



Satzung

der mhplus Betriebskrankenkasse

Ludwigsburg

Stand 01..10.2007

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 Prämienzahlung
- § 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
- § 18a gestrichen
- § 18b gestrichen
- § 18 Modellvorhaben DMP
- § 19 Primärprävention
- § 20 Hausarztzentrierte Versorgung
- § 21 Krankengeld für freiwillige Mitglieder
- § 22 Kooperation mit der PKV
- § 23 Aufsicht
- § 24 Mitgliedschaft zu Landesverband
- § 25 Bekanntmachungen
- § 26 Ausgleichsverfahren nach dem AAG

Artikel II

In-Kraft-Treten

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

mhplus

- 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;
- Neenah 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;
- FLEXTRONICS Software Systems Ltd., Zweigniederlassung Deutschland;
- Aluminium Rheinfelden GmbH, Rheinfelden;
- Hoffmann's Gastro, Rheinfelden;
- Brennet AG in Bad Säckingen, Wehr und Hausen;
- Papierfabrik Albruck GmbH & Co. KG, Albruck;
- Textilwerke Zell-Schönau AG, Schrozberg;

mhplus

- Irisette GmbH & Co. KG, Velen-Ramsdorf
- TVW Textil-Veredelung GmbH, Schrozberg.

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.

§ 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. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der mhplus mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die mhplus gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. 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 Ersatz barer 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.

§ 2a Stimmverteilung

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

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

Er hat bei

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

§ 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.

Der Vorstand bestimmt den/die Prüfer für jedes Geschäftsjahr.

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 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. gestrichen

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

§ 4 Widerspruchsausschüsse

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird den Widerspruchsausschüssen übertragen. Es werden fünf Widerspruchsausschüsse eingerichtet. Die Widerspruchsausschüsse haben ihren Sitz in Ludwigsburg.

- 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.

§ 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. Erhöht die mhplus ihren Beitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Abs. I Satz 1 bis zum Ablauf des auf das In-Kraft-Treten der Beitragssatzerhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- 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.

§ 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 $\frac{1}{360}$ 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. Für folgende Gruppen gelten die nachstehenden Sonderregelungen:
 1. Freiwillige Mitglieder
 - a) Die Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder richtet sich nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird bestimmt durch alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Es sind mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind.

Beitragspflichtige Einnahmen sind Arbeitsentgelt (laufendes und einmalig gezahltes), Vorruhestandsgeld, Renten der gesetzlichen

Rentenversicherung, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen sowie alle übrigen Einnahmen.

Für Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, ist als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendermonat ein Zwölftel der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) zu Grunde zu legen. Dies gilt nicht für die Dauer des Bezugs der arbeitgeberseitigen Leistungen, die nach § 23c SGB IV der Beitragspflicht unterliegen.

Einmalige Leistungen, die im Laufe eines Jahres voraussichtlich bezogen werden und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds bestimmen, werden ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt des Zuflusses monatlich mit einem Zwölftel berücksichtigt. Einmalige Leistungen, die nicht im Voraus zu erwarten sind, werden auf die kommenden zwölf Kalendermonate gerechnet vom Zeitpunkt des Zuflusses, umgelegt.

- b) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen (vgl. Buchst. a) bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.
- c) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Dies gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für

den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder familienversichert waren. Bis zum 31.12.1988 steht die Zeit der Ehe mit einem Mitglied der Mitgliedszeit gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war.

- d) Bei der Beitragsbemessung für nicht hauptberuflich selbstständig tätige freiwillig versicherte Mitglieder sind auch die Einnahmen des Ehegatten bzw. des Lebenspartners zu berücksichtigen, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Der Beitragsbemessung wird die Hälfte der nachgewiesenen monatlichen Einnahmen beider Ehegatten oder Lebenspartner bis zur Hälfte der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt, es sei denn, die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes übersteigen diesen Betrag. Vor Halbierung der Einnahmen ist für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigende Kind ohne eigene Einnahmen von den monatlichen Bruttoeinnahmen ein Betrag von $\frac{1}{3}$ der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Ziffer 1d gilt nicht für Ehegatten und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, die in Trennung leben.
- e) Sofern dem freiwillig Versicherten Unterhalt von seinem getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten / Lebenspartner geleistet wird, gelten die Unterhaltsleistungen in tatsächlicher Höhe als beitragspflichtige Einnahmen.

- f) Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger werden die Beiträge nach der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (§ 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V) erhoben. Höhere Einnahmen sind von dem Versicherten nachzuweisen und bei der Beitragserhebung zur berücksichtigen. Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger können die beitragspflichtigen Einnahmen auch durch eine Vereinbarung mit dem zuständigen Sozialhilfeträger festgesetzt werden.

Für in Heimen lebende Sozialhilfeempfänger können die beitragspflichtigen Einnahmen durch eine Vereinbarung mit den zuständigen Sozialhilfeträgern festgesetzt werden.

- g) Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V), bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens der 40., für freiwillige Mitglieder, die Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben, mindestens der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Existenzgründungszuschuss nach § 421 I SGB III sowie der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses nach § 57 SGB III werden bei der Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht berücksichtigt. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises nach Satz 1 können nur zum 1. Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden.

- h) Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder als Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gelten die für versicherungspflichtige Studenten maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlagen und der sich daraus ergebende Beitrag.
- i) Für freiwillige Mitglieder werden als beitragspflichtige Einnahmen 1/10 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zugrunde gelegt, solange für sie und ihre nach § 5 Absatz 5 versicherten Familienangehörigen der Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Absatz 1 Nr. 3 SGB V ruht. Dies gilt entsprechend, wenn nach § 16 Absatz 1 SGB V der Anspruch auf Leistungen aus einem anderen Grund für länger als drei Monate ruht sowie für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich des SGB V. Satz 1 gilt auch für freiwillig versicherte entsandte Arbeitnehmer, wenn deren Krankenversicherungsschutz und der ihrer Familienangehörigen während eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes und vorübergehender Aufenthalte im Inland vom inländischen Arbeitgeber in vollem Umfang über eine private Krankenversicherung sichergestellt ist. Für die Dauer der Beitragseinstufung nach den Sätzen 1 bis 3 bestehen keine Ansprüche auf Leistungen. Die Sätze 3 und 4 gelten auch bei Entsendung in einen EWR- oder Abkommensstaat. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn sich im Inland nach § 5 Absatz 5 versicherte Familienangehörige befinden.

- j) Für die Bemessung der Beiträge freiwilliger Mitglieder gelten als beitragspflichtige Einnahmen auch Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V sowie entsprechende Leistungen von Versicherungsgesellschaften. Als Einnahmen in diesem Sinne gelten sowohl laufende Geldleistungen (Renten) als auch nicht regelmäßig wiederkehrende Leistungen (Kapitalauszahlungen). Für die Beitragsbemessung bei nicht regelmäßig wiederkehrenden Leistungen ist der zu berücksichtigende Einmalbetrag auf die Monate umzulegen/aufzuteilen, für die dieser gezahlt wird. Für Einmalbeträge, die keinem abgrenzbaren Zeitraum zuzuordnen sind, gilt ein Einhundertzwanzigstel der zu berücksichtigenden Leistung als monatliche beitragspflichtige Einnahme, längstens für die Dauer von 120 Monaten, beginnend mit dem 1. des auf die Auszahlung folgenden Kalendermonats.
- k) Freiwillige Mitglieder haben die für die Beitragsbemessung erforderlichen Unterlagen nach § 206 Absatz 1 SGB V auf Verlangen der Krankenkasse unverzüglich vorzulegen. Sofern und solange der Nachweis nicht vorgelegt wird, sind die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zu Grunde zu legen. Reduzierungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten verspätet geführten Nachweises werden zum 1. Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam. Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige gilt Absatz III Nr. 1g.

2. Rentenantragsteller, Schwangere

Für Rentenantragsteller sowie für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 2 SGB V erhalten bleibt, richtet sich die Bemessung

der Beiträge nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die Absätze 3 Ziffer 1a und 1c Satz 1 gelten entsprechend. Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist.

3. Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V

Für die Bemessung der Beiträge der nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder gelten die Absätze I bis III entsprechend. Bei schwankendem Arbeitsentgelt sind die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen (einschließlich beitragspflichtiger Einmalzahlungen) zu ermitteln und zu zwölfteln.

§ 7a Bemessung der Beiträge für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige bei sozialen Härten

- I. Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die keinen Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder einen monatlichen Existenzgründungszuschuss nach § 421l SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben und deren beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag den 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße unterschreiten, werden auf Antrag die Beiträge nach den tatsächlichen Einnahmen, mindestens jedoch nach dem 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße, bemessen. Die Beitragsbemessung nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn
 1. die Hälfte der auf den Kalendertag entfallenden beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V der Bedarfsgemeinschaft dem 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße entspricht oder diesen übersteigt oder
 2. die Bedarfsgemeinschaft steuerpflichtige Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielt oder
 3. die Bedarfsgemeinschaft positive oder negative Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielt oder
 4. das Vermögen des Mitglieds oder seines Partners das Vierfache der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.

- II. Zur Bedarfsgemeinschaft im Sinne des Absatzes I gehören das hauptberuflich selbständig tätige Mitglied sowie als dessen Partner
 1. der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte,

2. der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner
 3. die Person, die mit dem Mitglied in eheähnlicher Gemeinschaft im Sinne des § 7 Absatzes 3 Nr. 3 Buchst. c und Absatzes 3a SGB II lebt.
- III. Bei der Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz I Satz 2 Nr. 1 wird für jedes in der Bedarfsgemeinschaft lebende Kind des Mitglieds oder des Partners ein Freibetrag von 1/3 der monatlichen Bezugsgröße abgesetzt. Ein Absetzungsbetrag nach Satz 1 ist zu berücksichtigen, wenn für das Kind eine Familienversicherung aus der Versicherung des Mitglieds oder des Partners besteht oder aus der Versicherung des Mitglieds oder des Partners geltend gemacht werden könnte.
- IV. Als Vermögen nach Absatz I Satz 2 Nr. 4 sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände mit ihrem Verkehrswert zu berücksichtigen. Nicht berücksichtigt werden die in § 12 Absatz 3 Satz 1 SGB II genannten Vermögensgegenstände, soweit sie angemessen sind; § 12 Absatz 3 Satz 2 SGB II gilt entsprechend.
- V. Für die Beurteilung der Tatbestände nach Absatz I Satz 2 sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung nach Absatz I Satz 1 maßgebend.

§ 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, dass 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.

§ 8 Beitragssätze

Der Beitrag wird in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt.

- I. Er beträgt, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241a SGB V, allgemein

13,3 %

Er wird abweichend davon festgesetzt:

1. für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241a SGB V, auf

16,2 %

2. für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, soweit gesetzlich nichts Abweichendes geregelt ist, unter Berücksichtigung der Verminderung gemäß § 241a SGB V auf

12,0 %

- II. Für Mitglieder gilt gemäß § 241a Absatz 1 SGB V ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 v.H.. Satz 1 gilt nicht für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen (§ 241 Absatz 2 SGB V).

§ 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 spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, schriftlich erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

- 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
 - 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 drei Monaten zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres, 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.

Unbesetzt

§ 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. Beiträge zur Krankenversicherung der Studenten sind für das Semester im Voraus zu zahlen. Die Beiträge können abweichend von Satz 1 monatlich gezahlt werden, wenn die Beitragszahlung gesichert ist.
- III. Sonstige Beiträge werden am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.
- IV. 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).
- V. Die Arbeitgeber haben den Beitragsnachweis für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bis zum Fälligkeitstag, bei Teilnahme am Kontoabbuchungsverfahren bis spätestens zwei Arbeitstage vor der Fälligkeit einzureichen.

§ 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 0,2 v. H.

§ 12 Aufbringung der Mittel

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

§ 13 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der mhplus erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um 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 Anspruch 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 Verschwägere bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

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 Nettoarbeitsentgelt 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.

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.

§ 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 €.

Erhöhen sich die jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) des Mitgliedes, so kann sich das Mitglied nach Ablauf eines Kalenderjahres in die nächsthöhere Tarifstufe stufen lassen. Die Wahl ist der mhplus schriftlich vor Beginn des Kalenderjahres anzuzeigen.

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 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 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 Krankenversichertenkarten des Mitglieds, auszuhändigen, sofern das Mitglied vollumfänglich Kostenerstattung nach § 13 VII gewählt hat.
- VII. Die Endabrechnung für Mitglieder, die keine Kostenerstattung gewählt haben, erfolgt sobald der mhplus sämtliche Leistungs- und Beitragsdaten für das abgelaufene Kalenderjahr vorliegen. 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 auszu zahlen. 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. Mitglieder, die keine Kostenerstattung gewählt haben, erhalten nach Wahl des Tarifes auf Antrag eine einmalige Zahlung in Höhe von maximal 70,00 € im Voraus. Die Vorauszahlung wird bei der Endabrechnung nach Abs. VII berücksichtigt.

- IX. Bei Mitgliedern die Kostenerstattung nach § 13 Abs. VII gewählt haben, 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.
- X. 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.
- XI. § 9 Absätze VI bis IX gelten entsprechend.

§ 14 Praxisnetze

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

§ 15 Schutzimpfungen

- I. Die Kosten für Schutzimpfungen, die von der ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, übernimmt die mhplus, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen oder wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind oder ein sonstiger anderer Kostenträger zuständig ist.

- II. Die mhplus erbringt die Leistungen nach Absatz 1 grundsätzlich als Sachleistungen. Für selbst bezahlte ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der mhplus 100 v. H. der Kosten, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet, die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt, ein sonstiger anderer Kostenträger zuständig ist oder wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen ist.

§ 16 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung (zur Vermeidung von Krankheit und bei bestehender Krankheit) in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V zahlt die mhplus zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie zu den Fahrkosten einen Zuschuss von 13,00 € kalendertäglich. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder wird der Zuschuss auf 21,00 € kalendertäglich erhöht (§ 23 Abs. 2 SGB V).

§ 17a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die mhplus führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

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

- II. 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.

§ 17b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I. Versicherte, 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 Leis-

tungserbringer 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 einer jährlichen Zahnprophylaxe nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V 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.

§ 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 ausbezahlt, 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.

§ 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) bzw. der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen (Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung / J1) 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 Impfkommission 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 Versorgungsformen 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.

- III. Die mhplus führt ein Verzeichnis über die integrierten Versorgungsformen 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.



§ 18a gestrichen

§ 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 01.10.2007 und endet am 31.12.2010.

§ 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“

§ 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.

§ 21 Krankengeld für freiwillige Mitglieder

- I. Für freiwillige Mitglieder, die selbständig tätig sind oder nicht oder nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.
- II. Für freiwillige Mitglieder, die nicht nur geringfügig gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, entsteht der Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit.
- III. Für freiwillig versicherte, nicht nur geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis ohne Anspruch auf Arbeitsentgelt fortbesteht, besteht der Anspruch auf Krankengeld auch dann, wenn die Krankenhausbehandlung oder die stationäre Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung innerhalb eines Monats nach dem Ende des Entgeltanspruchs beginnt und der Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit innerhalb dieses Zeitraums liegt. Im Falle, dass der fehlende Anspruch auf Arbeitsentgelt auf einem rechtmäßigen Arbeitskampf beruht, bleibt der Anspruch auf Krankengeld bis zu dessen Beendigung erhalten.



§ 22 Kooperation mit der PKV

Die mhplus vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.



§ 23 Aufsicht

Die Aufsicht über die mhplus führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.



§ 24 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 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".

**§ 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.

Artikel II

In-Kraft-Treten

- I. Die Verwaltungsräte der mhplus BKK und der BKK Hochrhein-Wiesental haben diese Satzung in den Sitzungen vom 17.07.2007 und 20.09.2007 sowie vom 02.08.2007 und 20.09.2007 beschlossen. Die Satzung wurde vom BVA als zuständiger Aufsichtsbehörde mit Bescheid vom 21.09.2007, AZ: II 3 – 59129.0 – 1616/2007, in der vorliegenden Form genehmigt.

- II. Sie tritt zum 01.10.2007 in Kraft.

Ludwigsburg, den 28.09.2007

Winfried Baumgärtner
Vorstand