnahmebeginn gewählte Selbstbehalt gilt für drei Jahre. Bei weiter durchgehender Teilnahme am Tarif Selbstbehalt kann mit Zustimmung der mhplus und einer Ankündigungsfrist von einem Monat vor dem Wechsel einmalig ein anderer erlaubter Selbstbehalt gewählt werden. Der Wechsel ist schriftlich zu beantragen.

Verringern sich die jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) des Mitgliedes, so wird das Mitglied nach Ablauf eines Kalenderjahres automatisch in die nächstniedrigere Tarifklasse eingestuft.

II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Leistungen der primären Prävention und Selbsthilfe (§§ 20 – 20d SGB V)
- Schutzimpfungen (§ 20d SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter und stationärer Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V)

Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die mhplus dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt

bei einem jährlichen Selbstbehalt von 150,00 € jährlich höchstens 100,00 €,

bei einem jährlichen Selbstbehalt von 250,00 € jährlich höchstens 165,00 €
bei einem jährlichen Selbstbehalt von 450,00 € jährlich höchstens 250,00 €

Für Mitglieder nach Absatz 1 Satz 3, die vollumfänglich Kostenerstattung und den Selbstbehalt 1.200,00 € gewählt haben, beträgt die Prämie 600,00 €. Mitglieder, die vollumfänglich Kostenerstattung gewählt haben, erhalten die Prämie in voller Höhe. Die Prämie wird im Januar des Folgejahres ausgezahlt.

Für Mitglieder die nicht vollumfänglich Kostenerstattung gewählt haben erfolgt die Berechnung der Prämie und die Auszahlung nach Maßgabe von Absatz VII.

- V. Die Wahl des Tarifs Selbstbehalt wird wirksam mit Ablauf des Kalendermonats in dem das Mitglied die Wahl schriftlich gegenüber der mhplus erklärt, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Im Kalenderjahr 2007 kann der Selbstbehalttarif rückwirkend zum 01.04.2007 gewählt werden, wenn die Erklärung einen Monat nach Bekanntmachung dieser Satzungsregelung bei der mhplus eingeht.
- VI. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt sind der mhplus die Krankenversicherungskarten des Mitglieds, auszuhändigen, sofern das Mitglied vollumfänglich Kostenerstattung nach § 13 VII gewählt hat.
- VII. Die Endabrechnung für Mitglieder, die nicht vollumfänglich Kostenerstattung gewählt haben, erfolgt sobald der mhplus sämtliche Leistungs- und Beitragsdaten für das abgelaufene Kalenderjahr vorliegen, frühestens im Juli. Die mhplus ermittelt den Unterschiedsbetrag von Prämie und Selbstbehalt für das Kalenderjahr. Der Selbstbehalt nach Abs. I wird bei der Berechnung der Prämie in Abzug gebracht. Ist die Prämie höher als die Summe der Selbstbehalte nach Abs. III, ist der Unterschiedsbetrag spätestens innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied auszuzahlen. Ist die Summe der Selbstbehalte nach Abs. III höher als die Prämie, ist der Unterschiedsbetrag von dem Mitglied spätestens 30 Tage nach Zugang der Endabrechnung mit Zahlungsaufforderung, zu erstatten. Die Erstattung ist begrenzt auf den Differenzbetrag zwischen dem gewählten Selbstbehalt nach Absatz 1 und der Prämie.
- VIII. Bei Mitgliedern die Kostenerstattung nach § 13 Abs. VII gewählt haben erfolgt die Endabrechnung für das abgelaufene Kalenderjahr frühestens im Januar. Dabei wird bei der Erstattung der Kosten der Selbstbehalt in Abzug gebracht. Im Übrigen gilt das unter § 13 Absatz VII Ziffern 1 bis 6 beschriebene Verfahren.
- IX. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Satz 1 gilt entsprechend soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht oder soweit nach der Wahl des Selbstbehalts die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden.

X. § 9 Absätze VI bis IX gelten entsprechend.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 15 Schutzimpfungen

- I. Die mhplus übernimmt die in § 20d 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 § 20d Abs. 1 SGB V erfasst werden, sofern die Notwendigkeit aufgrund eines erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert ist. Dies betrifft die Kosten für folgende Impfungen:

- HPV (Gebärmutterhalskrebs) zwischen 18 und 26 Jahren
- Rotaviren

Sowie als Reiseschutzimpfungen wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes:

- Cholera
- FSME
- Gelbfieber
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Kombinierte Impfung gegen Hepatitis A und B (Twinrix)
- Japanische Enzephalitis
- Medikamentöse Malariaprophylaxe (Tabletten)
- 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 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.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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).

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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. Volljährigen Versicherten, die an den o.g. strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, ermäßigt die mhplus im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung in Höhe von 100 v. H.

Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach Satz 1 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

III. 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.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 17b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Versicherte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres mindestens 2 Bonuspunkte durch den Nachweis der persönlichen und sachlichen Voraussetzungen der folgenden Punkte a bis g erreichen:
 - a) Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben und, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, den Nachweis erbringen, an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Absatz 1 SGB V teilgenommen zu haben, erhalten einen Bonuspunkt. Der Bonuspunkt wird nur im Jahr der Anspruchsberechtigung nach § 25 Absatz 1 SGB V vergeben.
 - b) Frauen, die das 20. Lebensjahr vollendet haben sowie Männer, die das 45. Lebensjahr vollendet haben und den Nachweis erbringen jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teilgenommen zu haben erhalten einen Bonuspunkt.
 - c) Versicherte, die nachweisen im vergangenen Kalenderjahr mindestens einmal eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V (nach den Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21.06.2000 in der Fassung vom 10.02.2006 in Anspruch genommen zu haben, erhalten einen Bonuspunkt.
 - d) Versicherte, die eine aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitness-Studio nachweisen erhalten einen Bonuspunkt. Als qualitätsgesichert gelten alle Fitness-Studios, die die Voraussetzungen als Leistungserbringer nach § 20 Abs. 1 SGB V entsprechend den Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21.07.2000 in der Fassung vom 12.09.2003 erfüllen.
 - e) Versicherte, die eine aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein nachweisen erhalten einen Bonuspunkt.
 - f) Versicherte, die den Nachweis der nach § 22 SGB V halbjährlich vorgesehenen Zahnprophylaxe oder den Nachweis der nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V vorgesehenen jährlichen Zahnvorsorge erbringen, erhalten einen Bonuspunkt.
 - g) Versicherte, die Vorsorgeleistungen zur Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs durchführen (sogenanntes Hautkrebsscreening), erhalten einen Bonuspunkt.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzung wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf einer von der mhplus bereitgestellten Bonuskarte schriftlich quittiert.

- III. Der Versicherte erhält bei Erreichen von 2 Bonuspunkten einen Bonus in Höhe von 40,00 €. Für jeden zusätzlich erreichten Bonuspunkt erhält er einen Bonus von 20,00 € gutgeschrieben. Es werden maximal 5 Bonuspunkte pro Kalenderjahr anerkannt. Der Bonus wird dem Versicherten ausgezahlt, wenn er bis zum 01.03. des Folgejahres die Erfüllung der Voraussetzung durch die Vorlage der Bonuskarte nachweist. Die Auszahlung des Bonus erfolgt innerhalb von acht Wochen, nachdem der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen bei der mhplus eingegangen ist.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 17c Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser 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 des Gesundheitsberichts 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 zu Gute kommen (mindestens 4 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) Angebot kostenloser 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. Der Bonus aus Stufe 3 erhöht sich in der Stufe 4 um 50 % der bei der mhplus erzielten Einsparungen, wenn die mhplus bei dem Unternehmen aufgrund der nach Absatz II bis IV durchgeführten Maßnahmen und ggf. weiterer betrieblicher Anstrengungen folgende gesundheitsbezogenen Effekte ermittelt:
1. Senkung der Krankenhauskosten
 2. Senkung der Krankengeldkosten
 3. Senkung der Arzneimittelausgaben

Kostensenkungen infolge gesetzgeberischer Änderungen oder Entlassungen kranker Mitarbeiter werden nicht bewertet. Als Referenzwert für die Ermittlung der Einsparungen aufgrund gesundheitsbezogener Effekte der durchgeführten Maßnahmen werden die jeweils über die vorangegangenen 3 Jahre ermittelten durchschnittlichen Kosten der mhplus-versicherten Mitarbeiter des Arbeitgebers sowie der Gesamtheit der Mitglieder der mhplus bei den Krankengeld-Tagen, Arzneimittel-Verordnungen und Krankenhausbehandlungen herangezogen. Diese Kosten werden mit denen des jeweiligen Abrechnungsjahres verglichen um daraus die Einsparungen zu ermitteln.

- 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.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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 2 Bonuspunkte durch den Nachweis der persönlichen und sachlichen Voraussetzungen der folgenden Punkte 1 bis 5 erreichen:
 1. Versicherte Kinder und Jugendliche, 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 / U1- U9 einschließlich der U7a) bzw. der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen (Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung / J1) teilgenommen zu haben und versicherte Kinder und Jugendliche, die den Nachweis erbringen, an einer ärztlichen Untersuchung U10 nach den Empfehlungen des Bundesverbandes der Kinder und Jugendärzte teilgenommen zu haben, erhalten einen Bonuspunkt je in Anspruch genommener Untersuchung.
 2. Versicherte Kinder und Jugendliche zwischen dem vollendeten 6. und vollendeten 15. Lebensjahr, die nachweisen im laufenden Kalenderjahr an einer zahnärztlichen Untersuchung gem. § 22 Abs. 1 SGB V (Individualprophylaxe) teilgenommen zu haben, erhalten einen Bonuspunkt je in Anspruch genommener Untersuchung.
 3. Versicherte Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, die im laufenden Kalenderjahr eine aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein nachweisen, erhalten zwei Bonuspunkte.
 4. Versicherte Kinder, die eine Schutzimpfung gemäß der Empfehlung der ständigen Impfkommision im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen haben, erhalten einen Bonuspunkt je vollständiger Impfung.
 5. Versicherte Kinder, die im laufenden Kalenderjahr eine kinderspezifische qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahme in Anspruch genommen haben, erhalten zwei Bonuspunkte je abgeschlossener Maßnahme.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzung wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung auf einer von der mhplus BKK bereitgestellten Bonuskarte schriftlich quittiert.
- III. Die gesetzlichen Vertreter des Versicherten erhalten bei Erreichen von mindestens 2 Bonuspunkten durch das versicherte Kind bzw. den versicherten Jugendlichen einen Bonus in Form einer Sachprämie im Wert von 5,- Euro je Bonuspunkt. Je Kalenderjahr werden maximal 5 Bonuspunkte anerkannt. Die Prämie wird dem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt, wenn bis zum 01.03. des Folgejahres die Erfüllung der Voraussetzung durch die Vorlage der Bonuskarte nachgewiesen wird. Die Aushändigung der



Prämie erfolgt innerhalb von acht Wochen, nachdem der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen bei der mhplus BKK eingegangen ist.

§ 17e Zuzahlungsermäßigung bei 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.
- II. Für Versicherte, die an integrierten Versorgungsverträgen im Sinne des Abs. 3 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 % 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 Absatz 3 Satz 1 teilnimmt.

Abweichend von den Sätzen 1 bis 4 ermäßigt die mhplus Versicherten, die an den IGV-Verträgen Homöopathie der mhplus mit DZVhÄ und DAV, Iprogamma Netzaufbau Bayern, Donaumed Netzaufbau Bayern und Laabertal Netzaufbau Bayern (Ziffern 051, 158, 159, 160 des in Absatz 2 genannten Verzeichnisses) teilnehmen, die nach § 28 Absatz 4 SGB V vorgesehene Zuzahlung in Höhe von 100 v. H.

- III. Die mhplus führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsleistungen 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. Das Verzeichnis liegt als Anlage der Satzung bei.
- IV. Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach Absatz 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben unberührt.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 17f 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 Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder 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 eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der mhplus bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V, z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien, und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. 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 oder älter 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 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif S),

2. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt bzw. ab Beginn der stationären Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB V, §24 SGB V, § 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V), die zu Lasten der mhplus erbracht wird (Tarif U),

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

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes fest-

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

Für Mitglieder nach § 46 Satz 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2008 von der Regelung des § 46 Sätze 3-5 SGB V in der Fassung bis 31. Dezember 2008 Gebrauch gemacht haben, besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif zum 1. Januar 2009 gewählt wird. Für vor dem 31. Dezember 2008 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. Januar 2009.

- IV. Für vor dem 1. Januar 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesen Wahlтарифen; 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. Während des Bezugs von Krankengeld muss das Mitglied das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig, mindestens alle 3 Wochen, durch einen Auszahlungsschein nachweisen. 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 aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 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 des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten bzw. vergleichbaren 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 zurück zu zahlen.

Höhe

VIII. Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Versicherten

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Netto-Arbeitsentgelt bzw. Netto-Arbeitseinkommen von bis zu 1.200,00 Euro monatlich 30 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/U/K30),
2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Netto-Arbeitsentgelt bzw. Netto-Arbeitseinkommen ab 1.200,01 Euro monatlich 40 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/U/K40),
3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Netto-Arbeitsentgelt bzw. Netto-Arbeitseinkommen ab 1.500,01 Euro monatlich 50 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/U/K50),
4. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Netto-Arbeitsentgelt bzw. Netto-Arbeitseinkommen ab 1.800,01 Euro monatlich 60 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/U/K60),
5. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Netto-Arbeitsentgelt bzw. Netto-Arbeitseinkommen ab 2.100,01 Euro monatlich 70 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/U/K70),
6. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Netto-Arbeitsentgelt bzw. Netto-Arbeitseinkommen ab 2.400,01 Euro monatlich 80 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/U/K80),
7. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegten Netto-Arbeitsentgelt bzw. Netto-Arbeitseinkommen ab 2.700,01 Euro monatlich 90 € pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel S/U/K90),

Veranschaulicht ergibt sich für die einzelnen Tarife (S, U, K) folgende Übersicht:

| Wählbare Krankengeldhöhe | 30 € | 40 € | 50 € | 60 € | 70 € | 80 € | 90 € |
|---|------|------|------|------|------|------|------|
| Netto-Arbeitseinkommen/ Netto-Arbeitsentgelt | | | | | | | |
| bis 1.200,00 € | X | | | | | | |
| ab 1.200,01 € | X | X | | | | | |
| ab 1.500,01 € | X | X | X | | | | |
| ab 1.800,01 € | X | X | X | X | | | |
| ab 2.100,01 € | X | X | X | X | X | | |
| ab 2.400,01 € | X | X | X | X | X | X | |
| ab 2.700,01 € | X | X | X | X | X | X | X |

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der mhplus. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz XX.

- IX. Das Mitglied hat auf Verlangen der mhplus sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) 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 Rentenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitskommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitskommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- X. Ein über den versicherten Krankengeldanspruch hinaus gehender 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 der 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 Fäl-

len noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

Dauer

- XII. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 546 Tage (78 Wochen) innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen XIX oder XX unbeachtlich.
- XIII. Abweichend von Absatz XII besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V nur solange 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 Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. 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. Januar 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der mhplus folgt. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 1-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

- XVII. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 1 Monat 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 3-jährigen 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 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

- XIX. Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz XX – höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt ab dem Beginn des 3. Kalendermonats nach Eingang der Wahlerklärung bei der mhplus. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden 3. Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Tarifgruppe eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III von 4 Kalendermonaten. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XX werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.
- XX. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der

Feststellung der mhplus über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III oder XIX besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

XXI. Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VIII ergeben sich die Tarifgruppenkennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie ist wie folgt gestaffelt:

1. Tarif „S“ für Personen nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V:

| Krankengeldhöhe | 30 € | 40 € | 50 € | 60 € | 70 € | 80 € | 90 € |
|---------------------|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Alter | Monatliche Prämie | | | | | | |
| <u>bis 35 Jahre</u> | 31,80 € | 42,40 € | 53,00 € | 63,60 € | 74,20 € | 84,80 € | 95,40 € |
| 36 bis 45 Jahre | 45,60 € | 60,80 € | 76,00 € | 91,20 € | 106,40 € | 121,60 € | 136,80 € |
| 46 bis 55 Jahre | 84,60 € | 112,80 € | 141,00 € | 169,20 € | 197,40 € | 225,60 € | 253,80 € |
| ab 56 Jahre | 141,00 € | 188,00 € | 235,00 € | 282,00 € | 329,00 € | 376,00 € | 423,00 € |

Für die Eingruppierung in Altersstufen ist das Lebensjahr maßgebend, welches im jeweiligen Jahr der Laufzeit erreicht wird.

2. Tarif „U“ für Personen nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

| Krankengeldhöhe | 30 € | 40 € | 50 € | 60 € | 70 € | 80 € | 90 € |
|---------------------|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Alter | Monatliche Prämie | | | | | | |
| <u>bis 35 Jahre</u> | 49,80 € | 66,40 € | 83,00 € | 99,60 € | 116,20 € | 132,80 € | 149,40 € |
| 36 bis 45 Jahre | 93,30 € | 124,40 € | 155,50 € | 186,60 € | 217,70 € | 248,80 € | 279,90 € |
| 46 bis 55 Jahre | 206,70 € | 275,60 € | 344,50 € | 413,40 € | 482,30 € | 551,20 € | 620,10 € |
| ab 56 Jahre | 288,90 € | 385,20 € | 481,50 € | 577,80 € | 674,10 € | 770,40 € | 866,70 € |

Für die Eingruppierung in Altersstufen ist das Lebensjahr maßgebend, welches im jeweiligen Jahr der Laufzeit erreicht wird.

3. Tarif „K“ für Personen nach § 46 Satz 2 SGB V:

| Krankengeldhöhe | 30 € | 40 € | 50 € | 60 € | 70 € | 80 € | 90 € |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|

mhplus

| Alter | | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|
| | Monatliche Prämie | | | | | | |
| <u>bis 35 Jahre</u> | 27,60 € | 36,80 € | 46,00 € | 55,20 € | 64,40 € | 73,60 € | 82,80 € |
| 36 bis 45 Jahre | 35,40 € | 47,20 € | 59,00 € | 70,80 € | 82,60 € | 94,40 € | 106,20 € |
| 46 bis 55 Jahre | 42,00 € | 56,00 € | 70,00 € | 84,00 € | 98,00 € | 112,00 € | 126,00 € |
| ab 56 Jahre | 47,40 € | 63,20 € | 79,00 € | 94,80 € | 110,60 € | 126,40 € | 142,20 € |

Für die Eingruppierung in Altersstufen ist das Lebensjahr maßgebend, welches im jeweiligen Jahr der Laufzeit erreicht wird.

- XXII. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Absatz XXIII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XIX oder XX ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien, Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.

- XXIII. Die Prämie wird jeweils monatlich, spätestens zum 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

§ 18 Modellvorhaben DMP

Die mhplus führt folgende Modellvorhaben zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch:

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

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

Das Modellvorhaben beginnt mit dem Tag der Wirksamkeit der Programmmzulassung für die Versicherten der ehemaligen mhplus Betriebskrankenkasse am 19.09.2003, im Übrigen frühestens jedoch am 01.01.2008 und endet am 31.12.2010.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 19 Primärprävention

I. Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes 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 der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21.06.2000“ in der Fassung vom 10.02.2006 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:
 - Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (Kurs zur ausgewogenen Ernährung)
 - Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (Gewichtsreduktions-Kurs)
3. Stressreduktion/Entspannung:
 - Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken / Stressreduktionstraining (Kurse zur Entspannung und/oder Kurse zur multimodalen Stressbewältigung)
 - Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz / Stressreduktionstraining
 - Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
4. Genuss- und Suchtmittelkonsum:
 - Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs (Kurs zur Nikotin-Entwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs)

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 ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v.H. der entstandene

nen Kosten, max. aber 220,00 € je Maßnahme gewährt. Soweit die Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V überschritten wurde, erhöht sich dieser Vorschuss auf 100 v.H. der entstandenen Kosten maximal aber 220,00 € je Maßnahme. Zuschussfähig sind höchstens 4 Maßnahmen pro Kalenderjahr.

III. Die mhplus führt den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Absatz 2 SGB V durch. Hierbei führt die mhplus insbesondere folgende Maßnahmen durch:

- Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter körperlicher Belastungen des Bewegungsapparats
- Maßnahmen zur Einführung bzw. Förderung gesundheitsgerechter betrieblicher Gemeinschaftsverpflegung
- Maßnahmen zur Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz
- Maßnahmen zur Förderung gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung
- Maßnahmen zur Alkoholreduktion im Betrieb bzw. zur Herstellung von „Null Promille am Arbeitsplatz“

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 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, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

- II. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von Ihnen aus dem Kreis der in Abs. 1 genannten Leistungserbringern gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind grundsätzlich Fachärzte für Gynäkologie, Augenärzte und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlung. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag des Eingangs der Einschreibungserklärung bei der mhplus. Nimmt der Versicherte nicht nur den von ihm gewählten Hausarzt, sondern einen weiteren Hausarzt in Anspruch, kann ihm die mhplus die durch diese Behandlung entstehenden Kosten auferlegen. Dies gilt auch, soweit Versicherte ohne Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes ambulante fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.
Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach den Sätzen 1 bis 3 kann frühestens vier Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Danach ist sie mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Kündigung ist der mhplus schriftlich zu erklären.

- III. Die mhplus führt ein Verzeichnis über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Das Verzeichnis erhält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen nach Abs. 2 für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die mhplus stellt den teilnehmenden Versicherten das Verzeichnis der teilnehmenden Hausärzte zur Verfügung.

- IV. Versicherten, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach Absatz 1 teilnehmen, ermäßigt die mhplus entsprechend § 53 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Teilnahme die nach § 28 Abs. 4 SGB V geleisteten Zuzahlungen um maximal 40,00 € im Jahr. Voraussetzung ist, dass diese Zuzahlungen aufgrund der Inanspruchnahme des nach Absatz 1 gewählten Hausarztes geleistet worden sind. Eine Erstattung der für das Kalenderjahr nach den Sätzen 1 und 2 geleisteten Zuzahlungen ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Quittungen zu beantragen. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben davon unberührt.

Zurück zum Inhaltsverzeichnis



§ 22 Kooperation mit der PKV

Die mhplus vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)



§ 23 Aufsicht

Die Aufsicht über die mhplus führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)



§ 24 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

§ 25 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen der mhplus erfolgen durch Aushang in den Geschäftsstellen der mhplus und im Internet unter www.mhplus.de. Die Aushangfrist beträgt 1 Woche. Der Aushangtag, die Frist und der Abnahmetag sind gut sichtbar auf dem Aushang zu vermerken. Im Übrigen erfolgt eine nachrichtliche Kurzmitteilung in der Mitgliederzeitschrift "mhplusdu".

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

**§ 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.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Artikel II

In-Kraft-Treten

- I. Die Verwaltungsräte der mhplus BKK und der BKK der Hansestadt Lübeck haben diese Satzung in den Sitzungen vom 10.10.2007 sowie vom 12.10.2007 und vom 19.12.2007 beschlossen. Die Satzung wurde vom BVA als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 20.12.2007, AZ: II 3 – 59129.0 – 2875/07, in der vorliegenden Form genehmigt.
- II. Sie tritt zum 01.01.2008 in Kraft.
- III. Die mit dem 1. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat beschlossenen Satzungsänderungen zu den §§ 2 und 4 der Anlage zu § 26 der Satzung der mhplus treten rückwirkend zum 01.01.2008 in Kraft. Die Satzungsänderungen wurden mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 22.01.2008, AZ: II3 – 59129.0 – 2875/07, genehmigt.
- IV. Die mit dem 2. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat beschlossenen Satzungsänderungen zu den § 10 treten rückwirkend zum 01.01.2008 in Kraft. Die Satzungsänderung zu den §§ 4, 13 und 17b treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft. Die Satzungsänderungen wurden mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 28.01.2008, AZ: II3 – 59129.0 – 2875/2007, genehmigt.
- V. Die mit dem 3. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat beschlossene Satzungsänderung zu § 13 treten rückwirkend zum 01.02.2008 in Kraft. Die Satzungsänderung wurde mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 27.05.2008, AZ: II3 – 59129.0 – 2875/2007, genehmigt.
- VI. Die mit dem 4. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 04.07.2008 beschlossenen Satzungsänderungen zu den §§ 2 und 3 treten rückwirkend zum 01.01.2008 in Kraft. Die Satzungsänderungen zu § 4 tritt zum 01.09.2008 in Kraft. Die Satzungsänderungen zu § 17d treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft. Die Satzungsänderungen wurden mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 18.08.2008, AZ: II3 – 59129.0 – 2875/07, genehmigt.
- VII. Die mit dem 5. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 26.09.2008 beschlossene Satzungsänderung zu § 8 tritt zum 01.10.2008 in Kraft. Die Satzungsänderung wurde mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 29.09.2008, AZ: II3 – 59129.0 – 2875/2007, genehmigt.
- VIII. Die mit dem 6. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 26.09.2008 beschlossene Satzungsänderung zu § 3 tritt rückwirkend zum 01.01.2008 in Kraft. Die Satzungsänderungen zu den §§ 17b, 17d und 17f treten zum 01.07.2009 in Kraft. Die Satzungsänderungen wurden mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 07.10.2008, AZ: II3 – 59129.0 – 2875/07, genehmigt.
- IX. Die mit dem 7. Satzungsantrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 02.12.2008 beschlossenen Satzungsänderungen treten zum 01.01.2009 in Kraft. Die Satzungsän-

derungen wurden mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 18.12.2008, AZ: II3 – 59129.0 – 2875/07, genehmigt.

- X. Die mit dem 8. Satzungsnachtrag vom Verwaltungsrat in der Sitzung vom 02.12.2008 beschlossenen Satzungsänderungen treten zum 01.01.2009 in Kraft. Die Satzungsänderungen wurden mit Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 18.12.2008, AZ: II3 – 59129.0 – 2875/07, genehmigt.

Ludwigsburg, den 19.01.2009

Winfried Baumgärtner
Vorstand

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)



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

Entschädigungsregelung

Stand 01.10.2007

Die nachfolgende Entschädigungsregelung begrenzt die Entschädigung auf die im Bundesreisekostengesetz (BRKG) enthaltenen Beträge. Sie wurde erstellt unter Berücksichtigung der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung vom 11.02.1999.

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

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Aufwendungen, die das Tagesgeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagesgeld 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

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 1. Klasse/2. Klasse sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV (in der Fassung des Einigungsvertrages, Anlage I, Kapitel VIII, Sachgebiet F, Abschnitt III, Nr. 1 Buchstabe c).

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstaufschlag pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 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 50 EUR.

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

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

5. Pauschbeträge für Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreter

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

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

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 350 EUR.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 250 EUR.

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 30 EUR.

Der Pauschbetrag beträgt für den stellvertretenden Vorsitzenden 25 EUR.

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 Auftrage des Verwaltungsrates 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.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)



**Anlage zu § 26 der Satzung der
mhplus Betriebskrankenkasse**

**Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen
bei Krankheit und Mutterschaft
nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)**

Stand: 01.01.2008

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

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

1. Die mhplus BKK erstattet den nach § 1 Abs. 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 80 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 (Gesetzlicher Erstattungssatz) auf 70 vom Hundert ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz 1) oder auf 40 vom Hundert ermäßigt (ermäßigter Erstattungssatz 2). 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 BKK 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 innerhalb von 14 Kalendertagen nach Zugang beim Arbeitgeber die Wahlerklärung bei der mhplus Ausgleichskasse eingeht.
3. Die mhplus BKK erstattet den nach § 1 Abs. 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 11 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 Sozialversicherungsbeiträge werden in tatsächlicher Höhe erstattet.

§ 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 BKK 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 Umlagebeitragsätze

1. Der Umlagebeitragssatz U1 beträgt
0,5 vom Hundert für den ermäßigten Erstattungssatz 2
1,0 vom Hundert für den ermäßigten Erstattungssatz 1.
2,5 vom Hundert für den gesetzlichen Erstattungssatz
2. Der Umlagebeitragssatz U2 beträgt 0,22 vom Hundert.

§ 5 Widersprachausschuss

§ 4 der Satzung der mhplus BKK 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 BKK 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 BKK gewählt worden ist. Im Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter einen Stellvertreter.
4. Die Arbeitgeberseite ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates der Arbeitgeberseite ordnungsgemäß geladen sind und die anwesenden und stimmberechtigten Arbeitgebermitglieder 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 Haushaltsplanes 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 Vorstandes.

§ 8 Inkrafttreten

Die Anlage zu § 26 der Satzung tritt am 01. Januar 2008 in Kraft.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)