

**Satzung
der
BKK ProVita
Körperschaft des öffentlichen Rechts**

Stand : 04.12.2018

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung:

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 2 a Festlegung der Stimmzahl für Wahlberechtigte, die zur Gruppe der Arbeitgeber gehören
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 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)
- § 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 10 a Mahngebühren
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Wahltarif Selbstbehalt
- § 12b Primärprävention
- § 12 c Schutzimpfungen
- § 12 d Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13 a derzeit unbesetzt
- § 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 13 c Bonusprogramm BKK BonusPlus Ernährung

- § 13 d Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 13 e Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 14 Kooperation mit der PKV
- § 15 Aufsicht
- § 16 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 17 Bekanntmachungen
- § 18 Ausgleichsverfahren

Artikel II

Inkrafttreten

Artikel III Nachtrag

Anlage zur Satzung :	Ausgleichsverfahren
Anlage zu § 2 der Satzung:	Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates
Anlage 1 – 3 zu § 13 b	Teilnahmebedingungen § 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
Anlage zu § 13 c	Teilnahmebedingungen § 13 c Bonusprogramm BKK BonusPlus Ernährung mit zweckgebundenem Bonus

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

I. 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 BE-TRIEBSKRANKENKASSE DER SCHWESTERNSCHAFT MÜNCHEN VOM BAYERISCHEN ROTEN KREUZ und der BKK family am 01.01.2016 entstanden.

Die BKK ProVita hat ihren Sitz in München.

II. Der Bereich der BKK ProVita erstreckt sich auf die Betriebe

MD Papier GmbH, Ostenstraße 5, 85221 Dachau und
Nicolausstr. 7, 94447 Plattling.

AGROB BUCHTAL GmbH
Buchtal 1, 92521 Schwarzenfeld

DEUTSCHE STEINZEUG CREMER & BREUER AG
Werk Schwarzenfeld, Buchtal 1, 92521 Schwarzenfeld

Saint-Gobain, Industriekeramik
Rödental GmbH, Postfach 1144
96466 Rödental

Abu-plast Kunststoffbetriebe GmbH, 96472 Rödental und

H. C. Stark- Keramik GmbH & Co. KG,
Lorenz- Hutschenreuter- Str. 81,95100 Selb

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

BO- Systems GmbH & Co. KG, Friedrich- Ebert- Str. 84, 85055 Ingolstadt

Rieter Deutschland GmbH u. Co. OHG in 85055 Ingolstadt, Bayern

Rieter Vertriebs GmbH in 85055 Ingolstadt, Bayern

Schubert & Salzer GmbH in 85055 Ingolstadt, Bayern

Schubert & Salzer GmbH in 08340 Erla, Sachsen

Eisenwerk Erla GmbH in 08340 Schwarzenberg

Schubert & Salzer Feinguß Lobenstein GmbH in 07356 Lobenstein, Thüringen

Georg Fischer GmbH in 04249 Leipzig, Sachsen

Georg Fischer GmbH in 06749 Bitterfeld, Sachsen Anhalt

Schubert & Salzer Control Systems GmbH in 85055 Ingolstadt, Bayern

Oechsler AG

Matthias- Oechsler- Str. 9, 91522 Ansbach

Bachstr. 27, 90613 Grosshabersdorf

Dettenheimer Str. 20, 91781 Weissenburg

den Bereich RTC Nahverkehr, Nürnberg

der ABB Daimler- Benz Transportation (Deutschland) GmbH

den Betrieb der ALSTOM Energie GmbH,

die Zweigniederlassung Nürnberg der Firma ALSTOM Energy Systems GmbH,
Stuttgart.

Werkzeugmaschinenfabrik Adolf Waldrich Coburg GmbH & Co. KG

Hahnweg 116, 96450 Coburg

Stadtwerke Hannover AG, Ihmeplatz 2, 30449 Hannover

Schleicher & Schuell GmbH, Hahnestr. 3, 37586 Dassel

auf die A.T.U Auto- Teile- Unger GmbH & Co. KG, Weiden, sowie auf alle
Niederlassungen und Filialen im gesamten Bundesgebiet

auf die SCHOTT AG, Standort Mitterteich, Postfach 1180, 95560 Mitterteich

auf das Mutterhaus der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz

darüber hinaus nach §§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 und Satz 2 SGB V auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 **Verwaltungsrat**

- I.**
 - 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.

- II.** Dem Verwaltungsrat der BKK ProVita gehören als Mitglieder 12 Versichertenvertreter und 12 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

- III.** 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.

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

V a. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse

VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

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

VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

IX. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über die Jahresrechnung und den Haushaltsplan ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

X. 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 Stimmzahl 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

I. Dem Vorstand der BKK ProVita gehört 1 Mitglied an.

II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

III. 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
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widersprachausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widersprachausschuss übertragen. Der Widersprachausschuss hat seinen Sitz in 85232 Bergkirchen.
- II. 1. Der Widersprachausschuss 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 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. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- III.** Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der aufgaben regelt die vom Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung
- IV.** 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.

§ 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

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Betriebskrankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht. Die Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

§ 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.

§ 8a zur Zeit nicht besetzt (Wahltarif Prämienzahlung zum 31.12.2017 aufgehoben)

§ 8b 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

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit einer Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme

- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

II. Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

- a.) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
- b.) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
- c.) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
- d.) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
- e.) Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
- f.) Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

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

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.

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

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit der Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben

- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 8 c Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

I.

Die BKK ProVita bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

II.

Die für Krankengeld maßgeblichen Vorschriften des Sozialgesetzbuches und die höchstrichterliche Rechtsprechung zu den Begriffen „Krankengeld“ und „Arbeitsunfähigkeit“ gelten grundsätzlich auch für das Krankengeld aus Krankengeldwahltarifen, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist.

III.

Die folgenden Bestimmungen gelten für alle Krankengeldtarife, soweit durch Gesetz oder sonstiges für die Kasse maßgebendes Recht nichts zwingend Abweichendes bestimmt ist.

Anspruch

IV.

Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse erfolgende stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Der Anspruch auf Krankengeld entsteht am 43. Tag (Karenzzeit) nach der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bzw. am 43. Tag (Karenzzeit) der stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung, die auf Kosten der Betriebskrankenkasse erfolgt. Abweichend davon entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach Tarif KUP15 für Künstler und Publizisten nach dem KSVG mit Beginn des 15. Tages (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Während des Bezugs von Wahltarifkrankengeld ist eine Prämie für diesen Tarif nicht zu entrichten.

IV a)

Zudem besteht ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes ab dem 1. Tag, ab dem das Mitglied zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit fernbleibt. Es wird unter den Voraussetzungen und in dem zeitlichen Umfang des § 45 SGB V gezahlt.

V.

Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft (§§ 186 ff SGB V) zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen.

Die Höhe des Wahltarif- Krankengeldes ist auf die Höhe des Nettoeinkommens begrenzt. Das versicherte Krankengeld nach diesem Tarif darf zusammen mit sonstigen Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Im Leistungsfall sind der Betriebskrankenkasse auf Nachfrage geeignete Unterlagen zum Nachweis des Einkommens und des Verdienstaufalles vorzulegen. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn entsprechende Nachweise über das Einkommen und den Verdienstaufall nicht erbracht werden.

VI.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Tarife liegt vor, wenn das Mitglied krankheitsbedingt seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Die Zahlung von Krankengeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird (§ 76 SGB V gilt).

VI a)

Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

VII.

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs, sofern im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt wird.

VIII.

Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit (6 Monate) besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V (**Tarif SU43**) ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 3 SGB V (**Tarif KUP15**) ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit

wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld, soweit nachfolgend keine anderslautenden Ansprüche geregelt werden.

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

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

IX.

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. 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 der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

Ausschluss und Beendigung des Krankengeldanspruchs

X.

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

XI.

Der Anspruch auf Krankengeld endet

- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises

- mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen,

- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs

- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse

- nach Erreichen der Bezugsdauer

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe des Krankengeldes (Tarif SU43)

XII.

Die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 (Hauptberuflich selbständig Erwerbstätige) und 3 (u. a. unständig Beschäftigte) genannten Versicherten ist von diesen frei wählbar. Das gewählte kalendertägliche Krankengeld muss jedoch mindestens 90 € betragen, und darf 200 € nicht überschreiten. Die Abstufung erfolgt in Schritten zu 10 €.

Während der jeweiligen dreijährigen Bindungsfrist (s. XVII.) kann das Mitglied die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes zwei Mal anpassen (Erhöhung oder Verminderung des

Krankengeldbetrages). Anpassungen sind ein Mal pro Teilnahmejahr möglich, jedoch frühestens nach Ablauf des ersten Teilnahmejahres. Mit der Anpassung des Krankengeldes wird die Prämie entsprechend angepasst. Das angepasste Krankengeld darf das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate nicht übersteigen. Dies ist der Betriebskrankenkasse nachzuweisen.

Eine Erhöhung oder Absenkung des kalendertäglichen Krankengeldes ist in Schritten zu 10 € möglich. Der Anspruch auf das erhöhte Krankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils 6 Monaten nach Eingang der Wahlerklärung. Der erhöhte Leistungsanspruch setzt erst bei Leistungsfällen, die nach Ablauf der Karenzzeit eintreten, ein.

Änderung der Einkommensverhältnisse

XIII. Das Mitglied ist verpflichtet, der Betriebskrankenkasse nicht nur vorübergehende Einkommensänderungen mitzuteilen. Erlangt die Betriebskrankenkasse davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen des Teilnehmers unter die Höhe des dem Tarif zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann sie ohne Unterschied, ob der Leistungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankengeld und die Prämie mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit oder begonnene stationäre Behandlung nicht berührt.

Zahlung des Krankengeldes

XIV.

Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, wird dieser mit 30 Tagen angesetzt.

Bezugsdauer Krankengeld

XV.

Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit zusammengerechnet für längstens 78 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an. 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.

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

XVI.

Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen der §§ 16 und 49 SGB V.

Die §§ 50, 51, 52, 52 a SGB V gelten entsprechend. Ebenso die §§ 60 bis 67 SGB I.

Laufzeit der Tarife /Bindungswirkung

XVII. 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 3 Jahre. Sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Kündigung

XVIII.

Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 1 Kalendermonat vor Ablauf der Bindungsfrist erfolgen. Andernfalls verlängert sich die Laufzeit des Tarifs jeweils um 1 Jahr. Maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse. Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XIX. frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3- jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Sonderkündigungsrecht bei unverhältnismäßiger Härte/ Prämienerrhöhung

XIX.

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 Prämienerrhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Umgruppierung

XX.

Ein Wechsel der Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes (Tarifgruppe) ist durch schriftliche Erklärung möglich. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Die veränderte Prämie ist ab dem Zeitpunkt der Umgruppierung zu entrichten.

XXI.

Die Prämien sind für jeden Tag der Laufzeit der Tarife zu zahlen, und die Zahlung der Prämie erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages 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 Abs. 2 SGB I.

XXII.

Die Prämie wird spätestens am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten ist.

XXIII.

Die Höhe der Prämie und der Leistungen bemisst sich nach der Tabelle „Prämien- und Leistungstabelle zum Wahltarif Krankengeld“, die als Anlage Bestandteil der Satzung der Betriebskrankenkasse ist.

Prämien- und Leistungstabelle zum Wahltarif Krankengeld

1.)

Höhe des Krankengeldes und der Prämie für Künstler und Publizisten nach dem KSVG (Tarif KUP15)

Die in § 46 Satz 3 genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

Die monatliche Prämie für diesen Personenkreis beträgt einheitlich 26,40 €.

2.)

Höhe des Krankengeldes und der Prämie für Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 (Hauptberuflich selbständig Erwerbstätige) und Nr. 3 (Arbeitnehmer ohne Anspruch auf mind. 6 Wochen Entgeltfortzahlung) SGB V (Tarif SU43):

Wahltarif Krankengeld	wählbares kalendertägliches Krankengeld					
	90,00 €	100,00 €	110,00 €	120,00 €	130,00 €	140,00 €
monatl. Prämie	29,70 €	33,00 €	36,30 €	39,60 €	42,90 €	46,20 €
Wahltarif Krankengeld	wählbares kalendertägliches Krankengeld					
	150,00 €	160,00 €	170,00 €	180,00 €	190,00 €	200,00 €
monatl. Prämie	49,50 €	52,80 €	56,10 €	59,40 €	62,70 €	66,00 €

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die BKK ProVita erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,3% 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 Krankenversicherung 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).

§ 10a Erhebung von Mahngebühren/ Beitragsvorschüssen

I. Mahngebühr

Im Rahmen von § 19 Absatz 2 VwVG wird eine Mahngebühr erhoben, die den Betrag von 5 EUR nicht unterschreiten darf.

II. Beitragsvorschüsse

- a) Die BKK ProVita kann Vorschüsse auf die Beiträge erheben von Arbeitgebern, - die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder

- die keine Beitragsnachweise einreichen.

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

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I. 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 und 26 SGB V),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52 SGB V),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX.

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

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 6 Wochen je Krankheitsfall

begrenzt. In begründeten Ausnahmefällen werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung für einen längeren Zeitraum gewährt, wenn der Medizinische Dienst festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V.

III. 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.

IV. 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. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege 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 10 v.H., mindestens 3,00 EUR und maximal 50,00 EUR für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die 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.

V. 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 drei preisgünstigsten Arzneimittel 12 v. H. sowie 3 v. H. für Verwaltungskosten.

3. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen gemäß § 61 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.

VI. Zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

1. 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 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 übernimmt die Kosten für bis zu 5 Sitzungen pro Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch 500 EUR im Kalenderjahr. Die tatsächlich entstandenen Kosten sind durch Originalrechnungsbelege nachzuweisen.

2. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Antroposophie)

Die BKK ProVita erstattet ihren Versicherten auf Antrag hin folgende Leistungen:

(1) 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. Von der Versorgung nach Satz 1 ausgenommen sind Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) 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 GBA bleibt unberührt.

(2) Die BKK ProVita erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 500 EUR je Kalenderjahr und Versicherten.

(3) Zur Erstattung sind die Originalrechnungen der Leistungserbringer und die ärztliche Verordnung einzureichen.

3.Rufbereitschaft Hebammen

(1) 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-ständige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten.

(2) Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 250 EUR einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der BKK ProVita die Originalrechnung für die Rufbereitschaft vorzulegen.

(3) Der Anspruch auf Leistungen nach Abs. 2 besteht nicht, wenn die Schwangerschaft vor dem 01.01.2014 geendet hat.

4.Mehrleistungen für Schwangere und Mütter bis zum vollendeten 1. Lebensjahr ihres Kindes

(1) 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.

(2) 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.

(3) Die Erstattung von Nahrungsergänzungsmitteln mit Jodid, Eisen, Magnesium oder Folsäure ist ausgeschlossen.

(4) Die BKK ProVita erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. (1) und (2) in voller Höhe. Erstattungsfähig sind die pro Arzneimittel tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern das Arzneimittel ärztlich auf Privatrezept verordnet und von einer zugelassenen deutschen Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels abgegeben wurde. Zur Erstattung sind die Originalrechnungen der Leistungserbringer und die ärztliche Verordnung einzureichen.

(5) Von der Erstattung sind Kosten für solche Arzneimittel nicht erfasst, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss 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 bleibt unberührt.

5. Unterkieferprotrusionsschienen

Die BKK ProVita gewährt ihren Versicherten neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 Absatz 1 SGB V zusätzlich Unterkieferprotrusionsschienen.

Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Voraussetzungen:

- a) Diagnose: Upper Airway Resistance Syndrom (UARS)
- b) leicht-bis mittelgradiger obstruktiver Schlafapnoe (AHI bis ca. 25/h) mit geringer klinischer Symptomatik
- c) Patient verfügt über eine ausreichende intraorale Verankerungsmöglichkeit
- d) BMI des Patienten bis ca. 30
- e) Verordnung durch einen zertifizierten Behandler nach der Deutschen Gesellschaft Zahnärztlicher Schlafmedizin (DGZS).

Die BKK ProVita erstattet ihren Versicherten 80% der entstandenen Kosten der Protrusionsschiene nach Abzug des gesetzlich vorgeschriebenen Eigenanteils für Hilfsmittel, höchstens aber einen Betrag in Höhe von 600,00 Euro.

Bei Ausschluss der Unterkieferprotrusionsschiene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfällt eine Kostenerstattung.

§ 12 a Wahltarif Selbstbehalt

I. Mitglieder können für sich jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der BKK ProVita zu tragenden Kosten in Höhe von 300 EUR übernehmen (Selbstbehalt).

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

- Prävention (§§ 20, 20 i SGB V)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24 c-i SGB V)

III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Vertragsärztliche Leistungen, die mit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87 a Abs. 3 SGB V abgegolten sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet. Werden vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolgen in Anspruch genommen, erfolgt keine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt. Leistungen für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bleiben unberücksichtigt und es erfolgt keine Anrechnung auf den Selbstbehalt.

IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die BKK ProVita dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt bei einem jährlichen Selbstbehalt von 300 EUR jährlich 200 EUR. Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich.

V. Bei Auszubildenden* nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beträgt der jährliche Selbstbehalt 190 EUR und die jährliche Prämie 180 EUR. Die Zahlung dieser Prämie erfolgt im Voraus.

* Der Tarif endet automatisch mit dem Ende der Ausbildung

VI. Die Wahl des Selbstbehalts wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden Quartals. Soweit das Mitglied einen Selbstbehalt während des laufenden Kalenderjahres wählt, werden der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV anteilig berechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden. Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif abweichend von der dreijährigen Mindestbindungsfrist gemäß § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

VII. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt 3 Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der BKK ProVita seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der BKK ProVita. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1 bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigt. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der BKK ProVita nicht möglich. § 8 a Abs. V gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei Wahl des

Tarifs Prämienzahlung die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt ausgeschlossen ist.

§ 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. Stressmanagement:

- a. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- a. Förderung von Entspannung

4. Suchtmittelkonsum:

- a. Förderung des Nichtrauchens
- b. Gesundheitsgerechter 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 Versichertem je Kalenderjahr fördern. Die Begrenzung betrifft sowohl die von der BKK ProVita selbst erbrachten als auch die von Fremdanbietern durchgeführten Maßnahmen.

§ 12 c Schutzimpfungen

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

I. 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.

II. Für selbst bezahlte, ärztlich empfohlene Schutzimpfungen werden von der BKK ProVita 100 v. H. der Kosten, höchstens in Höhe des Betrages, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, erstattet. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der Arbeitgeber die Impfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

III. 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. II.

§ 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 Leistungsanspruchnahme 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 Persönliche elektronische Gesundheitsakte

1. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die BKK ProVita ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

2. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrags mit der BKK ProVita für die Versicherten tätig wird.

3. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Nr. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte

anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die BKK ProVita.

4. Die einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit einschließlich aller sich daraus für die Datenverarbeitung ergebenden Erfordernisse werden gewahrt.

§ 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

Versicherte können am Bonusprogramm BKK *BonusPlus* für gesundheitsbewusstes Verhalten freiwillig teilnehmen. Die Teilnehmer erhalten einen Geldbonus oder einen zweckgebundenen Bonus, wenn sie sich durch die Inanspruchnahme von

- regelmäßigen Leistungen zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V),
- Leistungen für Schutzimpfungen (§ 20 i SGB V) oder
- regelmäßigen Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) oder vergleichbaren qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

aktiv für ihre Gesundheit einsetzen. Das Nähere regeln die **Anlagen 1 bis 3 zu § 13 b** der BKK ProVita Satzung“.

§ 13 c Bonusprogramm BKK BonusPlus Ernährung

I. Versicherte können am Bonusprogramm BKK BonusPlus Ernährung freiwillig teilnehmen. Voraussetzung dafür ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten, mit der er die Teilnahmebedingungen für das Programm in der jeweils geltenden Fassung anerkennt.

II. Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die

1. Zahnvorsorge nach § 22, § 22 a, § 25 und § 55 Abs. 1 S. 4 SGB V in Anspruch nehmen
2. einen zertifizierten Gesundheitskurs zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 2 i. V. m. Abs. 5 SGB V in Anspruch nehmen

3. einen BMI im Normbereich haben
4. einen Blutdruck im altersgerechten Normbereich haben
5. Nichtraucher sind
6. eine aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein nachweisen.

Der Versicherte muss mindestens eine Maßnahme nach Nr. 1 oder Nr. 2 nachweisen. Um in den Genuss des Bonus zu gelangen sind mindestens drei Maßnahmen nachzuweisen. Höchstens können fünf Maßnahmen bonifiziert werden.

Der Bonus kann als Geldbonus oder als zweckgebundener Zuschuss gewährt werden.

A. Geldbonus:

Drei Maßnahmen=30 EUR
 Vier Maßnahmen=40 EUR
 Fünf bis sechs Maßnahmen=50 EUR

B. Zweckgebundener Bonus:

Drei Maßnahmen=80EUR
 Vier Maßnahmen=120 EUR
 Fünf bis sechs Maßnahmen=200 EUR

Der Anspruch auf die Auszahlung des Bonus entsteht erst nach Vorlage der Rechnungen im Original. Bei Kosten unterhalb der jeweiligen Bonushöhe werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.

Diese verauslagten Kosten werden als zweckgebundener Bonus erstattet:

1. Mitgliedschaftsgebühr in einem Verein für gesunde Ernährung
2. Kostenerstattung der regelmäßigen Überprüfung des Versorgungsstatus (z. B. für Vitamin B12)
3. Kostenerstattung von Eintrittskarten zu Informationsveranstaltungen mit gesundheitlicher Aufklärung
4. Kostenerstattung für Literatur zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens
5. Nahrungsergänzungsmittel.

Versicherte, die den zweckgebundenen Zuschuss nach Buchstabe B Nr. 5 gewählt haben, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten nur, sofern die Kasse nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der Leistungsanspruch bereits anderweitig ausgeschöpft ist.

Vorgenannte Maßnahmen dienen dazu, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern.

III. Das Nähere regeln die Teilnahmebedingungen, die Satzungsbestandteil sind.

§ 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 Absatz 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.

§ 15 Aufsicht

Die Aufsicht über die BKK ProVita führt das Bundesversicherungsamt.

§ 16 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 17 Bekanntmachungen

I. 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.

II. 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 Satzungs-vorschriften 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 fortgezählten 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 2,10 vom Hundert.
- (2) Der Umlagesatz für die Umlage U 2 beträgt 0,43 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 gem. § 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

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

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

1. Erstattung der Barauslagen nach dem BRKG, in der jeweils geltenden Fassung
- 1.1 Tage-/Übernachtungsgeld nach dem BRKG, in der jeweils geltenden Fassung

Das Tagegeld bemisst sich nach § 6 Abs. 1 BRKG (in Verbindung mit § 9 Abs. 4a des Einkommenssteuergesetzes). Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagegeld gemäß § 6 Abs. 2 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes.

Sind die nachgewiesenen Übernachtungskosten höher als das Übernachtungsgeld, so kann der Mehrbetrag bis zu 50 % des Übernachtungsgeldes erstattet werden. Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie unvermeidbar sind.

Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, sind vorab nach § 6 Abs. 2 Satz 2 BRKG zu kürzen.

1.2 Fahrkosten

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

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der niedrigsten Beförderungsklasse (§ 4 BRKG) sowie bei Benutzung

eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte (§ 7 Abs. 2 Satz 1 BRKG)

- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der Economy- (Touristen-)klasse (§ 4 Abs. 1 BRKG)
- c) bei Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des 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 der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag

Die Mitglieder des Verwaltungsrats erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag in Höhe von 60,00 €.

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

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

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

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

1. Pauschbetrag für Aufwand außerhalb von Sitzungen

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates und der stellvertretende Vorsitzende erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 250,00 €.

Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschalen gezahlt.

2. Auslagenersatz

Die dem Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen 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.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrats für Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen

Andere Mitglieder des Verwaltungsrats, die außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats oder des Ausschusses tätig werden, erhalten Entschädigungen nach I Ziffer 1 und 2.

Ein Pauschbetrag für Aufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt.* Dies gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

*In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschbetrages in Höhe des Pauschbetrages für Sitzungen oder eines Bruchteils hiervon.

-
- In Betracht kommt für diese Fälle die Gewährung eines Pauschbetrages in Höhe des Pauschbetrages für Sitzungen oder eines Bruchteils hiervon.

Anlage 1 zu § 13 b

Teilnahmebedingungen nach § 13 b

Bonusprogramm BKK *BonusPlus* für gesundheitsbewusstes Verhalten

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

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

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

2. Erklärung und Dauer der Teilnahme

Die Teilnahme am Bonusprogramm BKK *BonusPlus* ist vom Versicherten zu erklären. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. Die Teilnahme beginnt zum 01.01. des Kalenderjahres, in dem die jeweilige Teilnahmeerklärung eingeht; jedoch nicht vor Beginn der Versicherung bei der BKK ProVita. Das Bonusjahr ist das Kalenderjahr.

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. Dies gilt entsprechend für alle weiteren Bonusjahre.

3. Voraussetzungen für den Bonusanspruch

Zur Wahrung des Bonusanspruchs muss der Versicherte

- a) die erforderlichen Bonusmaßnahmen (siehe Anlage 2) vollständig und ordnungsgemäß im Bonuspass gegenüber der BKK ProVita nachweisen,
- b) den ausgefüllten Bonuspass bis spätestens 31.03. des Folgejahres einreichen und
- c) zum 31.12. des laufenden Bonusjahres, für das der Versicherte einen Bonusanspruch geltend macht, bei der BKK ProVita versichert sein sowie
- d) bei der Wahl des zweckgebundenen Bonus die erforderlichen Belege und Nachweise der verauslagten Kosten im Original einreichen.

Mit Bonusmaßnahmen, die außerhalb des jeweiligen Bonusjahres in Anspruch genommen wurden, kann kein Bonusanspruch erworben werden. Dies gilt auch für Bonusmaßnahmen, die außerhalb von Versicherungszeiten bei der BKK ProVita durchgeführt worden sind.

Jeder Versicherte führt einen eigenen Bonuspass und kann nur einen Bonuspass pro Bonusjahr einreichen. Falls der Bonuspass verloren geht, erhält der Teilnehmer einen neuen Pass. Die bis zum Verlust in den Pass eingetragenen Bonusmaßnahmen können nur angerechnet werden, wenn sie im neuen Bonuspass wieder bestätigt werden.

4. Bonusvarianten und Bonusstufen des Bonusprogramms BKK BonusPlus

Der Bonus des Bonusprogramms BKK *BonusPlus* wird entweder als Geldbonus oder als zweckgebundener Bonus gewährt.

Die Entscheidung über den Geldbonus oder zweckgebundenen Bonus trifft der Versicherte mit Einreichung des Bonuspasses bei der BKK ProVita. Diese Entscheidung kann für jedes Bonusjahr neu getroffen werden. Im Rahmen des zweckgebundenen Bonus erhalten Versicherte eine anteilige Bezuschussung für verauslagte Kosten der in Anlage 3 aufgeführten Maßnahmen. Dies gilt nur, sofern die BKK ProVita nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist.

Das Bonusprogramm unterscheidet zwischen einer Teilnahme bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres und einer Teilnahme ab Beginn des 16. Lebensjahres. Maßgeblich für die Teilnahme am Bonusprogramm bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder die Teilnahme am Bonusprogramm ab Beginn des 16. Lebensjahres (= 15. Geburtstag) ist das im jeweiligen Bonusjahr erreichte Lebensalter.

Das Bonusprogramm der BKK ProVita umfasst 3 Stufen:

Zur Erlangung eines Bonus der **Stufe 1** sind mindestens **vier** Maßnahmen nachzuweisen, davon mindestens eine Pflichtmaßnahme.

Zur Erlangung eines Bonus der **Stufe 2** sind mindestens **fünf** Maßnahmen nachzuweisen, davon mindestens eine Pflichtmaßnahme.

Zur Erlangung eines Bonus der **Stufe 3** sind mindestens **sechs** Maßnahmen nachzuweisen, davon mindestens eine Pflichtmaßnahme.

Bonusstufe	Geldbonus	Zweckgebundener Bonus
<u>Stufe 1:</u> 4 Maßnahmen, davon mind. 1 Pflichtmaßnahme	80 €	maximal 100 €
Stufe 2: 5 Maßnahmen, davon mind. 1 Pflichtmaßnahme	100 €	maximal 150 €
Stufe 3: 6 Maßnahmen, davon mind. 1 Pflichtmaßnahme	120 €	maximal 250 €

5. Nachweis der Bonusmaßnahmen

Die Bonusmaßnahmen sind vom Teilnehmer in der von der BKK ProVita jeweils vorgegebenen Form zu belegen. Der Nachweis erfolgt durch Bestätigung eines Arztes, Zahnarztes oder anderen Leistungserbringers. Dem Teilnehmer entstehende Kosten für die Nachweise werden von der BKK ProVita nicht übernommen.

Mit dem vollständigen Einreichen der Nachweise erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten im jeweiligen Bonusjahr für beendet; weitere Bonusmaßnahmen werden nicht berücksichtigt.

Eine nachgewiesene Bonusmaßnahme kann nur einmal pro Bonusjahr in einem Bonusprogramm (BKK *BonusPlus* oder BKK BonusPlus Ernährung) nach Wahl des Versicherten berücksichtigt werden.

Hat der Teilnehmer den Bonus aufgrund unrichtiger Angaben, Erklärungen, Bescheinigungen oder Unterlagen erhalten, ist der Bonusbetrag an die BKK ProVita zurück zu zahlen. Darüber hinaus kann die Teilnahme am Bonusprogramm BKK *BonusPlus* durch die BKK ProVita mit sofortiger Wirkung beendet werden, wenn der Teilnehmer die Unrichtigkeit zu vertreten hat. In diesem Fall ist die Teilnahme am Bonusprogramm BKK *BonusPlus* auch künftig ausgeschlossen.

6. Ende der Teilnahme und Verfall des Bonusanspruchs

Die Teilnahme am Bonusprogramm BKK *BonusPlus* kann jederzeit vom Versicherten beendet werden. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet überdies automatisch und zeitgleich mit dem Ende der Versicherung bei der BKK ProVita. Mit dem Ende der Versicherung verfallen sämtliche Ansprüche auf einen Bonus.

7. Übergangsregelung, Änderung und Einstellung des Bonusprogramms

Für Bonusansprüche, die im Jahr 2017 erworben wurden, gelten die bisherigen Regelungen bis zum Ende der Laufzeit, spätestens bis zum 31.03.2018. Die BKK ProVita behält sich vor, das Bonusprogramm jederzeit zu ergänzen, zu verändern oder einzustellen.

Anlage 2 zu § 13 b

Katalog der Bonusmaßnahmen nach § 13 b

Bonusprogramm BKK *BonusPlus* für gesundheitsbewusstes Verhalten

Versicherte bis einschließlich 15. Lebensjahr

Pflichtmaßnahmen (mindestens 1 pro Bonusjahr verpflichtend nachzuweisen)

- Nachweis der 2x jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung ab 6 Jahren (§ 22 Abs. 1 SGB V)
- die jeweils nach dem Lebensalter des Kindes angezeigte Untersuchung U1 bis U11 (§ 26 Abs. 1 SGB V)
- J 1 – Untersuchung (§ 26 Abs. 1 SGB V)

Frei wählbare Maßnahmen

- aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder alternativ aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
- Regelmäßiger Sport: Unter qualifizierter Leitung eines Übungsleiters erfolgreicher 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 Lauffreize). Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt
- Ablegen eines Sportabzeichens nach DOSB oder DLRG

- Regelmäßige Teilnahme an Baby-Schwimmkurs / Eltern-Kind-Turnen unter qualifizierter Übungsleitung, wenn diese nicht bereits im Rahmen der Mitgliedschaft im Sportverein bonifiziert wurde
- Body-Maß-Index (BMI) Nachweis von BMI-Werten im altersgerechten Normbereich

Versicherte ab dem 16. Lebensjahr

Pflichtmaßnahmen (mindestens 1 pro Bonusjahr verpflichtend nachzuweisen)

- Frauen und Männer ab Vollendung des 35. Lebensjahres mit der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung Gesundheits-Check-Up (§ 25 Abs. 1 SGB V). Der Anspruch besteht alle zwei Jahre.
- Versicherte nehmen eine Krebsfrüherkennungsmaßnahme (§ 25 Abs. 2 i. V. m. Abs. 4 SGB V) in Anspruch.
- Nachweis der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung (§ 22 Abs. 1, § 55 Abs. 1 SGB V).
- Kurse zur verhaltensbezogenen Prävention in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung oder Entspannung, Suchtmittelkonsum (Präventionskurs gemäß § 20 SGB V)

Frei wählbare Maßnahmen

- aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein
- aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio
- Regelmäßiger Sport: Unter qualifizierter Leitung eines Übungsleiters erfolgreicher 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 Lauffreize). Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt
- Ablegen eines Sportabzeichens nach DOSB oder DLRG
- Body-Maß-Index (BMI) Nachweis von BMI-Werten im altersgerechten Normbereich
- Nichtraucherstatus

Anlage 3 zu § 13 b

Katalog der bezuschussungsfähigen verauslagten Kosten beim zweckgebundenen Bonus nach § 13 b

Bonusprogramm BKK *BonusPlus* für gesundheitsbewusstes Verhalten

Bei verauslagten Kosten unterhalb der jeweiligen Bonushöhe werden maximal die tatsächlichen Aufwendungen bezuschusst. Maßnahmen, die bereits bei der Bonuserlangung als „Bonusmaßnahmen“ auf der Grundlage von Anlage 2 berücksichtigt worden sind, können im Rahmen des zweckgebundenen Bonus nicht bezuschusst werden.

Versicherte bis einschließlich 15. Lebensjahr

Bezuschussungsfähig sind beim zweckgebundenen Bonus folgende verauslagte Kosten für:

- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- erweiterte zahnmedizinische Leistungen (z. B. Versiegelung der Zähne)
- Mitgliedschaftsgebühr eines Sportverein oder Fitnessstudios
- Gebühr für Teilnahme an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung, z. B. durch zertifizierte Übungsleiter
- Eltern-Baby-Kurs zur Förderung der frühkindlichen Entwicklung, z. B. PEKiP® und vergleichbare qualitätsgesicherte Angebote
- Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapierichtungen
- private Zusatzversicherungsverträge für Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherte ab dem 16. Lebensjahr

Bezuschussungsfähig sind beim zweckgebundenen Bonus folgende verauslagte Kosten für:

- Akupunktur
- Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke
- Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapierichtungen
- Geräte zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus
- Mitgliedschaftsgebühr im Sportverein oder Fitnessstudio
- Gebühr für Teilnahme an Sportveranstaltungen unter qualifizierter Leitung, z. B. durch zertifizierte Übungsleiter
- private Zusatzversicherungsverträge für Kranken- und Pflegeversicherung
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen (z. B. Ultraschall zur Krebsfrüherkennung)
- Zusatzdiagnostik zur Vorsorge in der Schwangerschaft
- Mitgliedschaftsgebühr in einem Verein für Naturheilkunde, sofern nicht in einem anderen Bonusprogramm berücksichtigt
- Anthroposophische Heilmittel (z. B. Heileurythmie)“

Bonusstufe	Zweckgebundener Bonus
Stufe 1: 4 Maßnahmen, davon mind. 1 Pflichtmaßnahme	maximal 100 €
Stufe 2: 5 Maßnahmen, davon mind. 1 Pflichtmaßnahme	maximal 150 €
Stufe 3: 6 Maßnahmen, davon mind. 1 Pflichtmaßnahme	maximal 250 €

Anlage zu § 13 c

Teilnahmebedingungen § 13 c Bonusprogramm BKK BonusPlus Ernährung mit zweckgebundenem Bonus

- Teilnehmen können alle Mitglieder und ihre versicherten Angehörigen.
- Jeder Versicherte führt einen eigenen Bonuspass.
- Ein Bonusanspruch besteht ab mindestens drei Maßnahmen pro Bonusjahr. Die Maßnahmen sind im Bonuspass nachzuweisen. Es ist mindestens eine Pflichtmaßnahme nach § 13 c Abs. II Nr. 1 oder 2 der Satzung nachzuweisen.
- Alle Bonusmaßnahmen müssen im Bonuspass mit Stempel, Datum und Unterschrift der Arztpraxis, etc. bestätigt werden.
- Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. Die Teilnahme kann jederzeit beendet werden.
- Die BKK ProVita behält sich vor, das Bonusprogramm zu ergänzen, zu verändern oder einzustellen. Jeder Teilnehmer kann nur einen Bonuspass pro Bonusjahr einreichen.
 - Voraussetzung für die Auszahlung ist, dass am 31.12. des Bonusjahres eine Mitgliedschaft besteht.
 - Zur Teilnahme am Bonusprogramm ist die schriftliche Einschreibung erforderlich.
- Eine Teilnahme am Bonusprogramm BKK BonusPlus Ernährung als auch am Bonusprogramm BKK Bonus Plus für gesundheitsbewusstes Verhalten ist gleichzeitig möglich.
- Eine nachgewiesene Maßnahme kann nur einmal pro Bonusjahr in einem Bonusprogramm (BKK BonusPlus Ernährung oder BKK Bonus Plus für gesundheitsbewusstes Verhalten) nach Wahl des Versicherten berücksichtigt werden.

Bonusvergabe:

- Bonusmaßnahmen können erst ab Beginn der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung bei der BKK ProVita berücksichtigt werden.
- Es müssen mindestens drei Maßnahmen erfüllt sein, um einen Bonusanspruch auszulösen.
- Es ist mindestens eine Pflichtmaßnahme nach § 13 c Abs. II Nr. 1 oder 2 der Satzung nachzuweisen.
- Der Höchstwert pro Bonusjahr beträgt 50 EUR beim Geldbonus und 200 EUR beim zweckgebundenen Bonus.
- Das Bonusjahr entspricht dem Kalenderjahr.
- Maßnahmen, die während der Versicherung bei einer anderen Krankenkasse absolviert wurden, können nicht übertragen werden. Ebenso kann der Bonus nicht auf andere Krankenkassen übertragen werden.
- Sollte der Bonuspass verloren gehen, erhält der Teilnehmer einen neuen Pass. Die bis zum Verlust eingetragenen Maßnahmen können nur dann angerechnet werden, wenn sie im neuen Bonuspass wieder eingetragen und bestätigt werden.
- Ein Anspruch auf den Bonus besteht nur dann, wenn die Teilnahmebedingungen eingehalten werden.
- Der ausgefüllte Bonuspass muss bis spätestens 31.03. des Folgejahres, bei zweckgebundenem Bonus zusammen mit den jeweiligen Rechnungen bei der BKK ProVita eingereicht werden. Wird der Bonuspass nicht rechtzeitig eingesandt, verfällt der Anspruch auf den Bonus.

Die Maßnahmen:

1. Zahnvorsorge nach § 22, § 22 a, § 25 und § 55 Abs. 1 S. 4 SGB V

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung für Erwachsene (1x jährlich) ab Vollendung des 18. Lebensjahres. Individualprophylaxe für Kinder (2xjährlich).

2. Zertifizierte Gesundheitskurse zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 2 i. V. m. Abs. 5 SGB V

- Bewegung
- Gesunde Ernährung oder Gewichtsreduktion
- Stressbewältigung oder Entspannung
- Suchtmittelkonsum

3. BMI im Normbereich

Body-Maß-Index (BMI) Nachweis von BMI-Werten im altersgerechten Normbereich. Der Nachweis muss durch einen Arzt oder Apotheker erfolgen.

4. Blutdruck im altersgerechten Normbereich

Blutdruck liegt im altersgerechten Normbereich. Der Nachweis muss durch einen Arzt oder Apotheker erfolgen.

5. Nichtraucherstatus

Der Versicherte ist seit einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten nikotinfrei. Die Bestätigung erfolgt durch einen Arzt.

6. Aktive Mitgliedschaft im Sportverein

Aktive Mitgliedschaft im Sport-/Betriebssportverein. Der Verein bestätigt die Durchführung des Gemeinschaftssports durch einen qualifizierten Übungsleiter.