BKK ProVita

Die Krankenkasse fürs Leben

Satzung

der

BKK ProVita

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand: 10.09.2026

Die BKK ProVita möchte Sie darauf hinweisen, dass die in dieser Satzung enthaltenen personen- bzw. funktionsbezogenen Begriffe geschlechterneutral zu verstehen sind, auch wenn – den allgemeinen Gepflogenheiten entsprechenden – maskuline Bezeichnungen verwendet werden.

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung:

A Verfassung
§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse
§ 2 Verwaltungsrat
§ 2 a Festlegung der Stimmenzahl für Wahlberechtigte, die zur Gruppe der Arbeitgeber gehören
§ 3 Vorstand
§ 4 Widerspruchsausschuss

B Mitgliedschaft
§ 5 Kreis der versicherten Personen
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

C Aufbringung der Mittel
§ 7 Aufbringung der Mittel
§ 8 Bemessung der Beiträge

D Wahltarife
§ 8 a Wahltarif Prämienzahlung (aufgehoben zum 31.12.2017)
§ 8 b Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen
§ 8 c Wahltarife Krankengeld (ab 01.08.2009)

E Beiträge
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
§ 10 Fälligkeit der Beiträge
§ 10 a Erhebung von Beitragsvorschüssen
§ 10 b Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V

F Rücklage
§ 11 Höhe der Rücklage

G Leistungen
§ 12 Leistungen
§ 12a Zusätzliche Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V
§ 12b Primärprävention
§ 12 c Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten
§ 12 d Leistungsausschluss
§ 12 e Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz
§ 12 f Wahltarif Selbstbehalt
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
§ 13 a derzeit unbesetzt
§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
§ 13 c derzeit unbesetzt
§ 13 d Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 13 e Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
§ 14 Kooperation mit der PKV

H Sonstiges
§ 15 Aufsicht
§ 16 Mitgliedschaft zum Landesverband
§ 17 Bekanntmachungen
§ 18 Ausgleichsverfahren

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel III

Anlage zur Satzung
Ausgleichsverfahren

Anlage zu § 2 der Satzung
Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates

Anlage 1 – 3 zu § 13 b
Gemeinsame Teilnahmebedingungen des Bonusprogramms

Artikel I

A Verfassung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

(1) Die BKK ProVita ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

BKK ProVita.

Sie ist durch Vereinigung der ehemaligen Betriebskrankenkassen Die Persönliche BKK, BKK A.T.U, enercity|BKK Stadtwerke Hannover AG, der BKK Schott-Rohrglas, der BETRIEBSKRANKENKASSE DER SCHWESTERNSCHAFT MÜNCHEN VOM BAYERISCHEN ROTEN KREUZ und der BKK family am 01.01.2016 entstanden.

Die BKK ProVita hat ihren Sitz in Bergkirchen.

(2) Der Bezirk der BKK ProVita erstreckt sich auf die Betriebe

Rhein Papier GmbH
Nicolausstraße 7, 94447 Plattling,

AGROB BUCHTAL Solar Ceramics GmbH
Servaisstraße 9, 53347 Alfter-Witterschlick

Deutsche Steinzeug Solar Ceramics GmbH
Servaisstraße 9 - 11, 53347 Alfter-Witterschlick

SAINT-GOBAIN IndustrieKeramik Rödental GmbH
Oeslauer Straße 35, 96472 Rödental,

Sanitärtechnik Eisenberg GmbH
In der Wiesen 8, 07607 Eisenberg,

H. C. Stark GmbH
Im Schleeke 78 – 91, 38642 Goslar,

Rieter Ingolstadt GmbH
Friedrich- Ebert- Str. 84, 85055 Ingolstadt,

Schubert & Salzer GmbH
Bunsenstraße 38, 85053 Ingolstadt,

Schubert & Salzer Control Systems GmbH
Bunsenstraße 38, 85053 Ingolstadt,

Schubert & Salzer Data GmbH
Bunsenstraße 38, 85053 Ingolstadt,

Schubert & Salzer Feinguß Lobenstein GmbH
Poststraße 31, 07356 Bad Lobenstein,

Eisenwerk Erla GmbH
Gießereistraße 1, 08340 Schwarzenberg/Erzgeb. OT Erla,

GF Casting Solutions Leipzig GmbH
Georg-Fischer-Straße 02, 04249 Leipzig,

OECHSLER AG
Matthias-Oechsler-Straße 9, 91522 Ansbach,

Werkzeugmaschinenfabrik WALDRICH COBURG GmbH
Hahnweg 116, 96450 Coburg,

enercity AG
Glockseeplatz 1, 30169 Hannover,

Hahnemühle FineArt GmbH
Hahnestraße 3, 37586 Dassel,

A.T.U Auto- Teile- Unger GmbH & Co. KG
Dr.-Kilian-Straße 11, 92637 Weiden
sowie auf alle Niederlassungen und Filialen im gesamten Bundesgebiet,

SCHOTT AG, Standort Mitterteich
Erich-Schott-Straße 14, 95666 Mitterteich,

das Mutterhaus der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz

Didier-Werke AG
Hauptverwaltung Wiesbaden
Hagenauer Straße 53 – 55a, 65203 Wiesbaden
Werk Mainzlar
Werk Marktredwitz
Werk Niederdollendorf, Königswinter,

Dinova Verwaltungs GmbH
Sandweg 15, 55543 Bad Kreuznach,

DSB Säurebau GmbH
Bachstraße 38, 5369 Königswinter,
darüber hinaus nach §§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 und Satz 2 SGB V auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

(1) 1. Das Selbstverwaltungsorgan der BKK ProVita 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 ab 01.01.2016.

(2) Dem Verwaltungsrat der BKK ProVita gehören als Mitglieder 12 Versichertenvertreter und 12 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

(3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der BKK ProVita, sowie in den übrigen durch Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

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

2. den Haushaltsplan festzustellen,

3. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung. Der Verwaltungsrat beschließt über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung.

4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,

5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,

6. den Vorstand zu überwachen,

7. die Betriebskrankenkasse durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates gegenüber dem Vorstand zu vertreten.

8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,

9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

(4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

(6) 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.

(7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.

(8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.
Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(9) Sitzungen des Verwaltungsrats können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzung). 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 Aufsuchung des Sitzungsortes zu ermöglichen.

In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrats digital (digitale Sitzung) stattfinden. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats stellt den Ausnahmefall nach Satz 5 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 BKK ProVita liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrats und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats der Feststellung widerspricht. Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten. Bei öffentlichen, digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

(10) In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats 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 BKK ProVita liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

(11) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über die Jahresrechnung und den Haushaltsplan ist ausgeschlossen. Darüber hinaus kann der Verwaltungsrat aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z. B. das Vorliegen einer Pandemie. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

(12) Das Vertretungsrecht des Verwaltungsrates gegenüber dem Vorstand nach § 33 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB IV wird gemeinsam durch die Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt.

§ 2 a Festlegung der Stimmenzahl für Wahlberechtigte, die zur Gruppe der Arbeitgeber gehören

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, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen bis zur Höchstzahl von 400 Stimmen. Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

§ 3 Vorstand

(1) Dem Vorstand der BKK ProVita gehört ein Mitglied an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3) Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,

2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,

3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,

4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten.

5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen.

6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen.

7. eine Kassenordnung aufzustellen,

8. die Beiträge einzuziehen,

9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen

(4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

(1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 85232 Bergkirchen.

(2)

1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der BKK ProVita.

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat mindestens einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird 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. 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.

5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung.

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

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn er ordnungsgemäß einberufen und die Mitglieder des Widerspruchsausschusses oder ihre Stellvertreter anwesend sind. Die Beschlussfähigkeit ist vom Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses festzustellen.

8. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzung stattfinden (hybride Sitzung). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen des Widerspruchsausschusses. In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkung, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses digital stattfinden (digitale Sitzung). Der oder die Vorsitzende des Widerspruchs-ausschusses stellt den Ausnahmefall nach Absatz 2 Nr. 8 Satz 4 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 BKK ProVita liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsschusses der Feststellung widerspricht. Der Widerspruch ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Feststellung des Ausnahmefalls in Textform an die oder den Vorsitzenden zu richten.

9. In hybriden und digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die 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 BKK ProVita liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

10. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

11. Abweichend von Nummer 7 kann der Widerspruchsausschuss in eiligen Fällen oder bei Vorliegen eines wichtigen Grundes ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Dies gilt nicht, wenn mindestens ein Mitglied der schriftlichen Abstimmung widerspricht. Als wichtiger Grund gilt zum Beispiel das Vorliegen einer Pandemie.

(3) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung

(4) 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 OWiG wahr.

B Mitgliedschaft

§ 5 Kreis der versicherten Personen

(1) Zum Kreis der bei der BKK ProVita versicherten Personen gehören

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,

2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

(2) Nach § 9 Absatz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der BKK ProVita nur dann beitreten, wenn sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Familienversicherte
Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.

C Aufbringung der Mittel

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der BKK ProVita werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

D Wahltarife

§ 8 a

zurzeit nicht besetzt (Wahltarif Prämienzahlung zum 31.12.2017 aufgehoben)

§ 8 b Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

I. Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

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

(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

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

II. Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

(1) Die BKK ProVita führt im Rahmen von § 137 f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

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

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

III. Wahltarif besondere Versorgung

(1) Die BKK ProVita bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140 a SGB V. 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.

(1) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über

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

§ 8 c Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

(1) Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben und am Tag der Teilnahmeerklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersrente erreicht haben, können diese Tarife nur wählen, wenn sie

- in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder
- mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
- unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf Monate

entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Im Rahmen dieses Tarifs wird für die in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK ProVita an den Teilnehmer ausgezahlt wird.

Anspruch

(2) Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Betriebskrankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Absatz 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Absatz 4 SGB V, § 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der 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 Absatz 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

(3) Der Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des jeweiligen Tarifs (Wartezeit). Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum 100. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des jeweiligen Tarifes liegt.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des jeweiligen 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 festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit. Für Mitglieder, die nach Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist einen sich anschließenden Tarif wählen (Absatz 14), besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn sich der Tarif nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt.

(4) Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

(5) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

(6) Der Anspruch auf Krankengeld endet

1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit zu dem in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreis,
2. mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 1 SGB V genannten Leistung; 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 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
4. mit Wirksamwerden der Kündigung des jeweiligen Tarifs nach Absatz 15 oder 16
5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,
6. mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters für eine Regelaltersrente (oder dem Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 235 SGB VI), wenn das Mitglied nicht

- in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert war oder
- unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens zwölf 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.

Höhe

(7) Die Höhe des Krankengeldes können

1. die in § 53 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Absatz 1 Satz 1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der BKK ProVita eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/ Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen,

2. die nach KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied verpflichtet sich, der BKK ProVita eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/ Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

(8) Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommens-steuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuzeigen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

(9) Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 4 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.

Dauer

(10) Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum 100. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer).

Sofern im letzten drei Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neues drei Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen 17 oder 18 unbeachtlich.

(11) Abweichend von Absatz 10 besteht bei Mitgliedern nach § 53 Absatz 6 SGB V, die einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V haben, nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

Ruhen

(12) Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz 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 zwei Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

(13) Die §§ 16, 18 Absatz 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.

Wahl/Beginn/Laufzeit

(14) Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.
Bis zum Beginn der Laufzeit der Tarife kann die Wahl schriftlich widerrufen werden. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl der Tarife und löst eine neue dreijährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

(15) Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens drei Kalendermonate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz 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. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt

des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienerhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Wechsel

(17) Ein Wechsel unter den verschiedenen Wahltarifkrankengeldstufen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Wahltarifkrankengeldstufe ist – vorbehaltlich Absatz 18 – höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe eine Wartezeit von drei Kalendermonaten. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe nach diesem Absatz oder Absatz 18 werden für vor dem Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Wahltarifkrankengeldstufe abgeleitet.

(18) Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen nach Absatz 8 die in Absatz 7 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt; erfolgt die Feststellung während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, gilt die neue Wahltarifkrankengeldstufe ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 3 oder 17 besteht in diesen Fällen nicht.

Prämien

(19)

1. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt für Mitglieder nach § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 SGB V

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

2. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten i. S. v. § 53 Absatz 6 S. 1 SGB V

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

(20) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Wahltarifkrankengeldstufen nach den Absätzen 17 oder 18 ist die aus der neuen Wahltarifkrankengeldstufe zu entrichtenden Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Wahltarifkrankengeldstufe zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien und Mahngebühren mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Absatz 2 SGB I.

(21) Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs. Sofern über das Ende des Tarifs hinaus Prämien entrichtet wurden, sind diese von der Betriebskrankenkasse zurück zu zahlen.

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

(23) Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien gemäß § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

(24) Versicherten, die bei Inkrafttreten der Neuregelungen in § 8c ein Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 8c der Satzung der BKK ProVita in der bis zum 31.12.2020 geltenden Fassung beziehen, wird das Krankengeld bis zum Ende der laufenden Arbeitsunfähigkeit (höchstens für 78 Wochen) weitergezahlt.

E Beiträge

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die BKK ProVita erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,79 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

(1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

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

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

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

§ 10 a Erhebung von Beitragsvorschüssen

(1) Die BKK ProVita kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern,

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

(2) Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für je 3 Monate gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

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

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

F Rücklage

§ 11 Höhe der Rücklage

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

G Leistungen

§ 12 Leistungen

(1) **Allgemeiner Leistungsumfang**

Die Versicherten der BKK ProVita erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von 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 bis 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**

1. 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 längstens für 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat erbracht.
2. Voraussetzung ist, dass
   a) Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und
   b) keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Die Dauer ist auf 6 Wochen je Krankheitsfall, maximal für die Dauer der Behandlungspflege begrenzt.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

(3) **Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit**

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v.H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v.H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

(4) **Kostenerstattung**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die BKK ProVita vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenerstattung und eine eventuelle Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung, sofern er mindestens ein Kalendervierteljahr teilgenommen hat, jederzeit beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zeitpunkt, mit dem die BKK ProVita davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.

5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK ProVita bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK ProVita bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40,00 EUR für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem andren Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die BKK ProVita die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK ProVita in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

(5) **Kostenerstattung Wahlarzneimittel**

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
   a) als dasjenige, für das die BKK ProVita eine Vereinbarung nach § 130 a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
   b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre.
   Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK ProVita bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

2. Grundlage für die Berechnung des Erstattungsbetrages für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist der Apothekenverkaufspreis des abgegebenen Arzneimittels unter Berücksichtigung der geltenden Festbetragsregelung.
   Der Erstattungsbetrag ist um 32 v. H. als Abschlag für die der BKK ProVita entgangenen Rabatte aus den Rabattverträgen nach § 130 a Abs. 8 SGB V und um 3 v. H. für Verwaltungskosten zu kürzen. Für Arzneimittel, die nicht den Rabattverträgen nach § 130 a Abs. 8 SGB V unterliegen, beträgt der Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zum Durchschnittspreis der vier preisgünstigsten Arzneimittel 12 v. H. sowie 3 v. H. für Verwaltungskosten.
3. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Einzelfall abzuziehen. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.

§ 12 a Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

(1) Die BKK ProVita stellt ihren Versicherten zusätzliche Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V zur Verfügung. Nehmen die Versicherten Leistungen nach § 12a Abs. 2 und 3 sowie § 12c dieser Satzung in Anspruch, ist der Gesamtbetrag der Kostenübernahme auf insgesamt maximal 500 Euro je Versicherten im Kalenderjahr begrenzt.

(2) **Osteopathie**

Versicherte der BKK ProVita können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen wurde. Voraussetzung ist ferner, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt oder Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist. Die BKK ProVita erstattet 100 Prozent des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch 150 Euro je Kalenderjahr und Versicherten. Die BKK ProVita erstattet 100 Prozent des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch 250 Euro je Kalenderjahr für Versicherte, wenn diese die Leistungen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres in Anspruch genommen haben.

Die tatsächlich entstandenen Kosten sind durch Rechnungsbelege nachzuweisen.

(3) **Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)**

1. Die BKK ProVita erstattet ihren Versicherten auf Antrag hin Kosten für ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie sofern deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Arzneimittel in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden.
2. Von der Versorgung nach Nummer 1 ausgenommen sind Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1, Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bleibt unberührt.
3. Die BKK ProVita erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Nummer 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 160 Euro je Kalenderjahr und Versicherten und höchstens 250 Euro je Kalenderjahr für Versicherte, wenn diese die Leistungen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres in Anspruch genommen haben. Zur Erstattung sind die Rechnungen der Leistungserbringer und die ärztliche Verordnung einzureichen.

(4) **Zusätzliche Leistungen für Schwangere und Mütter bis zum vollendeten 1. Lebensjahr ihres Kindes**

Die BKK ProVita erstattet über die gesetzlich geregelten Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen Kosten für folgende durchgeführte Leistungen:

1. Arzneimittel

Die BKK ProVita erstattet ihren Versicherten während der Schwangerschaft die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Jodid, Magnesium und Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate. Die BKK ProVita erstattet Müttern darüber hinaus von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat. Die Erstattung von Nahrungsergänzungsmitteln mit Jodid, Eisen, Magnesium oder Folsäure ist ausgeschlossen. Die BKK ProVita erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel in voller Höhe. Erstattungsfähig sind die pro Arzneimittel tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern das Arzneimittel ärztlich auf Privatrezept verordnet und von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wurde. Zur Erstattung sind die Rechnungen der Leistungserbringer und die ärztliche Verordnung einzureichen. Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht

erfasst, die vom G-BA oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7 bis 9 SGB V ausgeschlossen sind. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) bleibt unberührt.

2. Partner-Geburtsvorbereitungskurs

Die BKK ProVita erstattet die Kosten der Teilnahme an einem von Hebammen durchgeführten Partner-Geburtsvorbereitungskurs für den Partner der werdenden Mutter in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Voraussetzung ist, dass die Hebammen gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt sind. Zur Erstattung ist der BKK ProVita die spezifizierte Rechnung vorzulegen.

3. Rufbereitschaft Hebammen

Versicherte schwangere Frauen haben vor der Entbindung Anspruch auf eine Hebammenrufbereitschaft ab der 38. Schwangerschaftswoche. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134 a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der BKK ProVita die Rechnung für die Rufbereitschaft vorzulegen.

4. Zusätzliche Leistungen und Untersuchungen in der Schwangerschaft

Die BKK ProVita beteiligt sich im Einzelfall mit einem Zuschuss an den folgenden 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. Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.
b. Feststellung der Antikörper auf Hepatitis C für Schwangere bis Vollendung des 35. Lebensjahres, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind.
c. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
d. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
e. 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.
f. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. – 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt einer Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
g. Großer oraler Glukosetoleranztest (75-g Glukosetoleranztest) zwischen der 24. und 27. Schwangerschaftswoche für schwangere Versicherte, die aufgrund familiärer Vorbelastungen, Vorerkrankungen oder Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas ein erhöhtes Risiko für einen Gestationsdiabetes mellitus aufweisen (gemäß der aktuellen S3-Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aus dem Jahr 2018).
h. RSV-Impfung der Schwangeren ab der 32. Schwangerschaftswoche (§ 20 i Absatz 2 SGB V).

Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Es darf sich nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln.

Die BKK ProVita erstattet die Kosten nach den Nummern 1 – 4 in tatsächlicher Höhe, maximal jedoch bis zu einem Betrag in Höhe von insgesamt 750 Euro je Schwangerschaft. Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

(5) **Brustkrebsuntersuchung**

1. Die BKK ProVita übernimmt einmalig im Kalenderjahr über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus die Kosten für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde oder sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucher (MTU). Eine solche Brustkrebsuntersuchung kann sowohl Abtastungen und Inspektionen wie auch die Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung umfassen. Die Kostenübernahme erfolgt unter folgenden Voraussetzungen:

   a) Die Untersuchung wird von einem Facharzt für Frauenheilkunde veranlasst.

   b) Die Versicherten weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach.

2. Die BKK ProVita stellt ihren Versicherten die Leistung kostenfrei als Sachleistung zur Verfügung. Sofern Versicherte die unter Nummer 1 aufgeführte Behandlung unter Erfüllung der genannten Voraussetzungen selbst bezahlen mussten, erstattet die BKK ProVita die Kosten bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 80 Euro.

(6) **Kieferorthopädische Leistungen**

Die BKK ProVita beteiligt sich zur Sicherung des Behandlungsergebnisses einer gemäß §§ 28, 29 SGB V in Anspruch genommenen kieferorthopädischen Behandlung an deren Kosten, soweit diesbezüglich eine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht und die Versicherten bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Hierunter fallen die vom Versicherten zu tragenden Mehrkosten für Mehrleistungen gem. § 29 Absatz 5 SGB V i. V. mit dem Katalog kieferorthopädischer Mehrleistungen und Zusatzleistungen nach § 29 Absatz 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie die Kosten für Retainer, soweit diese nicht der Regelleistung unterfallen.

Voraussetzung für eine Beteiligung an den Kosten ist, dass die Behandlung durch einen zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgt. Die Kostenbeteiligung erfolgt einmalig bei Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung in Höhe der tatsächlichen Kosten bis zu einem Betrag von 500 Euro. Zur Erstattung sind die Rechnungen vorzulegen. Eine Kostenbeteiligung entfällt soweit ein anderweitiger Leistungsanspruch besteht oder wenn es sich um kosmetische Kosten handelt.

(7) Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

1. Über die gesetzlichen Regelungen hinaus beteiligt sich die BKK ProVita auf der Basis von § 11 Absatz 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 (z. B. Gelenkbeschwerden, Übergewicht, Bluthochdruck, Atemwegserkrankungen oder Diabetes mellitus) vorliegen.
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 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird.
4. Der Zuschuss der BKK ProVita beträgt 60 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 und 120 Euro pro Behandlung nach Absatz 1 und 2 zusammen, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

§ 12 b Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK ProVita auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a und 20b SGB V in der jeweils Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem

- Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach „§ 20a SGB V)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V)
- Individuellen Ansatz (verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V) mit folgenden Handlungsfeldern:

1. Bewegungsgewohnheiten:
   a. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
   b. Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignet verhalten- 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. risikoarmer Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums

Leistungen, die von der BKK ProVita selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 1/15 der monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro je Kalenderjahr, gewährt. Abweichend davon wird für Versicherte ab 6 Jahre bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ein Finanzierungszuschuss in Höhe von 100% der entstandenen Kosten, maximal 1/15 der monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro je Kalenderjahr gewährt.
Die BKK ProVita darf maximal zwei Maßnahmen pro Versicherten je Kalenderjahr fördern. Die Begrenzung betrifft sowohl die von der BKK ProVita selbst erbrachten als auch die von Fremdanbietern durchgeführten Maßnahmen.

§ 12 c Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

Über den gesetzlichen Anspruch nach § 20 i SGB V hinaus erbringt die BKK ProVita folgende Mehrleistungen:

(1) Die Kosten für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder gemäß § 20 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz empfohlen werden, übernimmt die BKK ProVita, sofern die Schutzimpfungen nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, nicht in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen oder wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind. Zusätzlich übernimmt die BKK ProVita die Kosten für die HPV-Impfung bis zum Alter von 26 Jahren. Hiervon unberührt bleibt der Anspruch nach § 12 a Absatz 4 Nr. 4 Buchstabe h) der Satzung.

(2) Die BKK ProVita gewährt die Leistungen nach Absatz 1 grundsätzlich als Sachleistungen. Für selbst bezahlte empfohlene Schutzimpfungen werden die tatsächlichen Kosten je Impfstoff sowie die Kosten für die Impfleistung nach Vertragssätzen nach Vorlage spezifizierter Rechnungen übernommen. Die Erstattung ist auf maximal 500 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

(3) Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden, in der Höhe nach Abs. 2.

§ 12 d Leistungsausschluss

(1) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch nehmen.

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

§ 12 e Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

(1) Die BKK ProVita fördert die Kompetenz der Versicherten für den selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatz digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die Förderung erfolgt gemäß den Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20k SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Die BKK ProVita gewährt Leistungen für Maßnahmen nach Absatz 1 als Sachleistung in Form von Schulungsmaßnahmen oder durch Bereitstellung zielgerichteter Information. Die BKK ProVita kann Maßnahme nach Absatz 1 durch Dritte durchführen lassen. Bei der Durchführung durch Dritte schließt die BKK ProVita einen Kooperationsvertrag mit dem Anbieter der Maßnahme.

§ 12 f Wahltarif Selbstbehalt

Teilnahme

(1) Mitglieder können für sich abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der BKK ProVita zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt).

(2) Am Selbstbehaltstarif der BKK ProVita können alle Mitglieder teilnehmen, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Solange Mitgliedsbeiträge während der Teilnahme am Tarif vollständig von Dritten übernommen werden oder die Mitgliedschaft unterbrochen wird, ruht dieser Tarif; näheres hierzu regelt § 12 f Absatz 13 bis 15 dieser Satzung.

Höhe der Prämie und des Selbstbehalts

(3) In Abhängigkeit der beitragspflichtigen Einnahmen betragen die jährlichen Prämien und der jährliche Selbstbehalt:

beitragspflichtige Einnahmen	Tarifstufe	Prämie	Selbstbehalt
bis 25.000 Euro	1	200 Euro	210 Euro
ab 25.000,01 Euro	2	300 Euro	400 Euro

(4) Die individuelle Prämie des Mitglieds beträgt darüber hinaus höchstens 20 % der vom Mitglied in einem Kalenderjahr an die BKK ProVita gezahlten Beiträge, mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB V sowie § 257 Satz 1 SGB V. Es werden nur die während der Laufzeit des Tarifs gezahlten Beiträge berücksichtigt. Ruhezeiten werden nicht berücksichtigt. Die Prämie wird jeweils bis zum Ende des auf das Kalenderjahr der Teilnahme folgenden Kalenderjahres an das Mitglied ausgezahlt.

Anrechnung von Leistungen

(5) Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen durch das Mitglied nicht angerechnet:

1. §§ 20 Abs. 1 (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung), 20i (Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten), 20k SGB V (Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz),
2. § 20a (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten), § 20b (Betriebliche Gesundheitsförderung), § 20c (Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren), § 20j (Präexpositionsprophylaxe) SGB V,
3. § 20h SGB V Förderung der Selbsthilfe,
4. § 21 (Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)), § 22 (Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)), § 22a (Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen), § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 (Leistungsanspruch) SGB V,
5. § 23 Abs. 1 SGB V Medizinische Vorsorgeleistungen,
6. § 24c (Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft), § 24d (Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe), § 24e (Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln), § 24f (Entbindung), § 24g (Häusliche Pflege), § 24h (Haushaltshilfe), § 24i (Mutterschaftsgeld) SGB V,
7. § 25 (Gesundheitsuntersuchungen), § 25a (Organisierte Früherkennungsprogramme), § 26 (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche) SGB V.

Hiervon wiederum ausgenommen sind die Leistungen nach § 23 Absatz 2 (ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort) und nach den §§ 24 (Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter), § 24a (Empfängnisverhütung), und § 24b (Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation) SGB V.

(6) Vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Leistungen, die mit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 SGB V abgegolten sind, werden nicht auf den Selbsthalt angerechnet. Werden vertragsärztlich oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt.

(7) Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 - 7 sowie des Absatzes 6 in Anspruch genommen werden, erfolgt deren Anrechnung auf den Selbstbehalt grundsätzlich in Höhe der der BKK ProVita tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Beginn, Ruhen, Kündigung und Beendigung des Tarifs durch die BKK ProVita

(8) Der Beitritt zu dem Tarif ist gegenüber der BKK ProVita schriftlich zu erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK ProVita folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK ProVita gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit Beginn der Mitgliedschaft. Die Laufzeit des Tarifs beträgt drei Jahre. Der Beitritt zum Wahltarif wird dem Mitglied seitens der BKK ProVita schriftlich bestätigt. Bis zum Beginn der Laufzeit des Tarifes kann die Wahl schriftlich widerrufen werden.

(9) Sofern eine wirksame Kündigung des Tarifs zum Ablauf der erstmaligen Laufzeit von drei Jahren (Mindestbindungsfrist) nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs um jeweils ein Jahr.

(10) Freiwilligen Versicherten wird die Wahl des Selbstbehaltstarifs versagt, wenn die Voraussetzungen des § 16 Absatz 3a SGB V (Versicherte ist mit Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand) erfüllt sind. Das Gleiche gilt bei Versicherten, die mit der BKK ProVita eine Ratenzahlung vereinbart haben.

(11) Die Ausschüttung der Prämie aus diesem Tarif an das Mitglied ruht, wenn freiwillig Versicherte während der Tariflaufzeit die Voraussetzung des § 16 Absatz 3a SGB V (Versicherte ist mit Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand) erfüllt sind und für Versicherte, die mit der BKK ProVita während der Tariflaufzeit eine Ratenzahlung vereinbaren. Die Prämienausschüttung lebt erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf.

(12) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Tarifjahres, wobei eine Kündigung frühestens nach Ablauf von drei Jahren nach Teilnahmebeginn möglich ist. Dieser Wahltarif endet darüber hinaus, wenn nach der Wahl des Selbstbehalt Tarifs die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten übernommen werden, mit Ablauf des Kalendermonats, in dem erstmalig die Beiträge von dem Dritten übernommen wurden oder durch Tod.

(13) Das Mitglied kann die Teilnahme am Selbstbehaltstarif der BKK ProVita in besonderen Härtefällen mit einer Frist von einem Kalendermonat kündigen, insbesondere bei schwerwiegender chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI sowie bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder XII.

(14) Die BKK ProVita kann Änderungen der Tarifbedingungen vornehmen, soweit sich aus der praktischen Abwicklung oder aus anderen Gründen, wie der fehlenden Wirtschaftlichkeit des Tarifs, die Notwendigkeit hierfür ergibt. Das Mitglied hat ein Sonderkündigungsrecht, wenn sich die Werte der Prämie oder des Selbstbehalts um mehr als 10 % verändern.

(15) Während der dreijährigen Bindung an den Selbstbehaltstarif der BKK ProVita kann die Mitgliedschaft bei der BKK ProVita nicht gekündigt werden, jedoch besteht ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V. Außerdem endet der Tarif automatisch, wenn die Mitgliedschaft bei der BKK ProVita wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Absatz 4 in Verbindung mit § 188 Absatz 4 SGB V endet.

(16) Die BKK ProVita kann nach Ablauf der dreijährigen Bindefrist den Tarif zum Ende des Kalenderjahres kündigen, wenn das Mitglied die Selbstbehalte nicht entrichtet.

(17) Die BKK ProVita ist verpflichtet, den Tarif gegenüber allen Tarifteilnehmern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende zu kündigen, wenn sich der Tarif als defizitär erweist, das heißt die Ausgaben für Prämienzahlungen und Verwaltungskosten für die Tarifabwicklung sich nicht dauerhaft durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen des Selbstbehaltstarifs finanzieren lassen (§ 53 Absatz 9 SGB V, Verbot der Quersubventionierung, Selbstfinanzierungsgebot). Gleiches gilt, wenn die Aufsichtsbehörde der BKK ProVita die Tarifschließung anordnet oder die Genehmigung des Tarifs widerruft oder sich eine gesetzliche Änderung ergibt.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die BKK ProVita als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16,00 €. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 €.

§ 13 a derzeit unbesetzt

§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

[1]Versicherte können am Bonusprogramm der BKK ProVita freiwillig teilnehmen. [2]Die Teilnehmer erhalten einen Geldbonus oder einen zweckgebundenen Bonus, wenn sie

1. Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V) oder Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V), auch einmalig, in Anspruch nehmen,

2. regelmäßig Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen.

[3]Das Nähere regeln die Anlagen 1 bis 4 zu § 13b der BKK ProVita Satzung.

§ 13 c derzeit unbesetzt

§ 13 d 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-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.

(2) Die BKK ProVita 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.

(3) Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

§ 13 e Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

(1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Abs. 2 i. V. m. § 20 Abs. 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern

1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
3. Suchtprävention im Betrieb oder
4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

vollständig teilnehmen.

Die BKK ProVita schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 13 d Abs. 2 ab.

(2) Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 30 € zum 1.7. eines Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme an einer Maßnahme nach Absatz 1 nachgewiesen wurden.

§ 14 Kooperation mit der PKV

Die BKK ProVita vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

H Sonstiges

§ 15 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK ProVita führt das Bundesamt für Soziale Sicherung.

§ 16 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 17 Bekanntmachungen

(1) Bekanntmachungen allgemein

Die Bekanntmachungen der BKK ProVita erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter „www.bkk-provita.de“ sowie durch nachrichtliche Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift.
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.

(2) Bekanntmachungen nach § 305 b SGB V Rechenschaft über die Verwendung der Mittel

Die BKK ProVita veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. In die Veröffentlichung gehören mindestens

1. die Mitglieder- und Versichertenentwicklung,

2. die Einnahmen, darunter die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die Zusatzbeiträge, die sonstigen Einnahmen,

3. die Ausgaben, darunter die Leistungsausgaben für Ärztliche Behandlung, Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz, Zahnersatz, Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, Krankenhausbehandlung, Krankengeld, Fahrkosten, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe, Früherkennungsmaßnahmen, Schwangerschaft und Mutterschaft, Behandlungspflege, und Häusliche Krankenpflege, die Leistungsausgaben insgesamt, die Netto- Verwaltungskosten, die Prämienauszahlungen, die sonstigen Ausgaben,

4. das Vermögen, darunter die Betriebsmittel, die Rücklagen, das Verwaltungsvermögen.

Darüber hinaus informiert die BKK ProVita ihre Versicherten auch durch nachrichtliche Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift und Einsicht in den Geschäftsstellen über ihre Rechnungsergebnisse.

§ 18 Ausgleichsverfahren

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz– AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage dieser Satzung.

Artikel II

Inkrafttreten

Die Satzung wurde von den Verwaltungsräten der Betriebskrankenkasse „BKK family“ und der Betriebskrankenkasse „BKK ProVita“ beschlossen. Sie tritt zum 01.01.2016 in Kraft.

Wiesbaden, den 17.12.2015

Siegel

_____

Verwaltungsratsvorsitzender der Betriebskrankenkasse „BKK family“

Bergkirchen, den 19.11.2015

Siegel

_____

Verwaltungsratsvorsitzender der Betriebskrankenkasse „BKK ProVita“

Artikel III Nachtrag

Anlage zu § 18 der Satzung der BKK ProVita
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG

§ 1 Errichtung

(1) Bei der BKK ProVita wird eine Umlagekasse zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen (U1- und U2-Verfahren) nach dem AAG errichtet. Sie trägt den Namen BKK ProVita -Ausgleichskasse und hat ihren Sitz in Bergkirchen.

(2) Andere Krankenkassen können die Aufgaben nach dem AAG auf die BKK ProVita-Ausgleichskasse nach Maßgabe der §§ 8 Abs. 2 und 9 Abs. 5 AAG übertragen. Hierzu sind entsprechende Satzungsregelungen bei den übertragenden Krankenkassen und der Ausgleichskasse erforderlich.

(3) Soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten für die BKK ProVita-Ausgleichskasse die Regelungen des AAG unverändert, die übrigen Satzungsvorschriften der Betriebskrankenkasse gelten entsprechend. Ferner finden die für die gesetzliche Krankenversicherung bestehenden Vorschriften entsprechende Anwendung.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber

(1) Am Ausgleichsverfahren U1 der BKK ProVita- Ausgleichskasse nehmen die Arbeitgeber teil, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen (§ 1 Abs. 1 AAG). Die Grundlage für die Ermittlung der Beschäftigtenzahl ergibt sich aus § 3 Abs. 1 AAG. Die in den §§ 11 und 12 AAG bezeichneten Personen und Einrichtungen sind nicht am Ausgleichsverfahren beteiligt.

(2) Am Ausgleichsverfahren U2 nehmen alle Arbeitgeber – mit Ausnahme der in den §§ 11 Abs. 2 und 12 AAG genannten Personen und Einrichtungen - unabhängig von der Zahl ihrer Beschäftigten - teil.

(3) Am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach den U1- und U2-Verfahren nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen (§ 1 Abs. 3 AAG).

§ 3 Erstattungen in den Umlagen U1 und U2

(1) Die BKK ProVita erstattet den nach § 2 Abs. 1 und 3 am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 60 v. H. des für den in § 3 Abs. 1 und 2 sowie in § 9 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts.

(2) Die BKK ProVita erstattet den nach § 2 Abs. 2 und 3 am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang

a) gem. § 1 Abs. 2 Nr. 1 AAG den vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld,

b) gem. § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG das vom Arbeitgeber nach § 11 MuSchG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt.

(3) Die vom Arbeitgeber getragenen Sozialversicherungsbeiträge für das nach § 3 Abs. 2 b gezahlte Arbeitsentgelt werden pauschal in Höhe von 20 v. H. erstattet (§ 9 Abs.2 Nr. 2 AAG).

(4) Für die Erstattung nach Abs. 1 (U 1) wird nur das fortgezahlte Arbeitsentgelt bis zur Höhe der in der Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 4 Verfahren, Datenmeldung

(1) Die Arbeitgeber haben alle für das Feststellungsverfahren erforderlichen Angaben, insbesondere die Gesamtanzahl der in den Ausgleich einbezogenen Arbeitnehmer sowie alle Änderungen, die die Umlagepflicht oder die Höhe der Umlage berühren, an die BKK ProVita-Ausgleichskasse zu melden (§ 3 Abs. 2 i. V.m. § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 5 AAG).

(2) Die übertragende Krankenkasse erfasst die Arbeitgeberstammdaten und stellt der BKK ProVita- Ausgleichskasse den direkten, zeitgleichen, lesenden Zugriff auf diese Daten sicher. Gem. § 8 Abs. 2 AAG leiten die übertragenden Krankenkassen die von ihnen eingezogenen Umlagebeträge U1 und U2 an die BKK ProVita - Ausgleichskasse weiter.

(3) Erstattungsanträge können direkt vom Arbeitgeber bei der BKK ProVita-Ausgleichskasse gestellt werden. Die Prüfung erfolgt durch Einsicht in den Datenbestand der übertragenden Kasse durch die BKK ProVita- Ausgleichskasse.

§ 5 Umlagesätze

(1) Der Umlagesatz für die Umlage U 1 beträgt 2,1 vom Hundert.

(2) Der Umlagesatz für die Umlage U 2 beträgt 0,56 vom Hundert.

§ 6 Aufbringung der Mittel

(1) Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht, die die erforderlichen Verwaltungskosten angemessen berücksichtigen.

(2) Das umlagepflichtige Entgelt bemisst sich nach § 7 Abs. 2 AAG.

(3) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Vorschriften nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig.

(4) Die BKK ProVita verwaltet die Mittel der BKK ProVita-Ausgleichskasse als Sondervermögen. Die Mittel dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden.

(5) Für die Umlageverfahren U1 und U2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen. Die Bildung von Rücklagen ist nicht zulässig.

§ 7 Haushaltsplan, Rechnungsabschluss

(1) Der Vorstand der BKK ProVita stellt für die Ausgleichskasse einen Haushaltsplan auf; die Feststellung des Haushaltsplans obliegt dem Verwaltungsrat (§ 10 AAG i. V. m. § 70 SGB IV).

(2) Die Ausgleichskasse schließt für jedes Kalenderjahr zur Rechnungslegung die Rechnungsbücher ab und stellt auf Grundlage der Rechnungslegung eine Jahresrechnung auf. Über die Entlastung des Vorstands beschließt der Verwaltungsrat. § 9 Abs. 4 AAG ist zu beachten.

§ 8 Verwaltungsrat, Widerspruchsausschuss

(1) Im Verwaltungsrat wirken in Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Vertreter der Arbeitgeber mit (§ 9 Abs. 4 AAG).

(2) Im Verwaltungsrat übt derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der nach der Satzung der BKK ProVita als amtierender bzw. alternierender Vorsitzender des Organs tätig ist. Der stellvertretende Vorsitzende des amtierenden bzw. alternierenden Vorsitzenden wird von den Vertretern der Arbeitgeber im Verwaltungsrat aus deren Mitte gewählt (§ 9 Abs. 4, § 10 AAG i.V.m. § 62 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

(3) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze nach § 9 AAG zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen, die Jahresrechnung abzunehmen. Für die Prüfung der Jahresrechnung ist ein Rechnungsprüfer zu bestellen.

(4) Der Widerspruchsausschuss der BKK ProVita nimmt in Angelegenheiten des Aufwendungsausgleichsgesetzes die Aufgaben des Widerspruchsausschusses der BKK ProVita -Ausgleichskasse wahr. In diesem Fall dürfen im Widerspruchsausschuss gemäß § 9 Abs. 4 AAG nur Vertreter der Arbeitgeber mitwirken.

§ 9 Übertragung durch Dritte

(1) Soweit andere Krankenkassen die Aufgaben nach dem AAG auf die BKK ProVita-Ausgleichskasse übertragen, übernimmt diese auch das gem. § 8 Abs. 1 AAG gebildete Sondervermögen der übertragenden Krankenkasse sowie die Vermögensverwaltung; die Sondervermögen werden zu einem Sondervermögen zusammengeführt.

(2) Soweit andere Krankenkassen die Aufgaben nach dem AAG auf die BKK ProVita-Ausgleichskasse übertragen, geht auch die Satzungshoheit auf die BKK ProVita-Ausgleichskasse über (§ 8 Abs. 5 AAG). Der Einzug der Umlagen obliegt weiterhin der übertragenden Krankenkasse, die die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen an die BKK ProVita- Ausgleichskasse weiterzuleiten hat.

(3) Der Verwaltungsaufwand der übertragenden Krankenkassen wird pauschal im Wege des Monatsabrechnungsverfahrens abgegolten.

(4) Die weiteren Einzelheiten bei der Übertragung durch Dritte werden in einer gesonderten Vereinbarung zwischen der BKK ProVita- Ausgleichskasse und übertragenden Krankenkassen geregelt.

§ 10 Inkrafttreten

Die Regelungen treten zum 01.01.2016 in Kraft.

Entschädigungsregelung
Anlage zu § 2 der Satzung

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane haben auf der Grundlage des § 41 SGB IV bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit neben dem Ersatz des tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoarbeitsverdienstes Anspruch auf folgende Entschädigung:

I. Tagegeld

1. Tagegeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.

2. Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 v. H. für das Mittag- und das Abendessen um je 40 v. H. des vollen Tagesgeldes gekürzt.

3. Abweichend von der Regelung des I.2. können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v.H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.

II. Übernachtungsgeld

1. Übernachtungsgeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.
2. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.
3. In den in § 7 Abs. 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

III. Unterkunfts- und Verpflegungskosten für Kraftfahrer

Soweit die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in ihrer Eigenschaft als Organmitglieder einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei eine/n berufsmäßige/n Kraftfahrer/in in Anspruch nehmen oder wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für die/den Fahrer/in Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe der Abschnitte I. und II. gezahlt.

IV. Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

1. Wegstreckenentschädigung
   Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstrecken-entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten (z. Z. 0,30 €/km). Für die regelmäßige Nutzung eines Fahrrads wird Wegstreckenentschädigung nach § 5 abs.. 3 BRKG i. V. m. Ziff. 5.3 BRKGVwV geleistet (z. Z. 5 €/Monat).

2. Flugkosten
   Hin- und Rückflugkarte. Bei Flügen sollen grundsätzlich die Kosten für die Benutzung der niedrigsten Flugklasse als erforderliche Aufwendungen angesehen werden.

3. Bahnkarten
   a) Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse
   b) Aufpreise und Zuschläge für Züge
   c) Reservierungsentgelte
   d) Bettkarten oder Liegeplatzzuschläge.

4. Sonstige Kosten
   a) öffentlicher Nahverkehr
   b) Zubringer zum Flugplatz
   c) Taxi bzw. andere Fahrdienstleister
   d) Gepäckkosten - Gepäckaufbewahrung
   e) Post- und Telekommunikationskosten
   f) Parkplatz- und Garagenkosten
   g) sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

V. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane 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 gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungs-gesetz (BGleiG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und 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 pflegebedürftigen Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG. Hinweis: Zahlungen an die Betreuungsperson sollen aus steuerrechtlichen Gründen grundsätzlich unbar erfolgen. Beantragte Erstattungsleistungen sind grundsätzlich steuerpflichtig (§ 3 Nr. 34a lit. b und § 32 Abs. 1 EstG).

VI. Pauschbeträge für Auslagen außerhalb von Sitzungen

1. Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen sind in Höhe der tatsächlichen Kosten zu erstatten. Bei nicht oder nur schwer nachweisbaren Kosten (z. B. Telefongespräche) genügt die Glaubhaftmachung durch Einzelaufstellung und schriftliche Erklärung.
2. Anderen Mitgliedern des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrag des Verwaltungsrats oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder des Ausschusses tätig werden, werden die notwendigen und angemessenen Auslagen in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.
3. Pauschbeträge für Auslagen dürfen nicht mit den Pauschbeträgen für Zeitaufwand vermischt werden.

VII. Pauschbeträge für Zeitaufwand

1. Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag in Höhe von 79 Euro. Digitale oder hybride Sitzungen (gemäß § 64 a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist die gleiche Sitzungsvergütung wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder vorzusehen.
2. Im Fall der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tag kann für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagegeld und ggf. Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Organen der Kranken- als auch der Pflegekasse stattfinden.
3. Die Vorsitzenden von Ausschüssen und ihre Stellvertreter erhalten bei Sitzungen des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag.
4. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates und der stellvertretende Vorsitzende erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 300 Euro. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

   Hinweis: Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig.

VIII. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrats werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI selbst zu tragen haben, erstattet; die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Satz 1

genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

Anlage 1 zu § 13b

Gemeinsame Teilnahmebedingungen des Bonusprogramms nach

§ 13b Satz 2 Nr. 1 i.V.m. § 65a Abs. 1 SGB V
Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a und 26 SGB V) oder Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20i SGB V)

und

§ 13b Satz 2 Nr. 2 i.V.m. § 65a Abs. 1a SGB V
Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) oder vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

[1]Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der BKK ProVita.

2. Erklärung und Dauer der Teilnahme

[1]Die Teilnahme am Bonusprogramm ist vom Versicherten durch vorherige Einschreibung zu erklären. [2]Mit der Einschreibung erklärt sich der Versicherte mit den Teilnahmebedingungen einverstanden. [3]Im Fall der – auch nur einmaligen - Inanspruchnahme einer Leistung nach § 13b S. 2 Nr. 1 der Satzung steht auch die direkte Einreichung des ausgefüllten Bonuspasses an die BKK ProVita der Einschreibung nach den Sätzen 1 und 2 gleich. [4]Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig; eine Pflicht, das Bonusprogramm aktiv zu betreiben, besteht nicht. [5]Das Bonusjahr ist das Kalenderjahr. [6]Die Teilnahme beginnt zum 01.01. des Kalenderjahres, in dem die jeweilige Teilnahmeerklärung eingeht oder in dem der Bonuspass nach Satz 3 eingereicht wird, jedoch nicht vor Beginn der Versicherung bei der BKK ProVita. [7]Werden die vom Teilnehmer in Anspruch genommenen Bonusmaßnahmen spätestens innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des Bonusjahres zur Bonifizierung eingereicht, verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Bonusjahr, es sei denn, der Teilnehmer erklärt, dass die Teilnahme nicht über den Ablauf des Bonusjahres hinaus fortgesetzt werden soll. [8]Dies gilt entsprechend für alle weiteren Bonusjahre.

3. Voraussetzungen für den Bonusanspruch, Nachweisform, Bonusmaßnahme

[1]Zur Wahrung des Bonusanspruchs muss der Teilnehmer

a) die Bonusmaßnahme(n) (Anlage 2 und 3 zu § 13b) ordnungsgemäß absolviert haben,
b) den Nachweis hierüber bis 30.03. des dem Bonusjahr folgenden Jahres geführt haben.

[2]Der Nachweis wird grundsätzlich in der Form eines zur maschinellen Verarbeitung geeigneten Bonuspasses geführt, den der Teilnehmer von der BKK ProVita zur

Verfügung gestellt bekommt. [3]Der Nachweis kann auch dadurch erfolgen, dass die nach § 284 Abs. 1 SGB V von den Versicherten rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten mit schriftlicher oder elektrischer Einwilligung der betroffenen Versicherten im erforderlichen Umfang durch die BKK ProVita verarbeitet werden. [4]Die Bonusmaßnahmen sind vom Teilnehmer im Bonuspass in der von der BKK ProVita jeweils vorgegebenen Form zu belegen. [5]Der Beleg erfolgt durch Bestätigung eines Arztes, Zahnarztes, anderen Leistungserbringers oder einer sonstigen zur Nachweisbestätigung bestimmten Stelle. [6]Dem Teilnehmer entstehende Kosten für die Nachweise werden von der BKK ProVita nicht übernommen. [7]Hat der Teilnehmer den Bonus aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der Bonusbetrag an die BKK ProVita zurück zu zahlen. [8]Jeder Teilnehmer führt einen eigenen Bonuspass. [9]Eine nachgewiesene Bonusmaßnahme kann nur einmal bonifiziert werden. [10] Eine Bonusmaßnahme kann nicht bonifiziert werden, soweit der Teilnehmer auf die Leistung keinen Anspruch hatte. [11]Für den Fall, dass der Bonuspass verloren geht, erhält der Teilnehmer einen neuen Pass. [12]Die bis zum Verlust in den Pass eingetragenen Bonusmaßnahmen können nur angerechnet werden, wenn sie im neuen Bonuspass wieder bestätigt werden. [13]Bonusmaßnahmen sind die vom Teilnehmer in Anspruch genommenen gesetzlichen Leistungen (gesetzliche Bonusmaßnahmen) nach § 13b Satz 2 Nr. 1 und Nr. 2 der Satzung i.V.m. § 65a Abs. 1 und 1a SGB V, soweit hierauf ein Anspruch besteht, sowie darüber hinaus gehende Maßnahmen (satzungsmäßige Bonusmaßnahmen) gemäß Anlage 3 I. 2 und II. 2.

4. Bonustypen und Bonusstufen des Bonusprogramms

[1]Das Bonusprogramm ist unterteilt in zwei Bonustypen, die ihrerseits in Bonusstufen unterteilt sind.

a) Der Bonustyp „A" nach § 13b Satz 2 Nr. 1 der Satzung i.V.m. § 65a Abs. 1 SGB V (Früherkennungs- und Impfmaßnahmen, §§ 25, 25a und 26 SGB V, 20i SGB V) umfasst eine Stufe. Zur Erlangung eines Bonus nach Bonustyp „A" ist mindestens eine Bonusmaßnahme nach § 13b Satz 2 Nr. 1 i.V.m. Anlage 2 zu § 13b nachzuweisen. Die Bonushöhe ergibt sich aus der Anzahl der nachgewiesenen Bonusmaßnahmen gemäß nachfolgender Tabelle 1 zu Bonustyp „A":

Bonusstufe	Geldbonus
Stufe 1: Eine Bonusmaßnahme nach § 13b S. 2 Nr. 1 i.V.m. Anlage 2 zu § 13b	5 Euro je nachgewiesener Bonusmaßnahme

Tabelle 1 zu Bonustyp „A""

Für Bonusmaßnahmen nach § 13b Satz 2 Nr. 1 i.V.m. Anlage 2 I. b) und Anlage 2 I. c) zu § 13b der Satzung (U- oder J-Untersuchung nach § 26 Abs. 1 SGB V) beträgt der Geldbonus abweichend von Tabelle 1 zu Bonustyp „A" 20 Euro je nachgewiesener Bonusmaßnahme.

b) Der Bonustyp „B" nach § 13b Satz 2 Nr. 2 der Satzung i.V.m. § 65a Abs. 1a SGB V (regelmäßige Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) oder vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens) umfasst 3 Stufen. Zur Erlangung eines Bonus nach Bonustyp „B" muss der Teilnehmer die entsprechend der Stufe nötige Anzahl an Bonusmaßnahmen nach Anlage 3 zu § 13b nachweisen. Der Nachweis einer gesetzlichen Bonusmaßnahme nach Anlage 3 Nr. I.1.a oder b oder Anlage 3 Nr. II.1.a oder b ist dabei stets erforderlich. Die Bonushöhe ergibt sich aus der Anzahl der nachgewiesenen Maßnahmen gemäß nachfolgender Tabelle 2 zu Bonustyp „B":

Bonusstufe	**Geldbonus**
Stufe 1: Drei Bonusmaßnahmen nach § 13b S. 2 Nr. 2 i.V.m. Anlage 3 zu § 13b, davon mindestens eine Bonusmaßnahme nach Anlage 3 Nr. I.1.a oder b oder Nr. II.1.a oder b	90 Euro
Stufe 2: Vier Bonusmaßnahmen nach § 13b S. 2 Nr. 2 i.V.m. Anlage 3 zu § 13b, davon mindestens eine Bonusmaßnahme nach Anlage 3 Nr. I.1.a oder b oder Nr. II.1.a oder b	130 Euro
Stufe 3: Fünf Bonusmaßnahmen nach § 13b S. 2 Nr. 2 i.V.m. Anlage 3 zu § 13b, davon mindestens eine Bonusmaßnahme nach Anlage 3 Nr. I.1.a oder b oder Nr. II.1.a oder b	200 Euro

Tabelle 2 zu Bonustyp „B"

[2]Die Boni nach Nr. 4a) (Bonustyp „A") und Nr. 4b) (Bonustyp „B") können nach Erfüllung der jeweiligen Voraussetzungen nach Wahl des Teilnehmers jeweils einzeln und unabhängig voneinander in Anspruch genommen oder zur gemeinsamen Bonifizierung eingereicht werden. [3]Die Wahlentscheidung trifft der Teilnehmer spätestens mit der Geltendmachung des jeweiligen Bonusanspruches.

5. Art der Bonusgewährung, Altersstufen

[1]Der Bonus des Bonusprogramms wird ausschließlich als Geldbonus gewährt. [2]Das Bonusprogramm enthält zwei Altersstufe. [3]Es unterscheidet zwischen einer Teilnahme bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und einer Teilnahme ab Vollendung des 18. Lebensjahres. [4]Maßgeblich für die Teilnahme am Bonusprogramm bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder die Teilnahme am Bonusprogramm ab Vollendung des 18. Lebensjahres (=18. Geburtstag) ist das im jeweiligen Bonusjahr erreichte Lebensalter.

6. Ende der Teilnahme

[1]Die Teilnahme am Bonusprogramm kann jederzeit vom Teilnehmer beendet werden. [2]Die Teilnahme am Bonusprogramm endet überdies automatisch und zeitgleich mit dem Ende der Versicherung bei der BKK ProVita oder wenn vom Teilnehmer bis zum Ablauf des übernächsten Kalenderjahres nach letztmaliger Teilnahme keine Bonusansprüche geltend gemacht worden sind; bis dahin geltend gemachte Bonusansprüche bleiben unberührt.

Anlage 2 zu § 13b

Katalog der Bonusmaßnahmen nach § 13b Satz 2 Nr. 1 i.V.m. § 65a Abs. 1 SGB V

I. Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

a) Nachweis der 1x je Kalenderhalbjahr möglichen zahnärztlichen Untersuchung (ab 6 Jahren, § 22 Abs. 1 SGB V),
b) die jeweils nach dem Lebensalter des Kindes angezeigte Untersuchung U1 – U11 (§ 26 Abs. 1 SGB V) einschließlich der Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund-, und Kieferkrankheiten,
c) J 1 und J 2– Untersuchung (§ 26 Abs. 1 SGB V),
d) Nachweis der Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes,
e) Nachweis der Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 2 SGB V i.V.m. § 12c der Satzung,
f) sonstige Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen sowie Leistungen der Individualprophylaxe nach den §§ 22, 26 SGB V i.V.m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der zur Zeit der Inanspruchnahme der Leistung gültigen Fassung.

II. Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres

a) Teilnahme von Versicherten an der Gesundheitsuntersuchung (§25 Abs. 1 SGB V i.V.m. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 25 Abs. 4 Satz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung),
b) Inanspruchnahme einer Krebsfrüherkennungsmaßnahme (§ 25 Abs. 2 SGB V i.V.m. Abs. 4 SGB V),
c) Inanspruchnahme von Leistungen der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge (§ 24d SGB V),
d) Nachweis der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchungen (§ 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 SGB V),
e) Nachweis der Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes,
f) Nachweis der Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 2 SGB V i.V.m. § 12c der Satzung,
g) sonstige Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25, 25a SGB V i.V.m den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der zur Zeit der Inanspruchnahme der Leistung gültigen Fassung.

Anlage 3 zu § 13b

Katalog der gesetzlichen und satzungsmäßigen Bonusmaßnahmen nach § 13b Satz 2 Nr. 2 i.V.m. § 65a Abs. 1a SGB V

I. Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

1. Gesetzliche Bonusmaßnahmen

a) Kurse zur verhaltensbezogenen Prävention in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung oder Entspannung, Suchtmittelkonsum (Präventionskurs gemäß § 20 SGB V)

oder

b) vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens wie zum Beispiel

aa) aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder alternativ aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio,

bb) regelmäßiger Sport: Unter qualifizierter Leitung eines Übungsleiters erfolgender Gemeinschaftssport sofern eine Vorbereitung erfolgt, nachzuweisen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung oder Urkunde (z. B. organisierte Volksläufe, Radtouren, über den ADFC; Wanderungen über den DWV, qualifizierte Lauftreffs); private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt,

cc) Ablegen eines Sportabzeichens nach DOSB oder DLRG,

dd) regelmäßige Teilnahme an Baby-Schwimmkurs / Eltern-Kind-Turnen unter qualifizierter Übungsleitung, wenn diese nicht bereits im Rahmen der Mitgliedschaft im Sportverein bonifiziert wurde.

2. Satzungsmäßige Bonusmaßnahmen

a) Body-Maß-Index (BMI) Nachweis von BMI-Werten im altersgerechten Normbereich oder Veränderung der BMI-Werte in Richtung altersgerechten Normbereich im Vergleich zum Vorjahr um mindestens zwei BMI Punkte
b) Schwimmkurs unter qualifizierter Übungsleitung
c) Teilnahme an einer Maßnahme zur bedarfsgerechten und ausgewogenen Ernährungsweise (Ernährungskurs, Ernährungsberatung oder Ernährungsseminar) unter qualifizierter Leitung zur Vermeidung von Fehl- und Mangelernährung.

II. Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres

1. Gesetzliche Bonusmaßnahmen

a) Kurse zur verhaltensbezogenen Prävention in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung oder Entspannung, Suchtmittelkonsum (Präventionskurs gemäß § 20 SGB V)

oder

b) vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens wie zum Beispiel

aa) aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder alternativ aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio,

bb) regelmäßiger Sport: Unter qualifizierter Leitung eines Übungsleiters erfolgender Gemeinschaftssport sofern eine Vorbereitung erfolgt, nachzuweisen durch Vorlage einer Teilnahmebescheinigung oder Urkunde (z. B. organisierte Volksläufe, Radtouren, über den ADFC; Wanderungen über den DWV, qualifizierte Lauftreffs); private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt,

cc) Ablegen eines Sportabzeichens nach DOSB oder DLRG,

dd) regelmäßige Teilnahme an Baby-Schwimmkurs / Eltern-Kind-Turnen unter qualifizierter Übungsleitung, wenn diese nicht bereits im Rahmen der Mitgliedschaft im Sportverein bonifiziert wurde

c) Teilnahme an einer Rückbildungsgymnastik für Frauen nach einer Geburt.

2. Satzungsmäßige Bonusmaßnahmen

a) Nichtraucherstatus
b) Blutdruck im altersgerechten Normbereich
c) Überprüfung des Versorgungsstatus (Vitamine, Nährstoffe und Mineralstoffe)
d) Teilnahme an einer Maßnahme zur bedarfsgerechten und ausgewogenen Ernährungsweise (Ernährungskurs, Ernährungsberatung oder Ernährungsseminar) unter qualifizierter Leitung zur Vermeidung von Fehl- und Mangelernährung.