

Satzung der BKK MTU

vom 01.01.2013

Stand: 01.06.2022
in der Fassung des 23. Nachtrags

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§	1	Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§	2	Verwaltungsrat	5
§	2a	Versichertenälteste	6
§	3	Vorstand	6
§	4	Widerspruchsausschuss	7
§	5	Kreis der versicherten Personen	8
§	6	Kündigung der Mitgliedschaft	9
§	7	Aufbringung der Mittel	10
§	8	Bemessung der Beiträge	10
§	8a	Bemessung der Beiträge für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige bei sozialen Härten	10
§	9	Fälligkeit der Beiträge	10
§	9a	Erhebung von Beitragsvorschüssen	10
§	9b	Beitragsersstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V	10
§	10	Erhebung von Mahngebühren	12
§	11	Höhe der Rücklage	12
§	12	Leistungen	12
§	12a	Nicht belegt	
§	12b	Primärprävention	19
§	12c	Nicht belegt	20
§	12d	Leistungsausschluss	20
§	13	Medizinische Vorsorgeleistungen	20
§	13a	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	21
§	13b	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	21
§	13c	Wahltarif besondere Versorgung	22
§	13d	Wahltarif Krankengeld	22
§	14	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	23
§	15	Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung	25
§	16	Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	25
§	17	Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge	26
§	18	Aufsicht	26
§	19	Mitgliedschaft zum Landesverband	26
§	20	Bekanntmachungen	26
§	21	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	26

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel III

Anlage 1 zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung

Anlage 2: Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG

Anlage 3 zu § 13d der Satzung: Wahltarif Krankengeld

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

I Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen:

BKK MTU

Sie ist errichtet worden am 01.01.1915.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in 88045 Friedrichshafen

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

MTU Friedrichshafen GmbH Friedrichshafen,
MTU Friedrichshafen GmbH, Stützpunkt Duisburg
MTU Friedrichshafen GmbH, Stützpunkt Hamburg
MTU Onsite Energy GmbH, Augsburg
Rolls-Royce Power Systems AG, Friedrichshafen
Rotorion GmbH, Haldensleben

§ 2 **Verwaltungsrat**

- I
1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
- Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres
- II
- Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören
5 Versichertenvertreter und
1 Vertreter der im Kassenbereich (§ 1 Absatz II) näher bezeichneten Arbeitgeber oder deren Stellvertreter an.
- Der Arbeitgebervertreter wird von der MTU Friedrichshafen GmbH bestimmt. Er hat einen Stellvertreter. Er hat die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei einer Abstimmung kann er jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen.
- III
- Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.
Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 2. den Haushaltsplan festzustellen,
 3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 4. die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat haben über die Bestellung des Vorstandes durch den Arbeitgeber zu beschließen
 5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 6. den Vorstand zu überwachen,
 7. die Betriebskrankenkasse 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 Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
 10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen.
 11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 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.
- 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 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 ordnungsgemäß geladen sind und mindestens die Hälfte der Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter anwesend sind.
- 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 ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über Jahresrechnung und Haushaltsplan ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 2a Versichertenälteste

- I Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste sowie deren persönliche Stellvertreter gewählt. Ein Mitglied, das an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird durch seinen persönlichen Stellvertreter vertreten.
- II Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
- III Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

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

§ 3 Vorstand

- I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an.
- II Der Vorstand wird vom Arbeitgeber auf dessen Kosten bestellt. Die Bestellung des Vorstandes bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat.
- III Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand 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 geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der / des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,
 6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV Zur Unterstützung des Vorstandes bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Personen.
- V Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widersprachausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in Friedrichshafen.
- II
1. Der Widersprachausschuss setzt sich zusammen

aus 2 Vertretern der Versicherten aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und dem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit 1 Stimme.
 2. Jedes Mitglied des Widersprachausschusses hat zwei Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widersprachausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Der Arbeitgebervertreter des Widersprachausschusses wird vom Arbeitgeber bestellt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widersprachausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widersprachausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absatz 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widersprachausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widersprachausschusses bestimmt.

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

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte Schwerbehinderte der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III 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 Betriebskrankenkasse 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 oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskrankenkasse versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,

6. sie bei einer Betriebskrankenkasse/ 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 Betriebskrankenkasse mindestens 12 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 Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht.
Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- III Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Betriebskrankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Betriebskrankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler in der jeweils gültigen Fassung)“.

§ 9 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.

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

II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

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

§ 9a Erhebung von Beitragsvorschüssen

I Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,

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

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

§ 9b Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V

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

§ 10 Erhebung von Mahngebühren

Die Mahngebühr wird gemäß § 19 Absatz 2 VwVG erhoben. Sie beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 5,00 EUR und höchstens 150,00 EUR.

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

II Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des 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 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III Haushaltshilfe

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt, auch dann Haushaltshilfe,
 - a) wenn der Versicherte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhält und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann,
 - b) im Anschluss an eine ambulante Operation, wenn eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann,

- c) wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer akuten Krankheit nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
2. Die Haushaltshilfe ist auf 4 Stunden begrenzt, wenn alle im Haushalt lebenden Kinder das 12. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht, wenn ein Kind behindert oder auf Hilfe angewiesen ist.
 3. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Schwägernte 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.
 4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 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 Zusätzliche Leistungen

Die BKK MTU übernimmt gemäß § 11 Abs. 6 SGB V zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen:

1. Kostenerstattung für nicht zugelassene Leistungserbringer – Ambulante Behandlung

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

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

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

Weitere Anspruchsvoraussetzungen sind:

 - Die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - Der Leistungserbringer gewährleistet eine gleichwertige

- Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
- Der BKK MTU wird vor Behandlungsbeginn eine Kostenaufstellung des Leistungserbringers vorgelegt,
 - Die BKK MTU hat der Behandlung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.

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

Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.

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

3. Rufbereitschaft Hebammen

Die BKK MTU übernimmt für versicherte Frauen, die während ihrer Schwangerschaft und bei Geburt Hebammenhilfe durch freiberuflich tätige Hebammen in Anspruch nehmen, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 Euro einmal je Schwangerschaft, während der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung sind der BKK MTU die Rechnungen der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

4. Osteopathie

Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

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

5. Die BKK MTU übernimmt die Kosten der nachfolgend genannten zusätzlichen Leistungen. Die Rechnungen können bis zum 31. März des Folgejahres, in dem sie entstanden sind, eingereicht werden.
- a. Osteopathische Behandlung, soweit sie den Betrag nach § 12 V Nr. 4. Überschreiten.
 - b. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von einem Vertragsarzt oder einem nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf einem Privat Rezept verordnet werden, und in einer Apotheke oder im Rahmen nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden, soweit sie nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind.
 - c. Medizinische Vorsorge
Hautkrebs-Screening mit Auflichtmikroskop ab dem 20. Lebensjahr bis zum 34. Lebensjahr, familiärer Vorbelastung oder wenn bereits auffälliges Körpergewebe entnommen wurde.
 - d. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen, familiärer Vorbelastung oder bei ärztlich begründetem Verdacht: Gesundheits-Check-up, Glaukom-Vorsorge, Mammographie, Knochendichtemessung ab dem 50. Lebensjahr und bei Verdacht auf Osteoporose, Ultraschalluntersuchung der Brust, PSA-Wert-Bestimmung, Vorsorgeuntersuchungen für Organspender sofern kein Leistungsanspruch durch einen anderen Leistungsträger gegeben ist, sportmedizinische Untersuchung und Beratung.
 - e. *entfällt*
 - f. Erweiterte zahnärztliche Leistungen:
Fissurenversiegelung begrenzt auf die kariesfreien Prämolaren, Kariesinfiltration.

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

6. Die BKK MTU beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft. Bis zur festgelegten Höchstanspruchsgrenze in Höhe von 300,00 Euro erstattet die BKK MTU je Schwangerschaft 100 % des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als die durch Rechnung nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Der Zuschuss erstreckt sich unter anderem auf ärztliche Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes gegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:
- Toxoplasmosetest für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen des Kontakts mit Tieren, insbesondere Katzen.
 - B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35.-37. Schwangerschaftswoche um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des/der Neugeborenen zu vermeiden.
 - Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.
 - Geburtsvorbereitungskurs für werdende Väter. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Leistung von einer Hebamme erbracht wird, die nach § 134 a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist.
 - Nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel, welche im Zusammenhang mit der Schwangerschaft indikationsbezogen sind und deren Verordnung durch einen Arzt auf Privat Rezept erfolgte und das Arzneimittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde. Der Anspruch nach § 12 Ziff. V Nr. 5 Buchstabe b) bleibt unberührt.
 - Nutzung digitaler Erweiterungsangebote
Nutzen schwangere Versicherte aufbauend auf den klassischen Geburtsvorbereitungskursen ein digitales Erweiterungsangebot (Onlinekurs) mit dem Ziel, erworbenes Wissen über alle relevanten Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nachhaltig zu festigen, können Sie die Erstattung der Kosten hierfür beanspruchen. Voraussetzung ist, dass das Angebot von Hebammen/Entbindungspflegern unterbreitet wird, die gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind und dass sich die digitalen Erweiterungsangebote am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 SGB V orientieren.

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

7.

I Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten, ihre Verschlimmerung zu vermeiden und/oder eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde.

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

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

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

Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen.

Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind

VI Ärztliche Zweitmeinung Orthopädie

1. Die BKK MTU gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage von § 27b Abs. 6 SGB V bei orthopädischen Indikationen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren ambulanten und stationären Eingriffen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung geschlossen hat, welche die ärztliche Zweitmeinung einschließt.
2. Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte, mit denen die Krankenkasse eine Vereinbarung nach Absatz 5 getroffen hat, prüfen lassen, ob der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von diesem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen.
3. Die Zweitmeinung bezieht sich ausschließlich auf Diagnosen folgender orthopädischer Erkrankungen mit den ICD-Codes:
 - M05-M14 (Entzündliche Polyarthropathien),
 - M15-M19 (Arthrose),
 - M20-M25 (Sonstige Gelenkkrankheiten),
 - M40-M43 (Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens),
 - M45-M49 (Spondylopathien),
 - M50-M54 (Sonstige Gelenkkrankheiten der Wirbelsäule und des Rückens),
 - M65-M68 (Krankheiten der Synovialis und der Sehnen),
 - M70-M79 (Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes),
 - M80-M85 (Veränderungen der Knochendichte und –struktur),
 - M91-M94 (Chondropathien).

Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

4. Alle Versicherten der Krankenkasse können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Krankenkasse krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.
5. Die Krankenkasse trifft zur Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen mit nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Der Abschluss einer Vereinbarung setzt voraus, dass die Erbringer der Zweitmeinung über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung verfügen. Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,

2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die abgeschlossenen Vereinbarungen. Das Verzeichnis wird auf der Internetseite der Krankenkasse veröffentlicht. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Krankenkasse den Versicherten Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

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

7. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Krankenkasse je Eingriff in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet.
8. Die vorstehenden Regelungen gelten bis zur Bekanntmachung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Abs. 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V.

VII Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40,00 € für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 5,0 v. H. je Kostenerstattungsfall, maximal 50,00 EUR, für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kürzen.
Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen 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 Kostenerstattung Wahlarzneimittel

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

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

Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.

Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 (b) nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist um einen Abschlag in Höhe von 20 von Hundert für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag in Höhe von 10 von Hundert für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.

§ 12b Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a und § 20 b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung- Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressreduktion/Entspannung:

- Maßnahmen zur multimodalen Stressbewältigung
- Maßnahmen zur Entspannung

Suchtmittelkonsum:

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

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

Die beschriebenen Handlungsfelder basieren auf dem Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbandes in der Fassung vom 10. Dezember 2014.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 % der entstandenen Kosten, bis max. 120,00 EUR gewährt. Pro Kalenderjahr wird ein Zuschuss für zwei Maßnahmen gewährt.

Der maximale Finanzierungszuschuss für sämtliche Handlungsfelder darf jedoch 240,00 EUR je Versicherten im Kalenderjahr nicht überschreiten.

Kompaktprogramme:

Die BKK MTU beteiligt sich an den Kosten für Kompaktprogramme im Rahmen der Primärprävention im Sinne des § 20 SGB V in Höhe von bis zu 160,00 Euro, bzw. bis zu 110,00 Euro für schulpflichtige Kinder ab 6 Jahren in der Ferienzeit.

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

§ 12c nicht belegt

§ 12d Leistungsausschluss

I 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 zu nehmen.

II Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist.

Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR kalendertäglich.

§ 13a Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

I Die Betriebskrankenkasse 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.

§ 13b Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

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

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

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

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

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

- I Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Versichertenbezogener Daten.
- IV Versicherte, die an einer besonderen Versorgung nach Absatz 1 teilnehmen, ermäßigt die BKK MTU im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V die Zuzahlung für die besondere Versorgung in Höhe von 90 %.

§ 13d Wahltarif Krankengeld

- I. Die BKK MTU bietet
 - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 3 SGB V gewählt haben

und
 - nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes vom 15. bis zum 42. Tag an.
- II. Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- III. Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage 3, die Bestandteil dieser Satzung ist.“

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

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

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

Der Satzung wird folgende Anlage zu § 14 hinzugefügt:

Anlage zu § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

Teilnahmebedingungen

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

1. Teilnahme

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

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

2. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (Pflichtbonus)

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

Maßnahmen

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

- Schutzimpfungen - § 20i SGB V (3 € je Impfung)
- Selbstfinanzierte Schutzimpfung (10 € je Impfung)
- Gesundheitsuntersuchungen - §§ 25, 25a SGB V (10 € je Maßnahme)
 - Gesundheits-Check-up gemäß dem in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Turnus.
 - Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung gemäß dem in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Turnus.

- Teilnahme einmal jährlich an der Prophylaxe-Untersuchung beim Zahnarzt gemäß § 55Abs. 1 SGB V (5 €)
- Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche - § 26 SGB V (15 € je Maßnahme)
 - Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U1 - U9/J 1) gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zusätzliche Kinder- und Jugenduntersuchungen (U10, U11 und J2) im vorgesehenen Intervall.
 - Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (FU1 – FU3) gemäß den in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehenen Untersuchungsintervalls.
 - Spezielle Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (Screening auf Mukoviszidose, erweitertes Neugeborenen-Screening, Neugeborenen-Hörscreening, Pulsoxymetrie-Screening) nach der aktuell gültigen Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen gemäß §§ 21 und/oder 22 SGB V (5 € im Jahr für die vollständige Teilnahme)

Dokumentation/Nachweis

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

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

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

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

Bonuszeitraum

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

Bonuszahlung

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

Bonus

Der Bonus wird in Form einer Geldauszahlung gewährt.

3. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (Zusatzbonus)

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

Maßnahmen

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

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

Dokumentation/Nachweis

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

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

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

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

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

Bonuszeitraum

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

Bonuszahlung

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

Bonus

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

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

Der Bonus wird in Form einer Geldauszahlung gewährt.

§ 15 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§84 SGB XI) sind.
- II. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie die Höhe und Auszahlung des Bonus.
- III. Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen. (max. 35.000 €)

§ 16 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V.

Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,6 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 17 Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Die BKK MTU kann nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften den Versicherten Zusatzversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.

§ 18 Aufsicht

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

§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 20 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der BKK MTU erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter www.bkk-mtu.de und nachrichtlich durch einen einwöchigen Aushang in den Räumen der BKK MTU. Die Bekanntmachung gilt mit dem Tag nach der Bekanntgabe als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt.

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

§ 21 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation.

Artikel II

Inkrafttreten

Der 24. Nachtrag zur Satzung tritt am 01.08.2022 in Kraft.
Beschluss des Verwaltungsrates in der Sitzung am 19.07.2022

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 05.11.2012 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2013 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 01.08.2007 und die dazu ergangenen Nachträge (10) außer Kraft.

Friedrichshafen, den 19.07.2022

Siegel

Die Vorsitzenden
des Verwaltungsrates

Anlage 1 zur Satzung der BKK MTU vom 01.01.2013

Die nachfolgende Entschädigungsregelung begrenzt die Entschädigung auf die im Bundesreisekostengesetz enthaltenen Beträge, so dass in diesem Rahmen auch eine Anbindung an die betriebliche Reisekostenregelung möglich ist.

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

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung maximal begrenzt auf das Tagesgeld 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 der jeweils gültigen betrieblichen Reisekostenvereinbarung, maximal begrenzt auf die jeweils gültigen Sätze des Bundesreisekostengesetzes.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

Fahrkosten

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

Dabei können erstattet werden:

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

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

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

3. **Pauschbetrag für Zeitaufwand**

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 45,00 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.

Anlage 2 der Satzung der BKK MTU

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG

§ 1 Anwendung von Satzungsbestimmungen

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

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

§ 2 Verwaltungsrat

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

§ 3 Widerspruchsausschuss

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

§ 4 Kreis der ausgleichsberechtigten Arbeitgeber

- I. An dem Ausgleichsverfahren gem. § 1 Abs. 2 AAG (U 2) nehmen die Arbeitgeber ohne Rücksicht auf die Anzahl ihrer Beschäftigten teil, wenn die Arbeitnehmer bei der BKK MTU versichert sind.
- II. Für Arbeitnehmer, die nicht Mitglied einer Krankenkasse sind, gilt § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend.
- III. Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach den Absätzen 1 (U1-Verfahren) und 2 (U2-Verfahren) nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen.

§ 5 Aufbringung der Mittel, Umlagesatz und Nachweis

- I. Die am Umlageverfahren U2 teilnehmenden Arbeitgeber bringen die zur Durchführung des Ausgleichs erforderlichen Mittel nach Maßgabe des § 7 Abs. 2 AAG durch Umlage auf.
- II. Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- III. Die BKK MTU verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. Für das Umlageverfahren U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Abs. 3 AAG).

§ 6 Umlagebeitragssätze

Der Umlagebeitragssatz U2 beträgt 0,2 v. H. der umlagepflichtigen Einnahmen.

§ 7 Fälligkeit der Umlage

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

§ 8 Höhe der Erstattungen, Vorschüsse

- a. Die BKK MTU erstattet den ausgleichsberechtigten Arbeitgebern
 - i. Den vom Arbeitgeber gem. § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld in voller Höhe.
 - ii. Das im Rahmen des § 11 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlte Arbeitsentgelt in voller Höhe. Die darauf entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge gem. § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG werden pauschal in Höhe von 20 % erstattet.
- b. Die BKK MTU gewährt auf schriftlichen Antrag Vorschüsse auf die Erstattung nach § 1 Abs. 2 AAG. Voraussetzung hierfür ist, dass der Arbeitgeber die von ihm zu entrichtenden Umlagebeiträge regelmäßig und ordnungsgemäß entrichtet hat.
- c. Die Erstattung wird auf Antrag erbracht.

§ 9 Bildung von Betriebsmitteln

- I. Die BKK MTU verwaltet die Mittel für den Ausgleich der Mutterschaft als Sondervermögen.
- II. Es werden für die Bestreitung der Aufgaben für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen aus Anlass der Mutterschaft Betriebsmittel gebildet.

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

§ 10 Haushaltsplan

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

§ 11 Rechnungsabschluss

- I. Die Jahresrechnung ist jährlich zu prüfen und zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.
- II. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Betriebs- und Rechnungsführung.

§ 12 Übertragung des Ausgleichsverfahrens U1 nach dem AAG

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

- I Die Durchführung des U1 -Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die BKK MTU. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III Bezüglich des U1-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK- Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

Friedrichshafen, den 05.11.2012

Siegel

Vorsitzender des Verwaltungsrates
Arbeitgebervertreter

Anlage 3 zur Satzung der BKK MTU vom 01.01.2013

Teilnahme

1. Die BKK MTU bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (*Zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt*). Mitglieder, die am Tag der Wahlerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.“
2. Die Teilnahme zum Tarif können die, in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder, monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK MTU erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK MTU folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

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

Obliegenheiten der Teilnehmer

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

7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK MTU nachzuweisen und die BKK MTU über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt,

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

Wahltarifkrankengeld	10€	20€	30€	40€	50€
kalendertäglich					
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

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

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

10. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Wahltarifkrankengeldes nach den Absätzen 30 und 31 ist die für das neu vereinbarte Wahltarifkrankengeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Wahltarifkrankengeldhöhe zu zahlen.
11. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
12. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
13. Die BKK MTU darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK MTU bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),

2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK MTU nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK MTU kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
- mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK MTU
20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13. dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21. keine Anwendung.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das

Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

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

Dauer

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

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK MTU eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK MTU eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die BKK MTU kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.

28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK MTU sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK MTU auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK MTU im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK MTU unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK MTU nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK MTU folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK MTU über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.