

**Satzung der Mobil Betriebskrankenkasse
zum 01.01.2014
(in der Fassung der Nachträge Nr. 35 und 36
vom 10.12.2024 - Stand 01.01.2025)**

Inhaltsverzeichnis

Artikel I	4
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§ 2 Verwaltungsrat	5
§ 3 Vorstand	7
§ 4 Widerspruchsausschuss	7
§ 5 Kreis der versicherten Personen	9
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	9
§ 7 Bemessung der Beiträge	9
§ 7a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	9
§ 8 Übertragung des Ausgleichsverfahrens	9
§ 9 Höhe der Rücklage	10
§ 10 Leistungen	10
§ 10a Prävention	12
§ 10b Zusätzliche Satzungsleistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	13
§ 10c Medizinische Vorsorgeleistungen	19
§ 10d Leistungsausschluss	19
§ 10e Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz	19
§ 11 Zweitmeinung nach § 27b Abs. 6 SGB V	20
§ 11a Wahltarif zu strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V	21
§ 11b unbesetzt	21
§ 11c unbesetzt	21
§ 11d unbesetzt	21
§ 11e Wahltarif besondere Versorgung	21
§ 11f Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	21
§ 11g Wahltarif Prämienzahlung (Wahltarif „cashback“)	22
§ 11h Wahltarif Krankengeld	22
§ 11i Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	27
§ 11j Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	28
§ 11k unbesetzt	28
§ 11l Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	28
§ 12 Kooperation mit der PKV	29
§ 13 Aufsicht	29
§ 14 Mitgliedschaft zum Landesverband	29
§ 15 Bekanntmachungen	29
§ 16 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	29

Artikel II	30
Anlage zu § 2 der Satzung	31
Anlage zu § 11 der Satzung	33
Anlage 1 zu § 11f der Satzung	34
Anlage 2 zu § 11f der Satzung	37
Anlage 3 zu § 11f der Satzung	38

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen
Betriebskrankenkasse Mobil (alternativ: Mobil Betriebskrankenkasse,
Kurzform: Mobil Krankenkasse)¹.



Die Mobil Betriebskrankenkasse hat sich mit Wirkung zum 01.01.2014 mit der HypoVereinsbank Betriebskrankenkasse vereinigt.
Die Mobil Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in München.

- (2) Der Bereich der Mobil Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe folgender Arbeitgeber:
1. ExxonMobil Production Deutschland GmbH, Hannover, Bremen, Hamburg und Handewitt,
 2. Mobil Erdgas-Erdöl GmbH, Hamburg und Hannover,
 3. ExxonMobil Gas Marketing Deutschland GmbH, Hamburg,
 4. UniCredit Bank AG, München und auf die Filialen im gesamten Bundesgebiet,
 5. Food & more GmbH, München,
 6. Hotel Bayerischer Hof Gebrüder Volkhardt KG, München,
 7. HVB Consult GmbH, München,
 8. UniCredit Direct Service GmbH, München, Schweinfurt und Leipzig,
 9. HVB Gesellschaft für Gebäude mbH & Co KG, München,
 10. HVB Immobilien AG, München, Berlin, Dresden, Düsseldorf, Erfurt, Frankfurt, Hamburg, Leipzig, Nürnberg und Stuttgart,
 11. R+V Gruppenpensionsfonds AG, München,
 12. HVB Secur GmbH, München,
 13. Deutsche Pfandbriefbank AG, Unterschleißheim, Eschborn, Berlin, Düsseldorf und Hamburg,
 14. Planet Home AG, Aschaffenburg, Friedrichshafen, Karlsruhe, Lindau, Freiburg, Heidelberg, Konstanz, Ludwigshafen, Memmingen, Stuttgart, Nürnberg, Unterföhring, Ravensburg, Ulm, Wiesbaden, Würzburg, Bad Tölz, Coburg, Freising, Ingolstadt, Kempten, Augsburg, Bayreuth, Offenbach, Garmisch-Partenkirchen, Kaufbeuren, Landshut, Mühldorf, Regensburg, Sonthofen, Traunstein, Rosenheim, Weilheim, Bremen, Hamburg, Darmstadt, Düsseldorf, Würselen, Bonn, Koblenz, Münster, Neustadt an der Weinstraße, Osnabrück, Köln, Essen, Dortmund, Bielefeld, Saarbrücken, Dresden, Leipzig, Flensburg, Eckernförde, Heikendorf, Heide, Husum, Kappeln, Itzehoe, Kiel, Lübeck, Rendsburg, Erfurt, Eisenach und Jena,
 15. CACEIS Bank Deutschland GmbH, München.

Der Bereich der Mobil Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

¹ Bis 31.03.2021 Betriebskrankenkasse Mobil Oil (Kurzform BKK Mobil Oil)

§ 2 Verwaltungsrat

(1)

1. Das Selbstverwaltungsorgan der Mobil 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, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.
Bei Wiederwahl des amtierenden Vorsitzenden auf der konstituierenden Sitzung dauert die Amtsperiode bis zum jeweiligen Jahresende. Die erste Amtsperiode dauert mindestens ein Zeitjahr.

(2)

- Dem Verwaltungsrat der Mobil Betriebskrankenkasse gehören als Mitglieder fünf Versichertenvertreter und fünf Vertreter der Arbeitgeber an.
Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, folgendes bestimmt:
Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, bei der Mobil Betriebskrankenkasse versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen.
Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

(3)

- Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Mobil Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Mobil Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.
Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:
1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Mobil Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind,
 2. den Haushaltsplan festzustellen,
 3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV) über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen.
Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen beschließen, 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,
 4. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
 6. einen leitenden Beschäftigten der Mobil Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
 7. den Vorstand zu überwachen,
 8. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Mobil Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,

9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 10. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.
- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
 - (5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
 - (6) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
 - (7) 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.
 - (8) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
 - (9) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - (10)
 1. Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen.
 2. In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitäteeinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Nr. 2 Satz 1 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden.
Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Mobil Betriebskrankenkasse liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation 1/3 und in besonders eiligen Fällen 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche zeitgleiche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.
 3. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z. B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Mobil Betriebskrankenkasse liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

- (11) Der Verwaltungsrat kann schriftlich ohne Sitzung abstimmen, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widersprechen der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 3 Vorstand

- (1) Dem Vorstand der Mobil Betriebskrankenkasse gehört ein Mitglied an.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die Mobil Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Mobil 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 Mobil Betriebskrankenkasse nach § 4 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Mobil Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Mobil Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.
- (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebskrankenkasse.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in München.
- (2)
1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils zwei Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Zu Mitgliedern des Widerspruchsausschusses können nur Personen bestellt werden, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied der Mobil Betriebskrankenkasse erfüllen.
 2. Zur Vertretung im Verhinderungsfall werden die Mitglieder des Widerspruchsausschusses durch jeweils drei Stellvertreter aus der Gruppe der Arbeitgeber und der Gruppe der Versicherten in der Reihenfolge ihrer Wahl unter Beachtung ihrer Gruppenzugehörigkeit vertreten.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des

- Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen einem Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach der Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Mobil Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Für die Beschlussfassung gilt § 64 Abs. 1 und 2 SGB IV entsprechend.
- (3)
1. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzungen). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen des Widerspruchsausschusses.
 2. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses digital stattfinden (digitale Sitzung). Der Vorsitzende des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Nr. 2 Satz 1 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der Mobil Betriebskrankenkasse liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht.
 3. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z. B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der Mobil Betriebskrankenkasse liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.
- (4) Der Widerspruchsausschuss kann schriftlich ohne Sitzung abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht der schriftlichen Abstimmung.
- (5) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (6) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 und 5 Satz 1 2. Halbsatz des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- (1) Zum Versichertenkreis der Mobil Betriebskrankenkasse gehören:
1. Arbeitnehmer und zur Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist.
Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX der Mobil Betriebskrankenkasse beitreten, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen noch nicht erfüllen und wenn sie beim Beitritt noch nicht 30 Jahre alt sind.
- (2) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- (1) Eine freiwillige Mitgliedschaft endet mit dem Zeitpunkt, zu dem die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind.
- (2) Wenn ein Wahltarif nach §§ 11g oder 11h gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Mobil Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 11g Abs. 3 oder 11h Abs. 14, 15 und 16, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. 1 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 11h gewählt haben.

§ 7 Bemessung der Beiträge

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

§ 7a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Mobil Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,89 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 8 Übertragung des Ausgleichsverfahrens

- (1) Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- (2) Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die Mobil Betriebskrankenkasse. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- (3) Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i. S. d. AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK

Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 9 Höhe der Rücklage

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

§ 10 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Mobil Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen:

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

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

(2) 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 für eine Stunde je Pflegeeinsatz und für 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat erbracht, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ab dem Pflegegrad 2 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 begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

(3) Haushaltshilfe

1. Die Mobil Betriebskrankenkasse gewährt über die gesetzliche Regelung des § 38 Abs. 1 SGB V hinaus Haushaltshilfe unter den Voraussetzungen, dass
 - a) dem Versicherten nach einer ärztlich bescheinigten Behandlungsmaßnahme wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und
 - b) eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, und
 - c) ein Kind im Haushalt lebt, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Die Haushaltshilfe wird für den Zeitraum der medizinischen Notwendigkeit, längstens für 30 Tage gewährt.

2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten 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 Satz 1 SGB V.
- (4) **Kostenerstattung**
Versicherte können Kostenerstattung unter den Voraussetzungen des § 13 SGB V wählen.
1. 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 danach jederzeit durch schriftliche Erklärung mit Wirkung für die Zukunft beenden.
 2. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
 3. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Mobil Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte.
 4. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 Euro für die Verwaltungskosten zu kürzen. Von den Erstattungsbeträgen sind die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen in Abzug zu bringen.
 5. In den Fällen des § 13 Abs. 4 Satz 1 und 2 sowie Abs. 5 SGB V besteht der Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. maximal 50,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen.
- (5) **Kostenerstattung Wahlarzneimittel**
1. Gemäß § 13 Abs. 2 i. V. m. § 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 Mobil Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat oder
 - b) das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V abzugeben wäre.Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.
 2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Buchstabe a) in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieses Absatzes errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der Preise, die in einem Rabattvertrag für den Wirkstoff des Arzneimittels vereinbart worden sind. Davon werden 30 v. H. als Abschlag für die der Mobil Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte abgezogen. Der Erstattungsbetrag gemäß Nr. 1 Satz 2 Buchstabe b) in Verbindung mit den Sätzen 2 und 3 dieser Ziffer errechnet sich ausgehend von dem Durchschnitt der vier preisgünstigsten Arzneimittel, die den Wirkstoff des Arzneimittels enthalten, das Versicherte gewählt haben. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 i. V. m. § 31 Abs. 3 SGB V sind abzuziehen. Zudem ist der Erstattungsbetrag je Einzelrechnung um 5 v. H. und maximal 40,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen.
- (6) **Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten**
Die Mobil Betriebskrankenkasse übernimmt über die in § 20i Abs. 1 SGB V genannten Indikationen hinaus gemäß § 20i Abs. 2 SGB V folgende unter Nr. 1-3 genannte Leistungen:

1. Die Mobil Betriebskrankenkasse übernimmt wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos im Falle eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes zum Schutz der öffentlichen Gesundheit folgende Reiseschutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe:
 - a) Cholera,
 - b) FSME,
 - c) Gelbfieber,
 - d) Hepatitis A, B,
 - e) Meningokokken-Meningitis,
 - f) Tollwut,
 - g) Typhus,
 - h) Japanische Enzephalitis,
 - i) Dengue-Fieber,
 - j) medikamentöse Malariaphylaxe.
2. Die Mobil Betriebskrankenkasse übernimmt folgende Schutzimpfungen auch über die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) genannten Empfehlungen hinaus:
 - a) Gripeschutzimpfung,
 - b) Hepatitis A, B,
 - c) FSME,
 - d) Meningokokken-B-Impfung für Versicherte ab 5 Jahren bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 - e) HPV-Impfung,
 - f) RSV-Impfung für Schwangere in der 24. bis 36. Schwangerschaftswoche.
3. Die Mobil Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für die Nachholung von Schutzimpfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes, bei Jugendlichen auch über die in der Schutzimpfungsrichtlinie geregelten Altersgrenzen hinaus, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, soweit grundsätzlich eine Empfehlung der STIKO oder gemäß § 20 Abs. 3 IfSG vorliegt.
4. Die Mobil Betriebskrankenkasse gewährt die Leistungen nach Nr. 1 bis 3 grundsätzlich als Sachleistungen. Kann die Erbringung als Sachleistung nicht erfolgen, werden die Kosten der Impfstoffe nach Nr. 1 bis 3 abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung für Arzneimittel gemäß § 31 Abs. 3 Satz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) in voller Höhe übernommen, die Kosten für die Impfleistung werden in der tatsächlichen Höhe erstattet.
5. Eine Übernahme der Schutzimpfungen als Sachleistung bzw. eine Kostenübernahme im Falle der Nr. 4 Satz 2 ist ausgeschlossen, wenn:
 - a) die Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden,
 - b) der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder
 - c) die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

§ 10a Prävention

- (1) Die Mobil Betriebskrankenkasse erbringt auf Basis des Leitfadens Prävention „Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21.06.2000“ in der jeweils gültigen Fassung Leistungen der primären Prävention nach dem individuellen Ansatz und dem Setting-Ansatz. Die Mobil Betriebskrankenkasse erbringt Leistungen in folgenden Handlungsfeldern:
 1. Bewegungsgewohnheiten:
 - a) Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - b) Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

2. Ernährung:
 - a) Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - b) Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
3. Stress- und Ressourcenmanagement:
 - a) Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement
 - b) Förderung von Entspannung und Erholung
4. Suchtmittelkonsum:
 - a) Förderung des Nichtrauchens
 - b) Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums.

(2) Leistungsumfang

1. Leistungen, die von der Mobil Betriebskrankenkasse selbst allein oder in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern erbracht werden, werden als Sachleistung gewährt, ohne dass die Versicherten sich an Kosten beteiligen. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern die im o. g. Leitfaden aufgeführten Qualitätskriterien erfüllt sind, ein Finanzierungszuschuss in den Feldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten gewährt. Die Bezuschussung ist pro Kalenderjahr auf höchstens zwei Maßnahmen und auf höchstens 1.200,00 Euro je Versicherten begrenzt. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für Unterkunft und Freizeitaktivitäten selbst zu tragen.
2. Für Einzelberatungen im Handlungsfeld Ernährung beträgt der Finanzierungszuschuss 100 v. H. der Kosten, maximal aber 50,00 Euro bezogen auf die einzelne Sitzung. Die Bezuschussung ist auf maximal ein Erstgespräch und zwei Folgegespräche begrenzt.
3. Eine Bezuschussung erfolgt nur nach Abschluss der Maßnahme bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung und einer Mindestteilnahme an 4/5 der Veranstaltungstage der Maßnahme sowie bei Vorlage einer Quittung über die entrichtete Kursgebühr. Für eine Bezuschussung der Kosten einer Beratung gemäß Nr. 2 ist neben einer Teilnahmebestätigung eine ständige Anwesenheit erforderlich. Bei Hilfebedürftigkeit erstattet die Mobil Betriebskrankenkasse nach Prüfung und Genehmigung der Leistung die Kosten vollständig und für die Versicherten vorleistungsfrei direkt an den Leistungserbringer.

- (3) Die Mobil Betriebskrankenkasse fördert – insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – nachhaltig angelegte Settingansätze nach § 20a und § 20b SGB V. Auf Antrag erfolgt eine Förderung von oder Beteiligung an entsprechenden qualitätsgesicherten Projekten auf Basis der vom GKV-Spitzenverband beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 10b Zusätzliche Satzungsleistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V

Die Mobil Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen:

(1) Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

1. Über die gesetzlichen Regelungen hinaus beteiligt sich die Mobil Betriebskrankenkasse auf der Basis von § 11 Abs. 6 i. V. m. § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:

- a) erhöhtes Körpergewicht,
 - b) erhöhter Blutdruck,
 - c) kardiovaskuläre Vorerkrankungen,
 - d) Atemwegserkrankungen,
 - e) Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose,
 - f) Diabetes,
 - g) Rauchen,
 - h) Alkoholmissbrauch.
2. Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
3. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird. Die Mobil Betriebskrankenkasse erstattet 100 v. H. des Rechnungsbetrages, aber nicht mehr als 70,00 Euro pro Behandlung nach Abs.1 und nicht mehr als 130,00 Euro pro Behandlung für die Abs. 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

(2) Leistungen bei Schwangerschaft

Die Mobil Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für nachfolgende Leistungen bei Schwangerschaft. Die Leistungen nach Nr. 1 bis 3 werden erstattet, wenn die jeweilige Leistung bei einer gemäß 134a Abs. 2 SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V berechtigten, freiberuflichen Hebamme in Anspruch genommen wird. Voraussetzung für die Leistungen nach Nr. 5 ist, dass diese nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden und nicht bereits ein Anspruch nach den Mutterschafts-Richtlinien besteht. Zur Erstattung der Kosten einer Leistung sind jeweils eine spezifizierte Rechnung, für die Leistungen nach Nr. 2 und 3 zusätzlich eine von der Hebamme ausgestellte Teilnahmebestätigung einzureichen.

1. Hebammenrufbereitschaft

Schwangere Versicherte können eine 24-stündige Rufbereitschaft in den letzten Wochen der Schwangerschaft, in der Regel zwischen der 37. und der 42. Schwangerschaftswoche, ihrer Hebamme in Anspruch nehmen, sofern eine außerklinische- oder eine Beleggeburt mit 1:1 Betreuung im Sinne der Hebammenvergütungsvereinbarung vereinbart ist.

Erstattet werden die tatsächlichen Kosten, höchstens 250,00 Euro je Geburt.

2. Hebammenberatung

Schwangere Versicherte können je Schwangerschaft bis zu drei zusätzliche Hebammenberatungen in Anspruch nehmen. Sie können sich zur Wahl des Geburtsortes und -modus, zu Still- und Ernährungsthemen und/oder zum Verhalten zur Vermeidung von Frühgeburten beraten lassen, sofern diese Beratungen nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a SGB V sind.

Pro Beratungsgespräch ist eine Mindestdauer von 45 - 60 Minuten einzuhalten.

Erstattet werden die tatsächlichen Kosten, höchstens 40,00 Euro je Beratungsgespräch.

3. Partner-Geburtsvorbereitungskurs

Der werdende Vater oder der Partner der bei der Mobil Betriebskrankenkasse versicherten werdenden Mutter kann einen Partner-Geburtsvorbereitungskurs in Anspruch nehmen. Der Kurs kann auch digital in Anspruch genommen werden.

Erstattet werden die tatsächlichen Kosten, höchstens ein Betrag von 80,00 Euro je Geburt.

4. Mehrkosten für Kompressionstherapie

Die Mobil Betriebskrankenkasse beteiligt sich für ihre schwangeren Versicherten in Verbindung mit § 33 Abs. 1 SGB V an Mehrkosten von Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie. Die Mehrkosten erstrecken sich auf eine über die Regelleistung hinausgehende Beschaffung von einem Paar Kompressionsstrümpfen/Strumpfhosen. Des Weiteren wird eine zusätzliche Versorgung mit einer Schwangerschaftsleibbinde bezuschusst. Die Kosten erstrecken sich auf eine über die Regelleistung hinausgehende Beschaffung für eine Schwangerschaftsleibbinde. Voraussetzung ist, dass die Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Abs. 2 SGB V gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst werden und die Verordnung durch einen zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgt.

Erstattet werden 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 20,00 Euro pro Rechnung.

5. Zusätzliche Schwangerschaftsuntersuchungen

Die Mobil Betriebskrankenkasse beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus mit einem Zuschuss an den nachfolgenden ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:

- a) 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.
- b) Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- c) Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- d) Großer oraler Glukosetoleranztest (75g Glukosetoleranztest) zwischen der 24. und 27. Schwangerschaftswoche für schwangere Versicherte, die aufgrund familiärer Vorbelastungen, Vorerkrankungen oder Risikofaktoren wie Adipositas, bereits vorausgegangener Gestationsdiabetes, Dyslipidämien, arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit ein erhöhtes Risiko für einen Gestationsdiabetes mellitus aufweisen.

Der jeweilige Erstattungsbetrag wird einmalig je Schwangerschaft geleistet und beträgt 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 20,00 Euro pro Leistung.

(3) Nicht zugelassene Leistungserbringer – Stationäre Behandlung

1. Die Mobil Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind:
 - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,

- d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der Mobil Betriebskrankenkasse vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die Mobil Betriebskrankenkasse hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
 3. Mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Mobil Betriebskrankenkasse sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.
- (3a) Nicht zugelassene Leistungserbringer – Ambulante Behandlung
1. Die Versicherten der Mobil Betriebskrankenkasse können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Mobil Betriebskrankenkasse mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Nr. 2 getroffen hat, welche die Leistungen einschließt.
 2. Die Mobil Betriebskrankenkasse schließt Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert sich dabei an dem Bedarf der Versicherten. Die nicht zugelassenen Leistungserbringer müssen über eine Qualifikation verfügen, die der Qualifikation der im 4. Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringern entspricht und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen. Vereinbarungen über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, können nicht geschlossen werden.
 3. Die Mobil Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über alle, in dem nicht zugelassene Leistungserbringer, mit denen eine Vereinbarung nach Nr. 2 geschlossen wurde, enthalten sind. Darüber hinaus enthält das Verzeichnis Angaben zu den Leistungsinhalten, dem Ort der Leistungserbringung und möglichen Eigenbeteiligungen der Versicherten. Das Verzeichnis ist unter www.mobil-krankenkasse.de einzusehen. Das Verzeichnis kann auf Wunsch den Versicherten in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.
 4. Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur gegen Vorlage der Rechnung und höchstens in Höhe der Vergütung, die die Mobil Betriebskrankenkasse bei Erbringung der Leistung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
- (4) Mehrleistung Brustkrebsuntersuchung
1. Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die Mobil Betriebskrankenkasse die Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastuntersucher/-innen (MTU) unter folgenden Voraussetzungen:
 - Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
 - die Untersuchung wird von einer Fachärztin/einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.
 2. Die Mobil Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für maximal eine Behandlung je Kalenderjahr. Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages.
 3. Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der spezifizierten Rechnung sowie der ärztlichen Bestätigung der oben genannten Vorbelastung.

- (5) Pap-Test
1. Ergänzend zur gesetzlich alle drei Jahre vorgesehenen Leistung, beteiligt sich die Mobil Betriebskrankenkasse bei Frauen ab dem Alter von 35 Jahren mit einem Zuschuss an den Kosten für einen jährlichen zytologischen Abstrich und zytologische Untersuchung mittels Pap-Tests in den Kalenderjahren, in denen kein gesetzlicher Anspruch darauf besteht. Voraussetzung ist, dass eine Erkrankung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (z.B. Rauchen, häufig wechselnde Sexualpartner, mehrere Geburten) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen sowie die Leistungserbringung durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Ärzte erfolgt.
 2. Die Mobil Betriebskrankenkasse erstattet 100 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 25,00 Euro pro Leistung.
 3. Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der spezifizierten Rechnung des Leistungserbringers unter Bezeichnung der vorliegenden Risikofaktoren.
- (6) Gesundheits-Check-up
1. Ergänzend zur gesetzlich vorgesehenen Leistung beteiligt sich die Mobil Betriebskrankenkasse bei Versicherten ab dem 18. Lebensjahr mit einem Zuschuss an den Kosten für einen jährlichen Gesundheits-Check-Up. Voraussetzung ist, dass die Leistung im Kalenderjahr nicht bereits als Regelleistung in Anspruch genommen wurde und bereits bestehende Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Hypertonie oder Hypercholesterinämie) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Weitere Voraussetzung ist, dass die Leistungserbringung durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechnete Ärzte erfolgt.
 2. Die Mobil Betriebskrankenkasse erstattet 100 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40,00 Euro pro Leistung.
 3. Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der spezifizierten Rechnung des Leistungserbringers unter Bezeichnung der vorliegenden Risikofaktoren.
- (7) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel
1. Die Mobil Betriebskrankenkasse beteiligt sich an den Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, wenn deren Einnahme notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und das Arzneimittel durch einen an der kasernenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechneten Arzt auf Privat Rezept verordnet wurde. Das Arzneimittel muss durch eine Apotheke oder einem nach dem deutschen Recht zulässigen Versandhandel für Arzneimittel bezogen worden sein und darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder nach § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sein. Der gesetzliche Anspruch nach § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V i. V. m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.
 2. Die Mobil Betriebskrankenkasse erstattet 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 100,00 Euro pro Kalenderjahr.
 3. Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der ärztlichen Verordnung sowie der spezifizierten Rechnung der Apotheke.
 4. Maßgeblich für die Zuordnung zum jeweiligen Anspruchszeitraum ist der tatsächliche Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme (Abgabedatum). Die zur Erstattung erforderlichen Unterlagen sind der Mobil Betriebskrankenkasse bis spätestens zum Ende des ersten Quartals des Folgejahres vorzulegen.

- (8) weitere bezuschusste Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V
Die Mobil Betriebskrankenkasse beteiligt sich mit einem Zuschuss, zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, an den Kosten für die Inanspruchnahme nachfolgend aufgeführter weiterer Leistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V. Der Gesamtanspruch für diese Leistungen nach Nr. 1 bis 3 ist insgesamt auf 200,00 Euro pro Kalenderjahr begrenzt. Eine Übertragung von gegebenenfalls nicht in Anspruch genommenen Beträgen auf das folgende Kalenderjahr oder andere Versicherte ist nicht möglich.

Maßgeblich für die Zuordnung zum jeweiligen Anspruchszeitraum ist der tatsächliche Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme (Abgabedatum). Bei kalenderjahresübergreifenden Behandlungen entscheidet allein der Abschluss der Behandlung über die Zuordnung zum jeweiligen Anspruchszeitraum. Die zur Erstattung erforderlichen Unterlagen sind der Mobil Betriebskrankenkasse bis spätestens zum Ende des ersten Quartals des Folgejahres vorzulegen. Gegebenenfalls anfallende Kosten für das Ausstellen einer detaillierten Rechnung werden von der Mobil Betriebskrankenkasse nicht erstattet.

1. Osteopathie

- a) Die Mobil Betriebskrankenkasse beteiligt sich mit einem Zuschuss an den Kosten für osteopathische Leistungen aufgrund ärztlicher Verordnung, 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 zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten 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.
- b) Die Mobil Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60,00 Euro pro Sitzung. Dabei gilt die kalenderjährliche Erstattungshöchstgrenze nach § 10b Abs. (8) Satz 2 unverändert.
- c) Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der ärztlichen Verordnung und spezifizierten Rechnung des Leistungserbringers.

2. Professionelle Zahnreinigung

- a) Ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V beteiligt sich die Mobil Betriebskrankenkasse mit einem Zuschuss an den Kosten für professionelle Zahnreinigungen bei einem zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer.
- b) Die Mobil Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für maximal zwei Behandlungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 100 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60,00 Euro pro Behandlung. Dabei gilt die jährliche Erstattungshöchstgrenze nach § 10b Abs. (8) Satz 2 unverändert.
- c) Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der spezifizierten Rechnung des Leistungserbringers.

3. Retainer

- a) Ergänzend zu der gesetzlich vorgesehenen Leistung beteiligt sich die Mobil Betriebskrankenkasse zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer in

Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung mit einem Zuschuss an den Kosten einer festsitzenden Retentionsspange (sog. „festsitzender Retainer“) als Alternative zu herausnehmbaren Retentionsapparaturen. Hierzu zählen auch die Kosten für die Reparatur, Instandhaltung oder Anpassung einer bereits vorhandenen festsitzenden Retentionsspange.

- b) Die Voraussetzungen für eine Beteiligung an den Kosten für oder im Zusammenhang mit der festsitzenden Retentionsspange sind, dass das Einsetzen durch einen zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgt und dass die Versicherten zu Beginn der Behandlung mit einer festsitzenden Retentionsspange das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V gilt entsprechend.
- c) Die Mobil Betriebskrankenkasse erstattet 100 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 150,00 Euro pro Kalenderjahr. Dabei gilt die jährliche Erstattungshöchstgrenze nach § 10b Abs. (8) Satz 2 unverändert.
- d) Eine Erstattung erfolgt unter Vorlage der spezifizierten Rechnung des Leistungserbringers.

§ 10c Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Mobil Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 Euro; für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 Euro.

§ 10d Leistungsausschluss

- (1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- (2) Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Mobil Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 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 Mobil Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Mobil Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Mobil Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einschalten.

§ 10e Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

- (1) Die Mobil Betriebskrankenkasse erbringt auf Basis der „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ab 25.11.2020“ in der jeweils gültigen Fassung Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz. Diese Angebote sollen die Versicherten dazu befähigen, ihre Gesundheitskompetenz in Bezug auf digitale Anwendungen im Gesundheitswesen und in Bezug auf digital verfügbare Informationen zu Gesundheitsfragen herzustellen oder zu verbessern. Leistungen, die lediglich allgemeine Kenntnisse im Umgang mit Hard- und Software oder den Umgang mit

einer konkreten Softwareanwendung ohne konkreten Bezug zu einem gesundheitsbezogenen Einsatz vermitteln, werden nicht umfasst.

- (2) Maßnahmen nach Absatz 1 gewährt die Mobil Betriebskrankenkasse selbst allein oder in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern als Sachleistung. Die Mobil Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die nach dieser Regelung angebotenen Leistungen, das sie im Internet veröffentlicht und auf Wunsch den Versicherten zur Verfügung stellt.

§ 11 Zweitmeinung nach § 27b Abs. 6 SGB V

- (1) Die Mobil Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten nach § 27b Abs. 6 SGB V über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu planbaren Eingriffen oder zu angeratenen Therapieempfehlungen. Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei den in der Anlage zur Satzung gelisteten Indikationen. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.
- (2) Das Zweitmeinungsverfahren wird durch gemäß § 27b Abs. 3 Nr.1- 4 SGB V teilnahmeberechtigte Leistungserbringer erbracht. Die Zweitmeiner müssen die besonderen Anforderungen nach § 27b Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Abs. 2 und Abs. 3 Zm-RL erfüllen. Entsprechend § 7 Abs. 6 Zm-RL geben die Zweitmeiner eine Erklärung gegenüber der Mobil Betriebskrankenkasse ab.

Die Mobil Betriebskrankenkasse führt ein Verzeichnis über die nach dieser Regelung zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigten Zweitmeiner, das sie im Internet veröffentlicht und auf Wunsch den Versicherten zur Verfügung stellt. Ebenso hält die Mobil Betriebskrankenkasse Informationen über das Zweitmeinungsverfahren bereit und übermittelt bei Bedarf die Zm-RL an die Versicherten.

- (3) Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeiner nach Abs. 2 eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung ein, ob der ärztlich angeratene Eingriff oder die ärztlich angeratene Therapieempfehlung die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung). Die Erbringung einer Zweitmeinung umfasst neben der eigenständigen Bewertung und Beratung der Versicherten ärztliche Untersuchungsleistungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff medizinisch erforderlich sind. Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie dem Zweitmeiner von den Versicherten zur Verfügung gestellt wurden. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, den geplanten Eingriff durchführen zu lassen. Das Zweitmeinungsverfahren hat den Vorgaben des § 8 Zm-RL (Aufgaben der Zweitmeiner) zu entsprechen. Unter Einhaltung berufsrechtlicher und vertragsärztlicher Vorgaben können telemedizinische Möglichkeiten genutzt werden.
- (4) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Mobil Betriebskrankenkasse je Eingriff in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Mobil Betriebskrankenkasse abgerechnet.

§ 11a Wahltarif zu strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V

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

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zugelassenen Fassung.

§ 11b unbesetzt

§ 11c unbesetzt

§ 11d unbesetzt

§ 11e Wahltarif besondere Versorgung

- (1) Die Mobil Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V an. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher oder elektronischer 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.

§ 11f Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- (1) Versicherte können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters. Die Teilnahme erfolgt für jeweils ein Kalenderjahr. Mit dem Ende der Versicherung bei der Mobil Betriebskrankenkasse endet zeitgleich auch die Teilnahme am Bonusprogramm.
- (2) Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V, Zahnvorsorge nach den §§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder regelmäßig qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention nach § 10a dieser Satzung oder anderen qualitätsgesicherten von der Mobil Betriebskrankenkasse anerkannten Maßnahmen der Primärprävention in Anspruch nehmen. Der Versicherte weist die Inanspruchnahme der Leistungen durch Bestätigung des Leistungserbringers nach.

- (3) Näheres zum Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten ist in den Anlagen 1 bis 3 zu diesem Paragraphen geregelt.

§ 11g Wahltarif Prämienzahlung (Wahltarif „cashback“)

- (1) Die Mobil Betriebskrankenkasse zahlt Mitgliedern, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, eine Prämie gemäß § 53 Abs. 2 SGB V, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen in einem Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren und Leistungen zu Lasten der Mobil Betriebskrankenkasse nicht in Anspruch genommen haben.
- (2) Der Anspruch auf die jährliche Prämie entsteht jeweils nach Ablauf von zwölf Monaten ab Beginn des Tarifes (Mindestbindungsfrist). Die Auszahlung der Prämie erfolgt spätestens im 4. Quartal des Jahres, das dem Kalenderjahr folgt, in dem Leistungen zu Lasten der Mobil Betriebskrankenkasse nicht in Anspruch genommen wurden. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:
- a) die im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
 - b) Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 61 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V, Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen § 22a SGB V).
- Ebenfalls unschädlich für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach § 10 SGB V versicherte Angehörige und Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die Wahl dieses Tarifs ist schriftlich gegenüber der Mobil Betriebskrankenkasse zu erklären. Die Teilnahme kann jeweils zum Beginn eines Quartals erklärt werden. Die Mindestbindungsfrist beträgt ein Jahr. In besonderen Härtefällen ist eine vorherige Kündigung möglich. Die besondere Härte ist durch das Mitglied nachzuweisen. Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifs kann die Wahl schriftlich widerrufen werden. Der Tarif endet nach Ablauf der Mindestbindungsfrist, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- (4) Sobald nach dem Beginn der Laufzeit die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, ruht der Tarif. Innerhalb der Ruhezeit können das Mitglied und seine nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen Leistungen in Anspruch nehmen. Ein Prämienanspruch entsteht für diesen Zeitraum nicht. Die Mindestbindungsfrist verlängert sich durch das Ruhen des Tarifs nicht.
- (5) Sollte ein Mitglied seine Teilnahme unterjährig erklären, wird die Prämie anteilig berechnet. Gleiches gilt im Falle des zeitweiligen Ruhens.
- (6) Vorbehaltlich der Abs. 4 und 5 beträgt die Prämie 1/12 der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge zur Krankenversicherung, pro Mitglied höchstens 600,00 Euro. Die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen erwerben keinen eigenen Anspruch auf eine Prämie.

§ 11h Wahltarif Krankengeld

- (1) Die Mobil Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzli-

ches Krankengeld haben, können keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.

- (2) Die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder, die am Tag der Teilnahmeerklärung die Regelaltersgrenze nach § 235 Abs. 2 SGB VI erreicht haben, können einen Tarif nur wählen, wenn sie
1. in den letzten 5 Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens 24 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 2. unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
- (3) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Mobil Betriebskrankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 SGB V, § 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit gleich.
- Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine gültige Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Mobil Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z. B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- (4) Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des siebten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
 2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Abs. 14 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach dem Ablauf der Wartezeit.
- Für Mitglieder, die nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Abs. 14), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.
- (5) Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen (vertragsärztliche Musterbescheinigung) nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach dem Tag der ärztlichen Feststellung. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen;

§ 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Mobil Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Mobil Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den MDK vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

- (6) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- (7) Der Anspruch auf Krankengeld endet:
1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 2. mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
 3. mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
 4. mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Abs. 15 oder 16,
 5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Mobil Betriebskrankenkasse,
 6. mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 235 SGB VI, wenn das Mitglied nicht
 - (a) in den letzten 5 Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens 24 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert war oder
 - (b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.
- Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
- (8) Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V und die in § 46 Satz 4 SGB V genannten Versicherten:
1. ab einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 857,00 Euro (MOBIL 1) 20,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit,
 2. ab einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 1.714,00 Euro (MOBIL 2) 40,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit,
 3. ab einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 2.751,00 Euro (MOBIL 3) 60,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit,
 4. ab einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 3.675,00 Euro (MOBIL 4) 85,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit.

Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten darüber hinaus:

5. ab einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 4.285,00 Euro (MOBIL 5) 100,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit,

6. ab einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von monatlich 5.142,00 Euro (MOBIL 6) 120,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit. Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Mobil Betriebskrankenkasse. Bei Unter- oder Überschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Abs. 17.
- (9) Das Mitglied weist der Mobil Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen durch die Vorlage der aktuellen Einkommenssteuerbescheide nach. Der aktuelle Einkommenssteuerbescheid ist der Mobil Betriebskrankenkasse unverzüglich, innerhalb eines Monats nach Ausstellung durch das Finanzamt einzureichen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion. Ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens hinaus besteht nicht. Hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen oder ein durchschnittliches monatliches Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen von weniger als 857,00 Euro erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.
- (10) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Abs. 5 durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 65 Abs. 7 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.
- (11) Anspruch auf Krankengeld besteht für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 39 Wochen innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem drei Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf der 39. Woche. Sofern im letzten Dreijahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Anspruch auf Krankengeld besteht für die in § 46 Satz 4 SGB V genannten Mitglieder solange ein Anspruch auf Krankengeld nach § 48 SGB V besteht. Bei der Berechnung der Anspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten des Anspruchs auf gesetzliches Krankengeld gemäß § 48 SGB V entsprechend berücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach Abs. 17 unbeachtlich.
- (12) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch,

wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z. B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens einem Monatsbeitrag im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beiträge erfolgt.

- (13) Die §§ 16, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-62, 63, 65, 66-67 SGB I entsprechend.
- (14) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Mobil Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn, maximal jedoch ein Monat, kann gewählt werden. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Mobil Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.
Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 3-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.
- (15) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 2 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Mobil Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Mobil Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Abs. 16 frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- (16) Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Außerdem besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn ein Tatbestand gemäß Abs. 7 auf Dauer erreicht wird. Weiterhin besteht ein Sonderkündigungsrecht bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v. H. bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam.
- (17) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende bzw. leistungsausweitende Tarifgruppe erfolgt, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Abs. 9 die in Abs. 8 genannten Grenzen unter- bzw. überschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab dem Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Mobil Betriebskrankenkasse über das Unter- bzw. Überschreiten folgt. Wird eine nicht nur vorübergehende Minderung oder Erhöhung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens der Mobil Betriebskrankenkasse nicht unverzüglich angezeigt, gilt die neue Tarifgruppe rückwirkend ab Beginn des Kalendermonats, der der Ausstellung des Einkommenssteuerbescheids durch das Finanzamt, aus dem das geänderte Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens hervorgeht, folgt. Eine Wartezeit im Sinne des Abs. 4 besteht bei Wechsel der Tarifgruppe nicht. Eine Herabstufung unter die niedrigste Tarifgruppe ist ausgeschlossen.

(18) Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt für die Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V in den Tarifen:

1. MOBIL 1 6,90 Euro,
2. MOBIL 2 12,00 Euro,
3. MOBIL 3 17,10 Euro,
4. MOBIL 4 23,40 Euro,
5. MOBIL 5 27,30 Euro,
6. MOBIL 6 32,40 Euro.

Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt für die Mitglieder nach § 46 Satz 4 SGB V in den Tarifen:

1. MOBIL 1 6,00 Euro,
2. MOBIL 2 10,80 Euro,
3. MOBIL 3 15,60 Euro,
4. MOBIL 4 21,30 Euro.

(19) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Mobil Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich gemäß Abs. 20. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach Abs. 17 ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe zu zahlen.

(20) Die monatliche Prämie nach Abs. 18 wird mit den Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung entsprechend fällig (vgl. Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler). Die Prämie ist auch für die Dauer des Bezugs von Krankengeld und sonstigen Entgeltersatzleistungen zu zahlen. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Mobil Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

(21) Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

(22) Die Anwendung der Beitragspflicht auf das Krankengeld nach diesem Tarif findet analog der Beitragspflicht des Krankengeldes nach SGB V statt. Anspruchsberechtigte Mitglieder nach Abs. 3 werden für den Zeitraum des Bezuges von Krankengeld nach diesem Tarif beitragsfrei nach § 224 Abs. 1 Satz 1 SGB V gestellt. Die Beitragsfreiheit bezieht sich nur auf das Krankengeld.

(23) Eine vollständige oder teilweise Rückgewährung der gezahlten Prämie bei Leistungsfreiheit nach diesem Tarif erfolgt nicht.

§ 11i Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die 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 (§ 167 SGB IX) sind.

- (2) Die Mobil Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

§ 11j Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Abs. 2 Satz 2 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers
1. zur Bewegungsförderung der Beschäftigten,
 2. zur gesundheitsgerechten Ernährung der Beschäftigten im Arbeitsalltag,
 3. zur verhaltensbezogenen Suchtprävention im Betrieb oder
 4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- vollständig teilnehmen. Die Mobil Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 11i Abs. 2 ab.
- (2) Der Bonus wird dem Versicherten als Geldbonus in Höhe von 50,00 Euro ausgezahlt, wenn bis zum 31.03. des Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme nachgewiesen wurden und die Mitgliedschaft während des gesamten zurückliegenden Jahres bestand. Der Bonus wird bei Nachweis der vollständigen Teilnahme an jedem weiteren Angebot nach Abs.1 um jeweils 25,00 Euro für bis zu maximal zwei weitere Maßnahmen aufgestockt.

§ 11k unbesetzt

§ 11l Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die Mobil 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 hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) 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.

§ 12 Kooperation mit der PKV

Die Mobil Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 13 Aufsicht

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

§ 14 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 15 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Mobil Betriebskrankenkasse werden auf der Internetseite www.mobil-krankenkasse.de öffentlich bekanntgemacht. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Die „öffentliche Zustellung“ nach dem Verwaltungszustellungsgesetz erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung in den Räumen am Sitz der Mobil Betriebskrankenkasse. Die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung beträgt zwei Wochen. Auf der Anordnung sind der Tag des Anheftens, die Bekanntmachungsfrist der Benachrichtigung und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 16 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

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

Artikel II

Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 01.01.2014 in Kraft.

München, den 31.10.2013

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrats der
HypoVereinsbank Betriebskrankenkasse

Die stellvertretende Vorsitzende
des Verwaltungsrats der
HypoVereinsbank Betriebskrankenkasse

gez. J.-U. Wächter
J.-U. Wächter

gez. S. Wolf
S. Wolf

Celle, den 01.11.2013

Der Vorsitzende
des Verwaltungsrats der
Betriebskrankenkasse Mobil Oil

Der stellvertretende Vorsitzende
des Verwaltungsrats der
Betriebskrankenkasse Mobil Oil

gez. U. Thom
U. Thom

gez. J. Jelden
J. Jelden

Anlage zu § 2 der Satzung

Richtlinie gemäß § 41 SGB IV über die Entschädigung der Organmitglieder der Mobil Betriebskrankenkasse

Von der Mobil Betriebskrankenkasse erhalten die Mitglieder des Verwaltungsrates für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschusssitzungen folgende Entschädigungen:

- (1) Ersatz der tatsächlich entstandenen, notwendigen Kosten (Barauslagen) für die Hin- und Rückreise sowie die nachgewiesenen, notwendigen Nebenkosten (Auslagen für die Fahrt von der und zur Bahn, Gepäckbeförderung usw.). Dabei werden gewährt:
 - a) die Kosten für die Benutzung der 1. Klasse der Eisenbahn bzw. die Kosten für die Benutzung anderer öffentlicher regelmäßig verkehrender Verkehrsmittel (ggf. bei Flug: Economy-Touristenklasse);
 - b) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges als Auslagenersatz eine Wegstreckenentschädigung je Kilometer in der durch § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetz (BRKG) bestimmten Höhe in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Tagegelder nach § 6 BRKG zur Abgeltung der Verpflegungsmehraufwendungen für eine Zeit der Abwesenheit vom Wohnort bzw. von der Arbeitsstelle
 - a) von mehr als 8 Stunden 14,00 Euro,
 - b) von mindestens 24 Stunden 28,00 Euroals eine gesetzliche steuer- und beitragsfreie Pauschale.
- (3) Bei den Sitzungen des Verwaltungsrates und deren Ausschüsse werden den Organmitgliedern auf Kosten der Mobil Betriebskrankenkasse kostenlos Getränke und ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt. Die Kosten hierfür übersteigen 80 v. H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Abs. 4a des EStG nicht.
- (4) Übernachtungskosten werden in effektiver Höhe in angemessenem Rahmen gegen Originalbeleg erstattet, maximal begrenzt durch die Regelungen des § 7 BRKG. Findet eine Sitzung am normalen Arbeitsort eines Organmitglieds statt, entfällt die Erstattung der unter Ziffer 1, 2 und 3 genannten Entschädigungen.
- (5) Den Mitgliedern des Verwaltungsrates mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gemäß § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleG.
- (6) Einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 79,00 Euro je Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung für Abgeltung des regelmäßig außerhalb der Arbeitszeit erforderlichen Zeitaufwands, insbesondere für die Vorbereitung der Sitzungen. Virtuelle oder hybride Sitzungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.
- (7) Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tag kann für jeden Kalendertag jedoch insgesamt nur eine Abgeltung nach Nummern 1-4 gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Krankenkassen- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.
- (8) Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen den 7-fachen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand. Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen 75 Prozent für Zeitaufwand.

- (9) Die dem Vorsitzenden für seine Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen mit Ausnahme von Reisekosten werden durch einen Pauschbetrag ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten. Der Pauschbetrag darf die regelmäßig entstehenden Ausgaben nicht übersteigen. Der Pauschbetrag beträgt für den Vorsitzenden 68,00 Euro monatlich.
Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält diesen Pauschbetrag in Höhe von 75 Prozent für seine Auslagen.
- (10) Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

Anlage zu § 11 der Satzung

Orthopädische Indikationen

MDC 08: Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
Ausgenommen hiervon sind geplante Eingriffe, welche vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) gemäß § 27b Abs. 2 Satz 1 SGB V aufgenommen wurden.

Anlage 1 zu § 11f der Satzung

Teilnahmebedingungen nach § 11f der Satzung – Mobil Betriebskrankenkasse - Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

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

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind grundsätzlich alle Mobil Betriebskrankenkasse-Versicherten. 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.

2. Beginn und Ende der Teilnahme

Der Teilnahmezeitraum entspricht dem Kalenderjahr. Die Teilnahme ist vom Versicherten durch das Einreichen des Bonusheftes bei der Mobil Betriebskrankenkasse innerhalb des Teilnahmezeitraums bzw. einer Nachreichfrist von drei Monaten zu erklären. Mit dem Ende der Versicherung bei der Mobil Betriebskrankenkasse endet zeitgleich auch die Teilnahme am Bonusprogramm.

3. Bonus

Die Teilnehmer erhalten den Bonus für

- a) die Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V, Zahnvorsorge nach den §§ 22, 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V oder
- b) die Inanspruchnahme von Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder
- c) die regelmäßige Inanspruchnahme von qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention nach § 20 SGB V in Verbindung mit § 10a dieser Satzung und dem Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes oder anderen qualitätsgesicherten von der Mobil Betriebskrankenkasse anerkannten Maßnahmen der Primärprävention.

Für Maßnahmen außerhalb des Teilnahmezeitraums kann kein Bonus erworben werden. Näheres ergibt sich aus dem Maßnahmenkatalog nach § 11f dieser Satzung (Anlage 2 zu § 11f dieser Satzung) und dem Bonusheft.

4. Bonusmodelle

Für Versicherte gelten die Bonusprogramme nach Buchstabe a) und b). Alternativ können die Teilnehmer das Bonusmodell nach Buchstabe c) wählen. Der Übertrag einzelner Maßnahmen oder des erreichten Bonus auf andere Teilnehmer oder in das Folgejahr ist nicht möglich. Können bonifizierbare Maßnahmen in unterschiedlichen Bonusprogrammen der Mobil Betriebskrankenkasse bonifiziert werden, so werden diese jeweils nur in einem Bonusprogramm anerkannt. In diesem Fall wählt der Teilnehmer, für welches Bonusprogramm er die Maßnahmen bonifiziert haben möchte.

a) Vorsorgebonus nach § 65a Abs. 1 SGB V

Teilnehmer erhalten einen Bonus, wenn sie mindestens eine Maßnahme nach Anlage 2 Nr. 1 und 2 zu § 11f einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

- aa) Der jährliche Bonus für Teilnehmer ab Vollendung des 18. Lebensjahres beträgt für jede nachgewiesene Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahme 5,00 Euro. Bei vollständigem Nachweis der für das jeweilige Versichertenalter empfohlenen Maßnahmen erhöht sich der Vorsorgebonus auf insgesamt 25,00 Euro. Nicht jährlich zu

erbringende Maßnahmen gelten dabei als erfüllt, sofern die letzte Maßnahme nicht länger zurückliegt als empfohlen.

- bb) Für Teilnehmer bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beträgt der jährliche Bonus für den Nachweis der altersrelevanten Früherkennungsuntersuchung und der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung jeweils 25,00 Euro.
- cc) Teilnehmer erhalten einen Bonus für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V und § 10 Abs. 6 der Satzung. Der jährliche Bonus beträgt 25,00 Euro für eine nachgewiesene Schutzimpfung, die zum Erreichen oder zur Wiederherstellung einer vollständigen Immunisierung führt. Der Bonus erhöht sich um weitere 5,00 Euro für jede weitere vollständige Immunisierung im jeweiligen Bonuszeitraum. Schutzimpfungen mit einem Kombinationsimpfstoff gelten als eine Schutzimpfung.
- b) Gesundheitsbonus nach § 65a Abs. 1a SGB V
Teilnehmer erhalten einen Bonus, wenn sie mindestens eine Maßnahme nach Anlage 2 Nr. 3 zu § 11f einmal innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.
- aa) Für Teilnehmer ab Vollendung des 18. Lebensjahres beträgt der jährliche Bonus jeweils 25,00 für den Nachweis
- eines Präventions-/Gesundheitskurses nach § 20 SGB V und
 - einer anderen qualitätsgesicherten Maßnahme zur Prävention.
- bb) Für Teilnehmer bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beträgt der jährliche Bonus 25,00 Euro für den Nachweis
- eines Präventions-/Gesundheitskurses nach § 20 SGB V oder
 - einer anderen qualitätsgesicherten Maßnahme zur Prävention.
- c) Aktiv-Konto
Dieser Bonus erhöht die Boni nach Buchstabe a) und b) auf das 2-fache. Er wird ausschließlich als Zuschuss zu den Kosten für durch den Teilnehmer in Anspruch genommene Leistungen nach Anlage 3 zu § 11f dieser Satzung gezahlt. Der Bonusanspruch entsteht erst nach Vorlage der Rechnungen. Bei Kosten unterhalb der 2-fachen Höhe werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.
- d) Sonderbonus zur Aktivierung des gesundheitsbewussten Verhaltens
Zusätzlich zu den Boni nach Buchstabe a) und b) bzw. c) erhalten Versicherte 100,00 Euro bei erstmaliger Teilnahme am Bonusprogramm. Die Teilnahme gilt als erstmalig, sofern in den letzten fünf abgeschlossenen Kalenderjahren vor dem in der Anlage 1 Nr. 2 zu § 11f der Satzung genannten Zeitraum kein Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten gezahlt wurde.

5. Nachweis

Die Bestätigung der Maßnahmen erfolgt durch den Arzt oder andere Leistungserbringer im Bonusheft. Bei Verlust des Bonusheftes bzw. der Teilnahmebestätigung ist der Nachweis auf andere von der Mobil Betriebskrankenkasse jeweils vorgegebene Art und Weise zu erbringen. Die Kosten für Nachweise werden von der Mobil Betriebskrankenkasse nicht übernommen.

Mit dem Einreichen des Bonusheftes erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten im jeweiligen Teilnahmezeitraum für beendet; weitere Maßnahmen werden nicht berücksichtigt. Die Prüfung der eingereichten Maßnahmen erfolgt anhand der Qualitätskriterien der Mobil Betriebskrankenkasse.

6. Verfall des Bonusanspruchs

Werden die Maßnahmen nach Anlage 2 zu § 11f dieser Satzung nicht bis spätestens drei Monate nach Ablauf des Teilnahmejahres nachgewiesen, entsteht kein Anspruch auf einen Bonus.

Für das Bonusmodell nach Ziffer 4, Buchstabe c) gilt zusätzlich: Die Kosten für durch den Teilnehmer in Anspruch genommene Leistungen nach Anlage 3 zu § 11f dieser Satzung sind unmittelbar mit dem Einreichen des Bonushefts nachzuweisen. Ein nachträglicher Anspruch auf nicht in Anspruch genommenen Bonus besteht nicht.

7. Beendigung des Bonusprogramms

Die Mobil Betriebskrankenkasse behält sich die Beendigung des Bonusprogramms vor. Dies gilt auch für den Fall gesetzlicher Änderungen oder einer Weisung zur Einstellung des Bonusprogramms durch die Aufsichtsbehörde der Mobil Betriebskrankenkasse. Die bis zum Ende des Bonusprogramms gesammelten Maßnahmen können innerhalb von drei Monaten eingelöst werden.

Anlage 2 zu § 11f der Satzung

Maßnahmenkatalog nach § 11f der Satzung – Mobil Betriebskrankenkasse - Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

1. Früherkennung und Vorsorge (§§ 25, 25a und 26 SGB V)

- Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung
- Gesundheits-Check-up
- Kinderfrüherkennungsuntersuchung entsprechend der Kinder-Richtlinien
- Jugendgesundheitsuntersuchung J1
- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung

2. Schutzimpfungen (§ 20i SGB V)

3. Gesundheitskurse zur Primärprävention (§ 20 SGB V, § 10a der Satzung, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes) und weitere Prävention

- Gesundheitskurse i. S. des § 20 SGB V
 - Bewegung
 - Gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion
 - Stressbewältigung oder Entspannung
 - Gewaltprävention in Kitas oder Schulen
 - Suchtmittelkonsum
- weitere qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahmen, nachzuweisen durch wahlweise
 - Aktive Mitgliedschaft im Sportverein
 - Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio (ab 12 Jahren)
 - Baby-Schwimmkurs
 - Eltern-Kind-Turnen
 - Aktive Teilnahme an Sportveranstaltungen, bei denen eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht, unter qualifizierter Leitung, z. B. durch zertifizierte Übungsleiter und bei denen eine entsprechende Vorbereitung erfolgte
 - Settingbezogene Gesundheitsförderung in einer Kindertagesstätte oder Schule gemäß § 20 SGB V

Anlage 3 zu § 11f der Satzung

Katalog der Zuschussleistungen nach § 11f der Satzung – Mobil Betriebskrankenkasse – Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten - Aktiv-Konto

Versicherte, die das Bonusmodell Aktiv-Konto gewählt haben, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen, sofern diese auf den jeweiligen Teilnahmezeitraum entfallen. Dies gilt nur, sofern die Mobil Betriebskrankenkasse nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist. Gesetzliche Zuzahlungen sind von dem Zuschuss ausgenommen.

- Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
- Erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z. B. Fissurenversiegelung, Funktionsanalyse)
- Medizinische Leistungen durch qualifizierte Leistungserbringer, insbesondere
 - Akupunktur
 - Geburtsvorbereitende Akupunktur
 - Künstliche Befruchtung
 - Zusatzdiagnostik zur Vorsorge in der Schwangerschaft
 - Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen (z.B. Ultraschall zur Krebsfrüherkennung, Sono-Check, M2-PK Stuhltest, Bestimmung HbA1c-Wert zur Diabetes-Vorsorge, Gesundheitsleistung laut IGeL-Monitor)
 - Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (ausgenommen Osteopathie)
 - Anthroposophische Heilmittel (z.B. Heileurythmie)
 - Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
 - Wunschwollnarkose
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
- Private Kranken- und Pflegezusatzversicherungsverträge
- Mitgliedschaft im Sportverein oder Fitnessstudio
- Sport- und Fitnessausrüstung
- Sehtest
- Mund-Nasenschutz
- Erste-Hilfe-Kurs