

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

Stand: 01.06.2016

## **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
- § 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 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- § 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 zu § 13 b           | Teilnahmebedingungen § 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten |
| Anlage zu § 8 c            | Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen/Integrierte Versorgung   |

## **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 und der BETRIEBSKRANKENKASSE DER SCHWESTERSCHAFT MÜNCHEN VOM BAYERISCHEN ROTEN KREUZ nach Umbenennung am 01.10.2014 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

sowie auf das Mutterhaus der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz.

Der Bereich der BKK ProVita erstreckt sich 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 01.01.2013.
  
- 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 Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit 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 Stimmenzahl für Wahlberechtigte, die zur Gruppe der Arbeitgeber gehören**

Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm Beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen bis zur Höchstzahl von 400 Stimmen. Wählbar ist nicht, wer am Tage der Wahlausschreibung fällige Beiträge nicht bezahlt hat.

### **§ 3 Vorstand**

- 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 Widersprachausschusses 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**

### **I. Versicherungspflichtige Mitglieder**

Der Kreis der bei der BKK ProVita versicherten Personen umfasst:

- 1.** Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
  - 1a.** als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
- 2.** Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 3.** Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.
- 4.** Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
- 5.** Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung; es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten i. S. d. § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen, oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungsweges, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur

Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren.

12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens 9/10 des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17 a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
14. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
  - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
  - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

## **II. Freiwillige Mitglieder**

Der Versicherung zur BKK ProVita können unter den im Gesetz und in der Satzung genannten Voraussetzungen beitreten:

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens

vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb nicht bestanden hat, weil Arbeitslosengeld zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 des SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches , wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; wenn sie beim Beitritt noch nicht 40 Jahre alt sind.
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,

**III.** Die in Absatz I und II genannten Personen können die BKK ProVita unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn:

1. sie zu dem in § 1 Abs. II der Satzung genannten Bereich gehören oder

2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der BKK ProVita versichert ist,
4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der BKK ProVita versichert ist,
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind, oder
6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

#### **IV. 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 zwei 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 Mitgliedsbescheini-

gung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

- II.** Erhebt die BKK ProVita nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die BKK ProVita hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die BKK ProVita ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III.** 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 freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.
- IV.** Wenn ein Wahltarif nach §§ 8 b (Prämienzahlung), 12 a (Selbstbehalt) oder 8 d (Wahltarif Krankengeld) gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur BKK ProVita frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8 b Absatz VI, 12 a Absatz VII oder § 8 d Absatz XVIII und XIX gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 8 d gewählt haben.
- V.** Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können ihre Mitgliedschaft ohne Einhaltung der Frist nach Absatz I Satz 1 kündigen, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Betriebskrankenkasse begründet werden soll. Die Kündigungsfrist nach Absatz I Satz 2 ist zu beachten.



## **§ 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    Wahltarif Prämienzahlung**

I. Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der BKK ProVita versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der BKK ProVita in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der Betriebskrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.

II. Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention (§§ 20, 20 d SGB V)
- Leistungen zu Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
- medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V).

III. Die jährliche Prämienzahlung beträgt 200 EUR. Sie ist begrenzt auf 1/12 des im Kalenderjahr an die BKK ProVita gezahlten Jahresbeitrages. Bei einem unterjährigem Tarifeinstieg erfolgt die Prämienzahlung anteilig. Absatz IV gilt.

- IV. Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt 20 v H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR nicht überschreiten.
- V. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Absatz I nicht wählen. Eine Prämienzahlung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied für sich und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen für dasselbe Kalenderjahr einen Selbstbehalttarif wählt oder gewählt hat.
- VI. Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. 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 SGB V frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V 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 Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der BKK ProVita nicht möglich. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Der Wahltarif kann abweichend von Satz 1 innerhalb eines Monats nach Feststellung der Hilfebedürftigkeit gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

## **§ 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 regionalen Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten da-

zu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Eine gleichzeitige Teilnahme an Versorgungsverträgen, deren Leistungsinhalte sich überschneiden, ist ausgeschlossen. Versicherte, die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, können während der Dauer ihrer Teilnahme keine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V für den Bereich der ärztlichen Versorgung wählen.

2. Die Teilnehmer verpflichten sich durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung gegenüber der BKK ProVita, nur einen am entsprechenden Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarzt (ein aktuelles Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte wird auf der Homepage der BKK ProVita zur Verfügung gestellt) sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte, nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. In Vertretungsfällen ist ausschließlich der vom gewählten Hausarzt genannte Vertreter in Anspruch zu nehmen.

Die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt. Für familienversicherte Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres entscheidet ausschließlich ein gesetzlicher Vertreter über die Einschreibung.

3. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung beginnt mit dem Tag, der im Bestätigungsschreiben der BKK ProVita genannt ist. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten 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.

4. Die Versicherten können ihre Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK ProVita ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung

genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK ProVita. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK ProVita dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben.

5. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes sowie die weiteren Verpflichtungen nach Absatz II ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln. Unberührt hiervon bleibt die Verpflichtung, für mindestens ein Jahr an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen. Eine Kündigung der Wahl seines Hausarztes sowie der weiteren Verpflichtungen nach Absatz II kann frühestens 6 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres erfolgen. Die Kündigung sowie ein Arztwechsel ist der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären. Kündigt der Versicherte nicht oder nicht fristgerecht, setzt sich die Teilnahme am Vertrag automatisch fort.

6. Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten nach Absatz II, wird der Versicherte aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Ferner werden bei der unzulässigen direkten Inanspruchnahme von Facharztleistungen Vergünstigungen im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert; bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten wird auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von Fachärzten entstanden sind. Dies gilt auch, wenn ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung werden dem Versicherten auferlegt. Pflichtwidrigkeit liegt nicht vor in Notfällen bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z. B. Urlaub).

## **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 Integrierte Versorgung**

1. Die BKK ProVita bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V auf der Grundlage von Verträgen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.

2. Die BKK ProVita führt ein Verzeichnis über die integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V. Dieses ist Bestandteil der Satzung (Anlage zu § 8 c Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen/Integrierte Versorgung). Das Verzeichnis enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die teilnehmenden Leistungserbringer und den Ort der Durchführung der integrierten Versorgung.

3. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Einschreibung des Versicherten in die integrierte Versorgung der im Bestätigungsschreiben der BKK ProVita genannt ist. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten 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.

4. Die Versicherten können ihre Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK ProVita ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK ProVita. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK ProVita dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

#### **IV. Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung**

1. Die BKK ProVita bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
2. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweiligen Region abgeschlossenen Verträgen. Die BKK ProVita führt ein Verzeichnis über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die besonderen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, die Folgen bei Pflichtverstößen, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, den Beginn der Teilnahme sowie gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot. Die BKK ProVita stellt den teilnehmenden Versicherten dieses Verzeichnis zur Verfügung.

3. Der Versicherte ist an die Verpflichtungen nach Absatz 2 für die Dauer eines Jahres gebunden. Er soll bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz 1 andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen. Eine Kündigung der Verpflichtungen nach Absatz 2 kann nach Ablauf der zeitlichen Bindung erfolgen. Die Kündigung ist der BKK ProVita schriftlich zu erklären.

4. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten 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.

5. Die Versicherten können ihre Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK ProVita ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK ProVita. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BKK ProVita dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 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. XVIII.) 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 durch-

schnittliche 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 XX. 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 0,6% monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

## **§ 10 Fälligkeit der Beiträge**

- I. 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.
2. Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV- Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.

## **§ 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 75 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

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung von Krankheiten
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um 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**

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

(1) als dasjenige, für das die BKK ProVita eine Vereinbarung nach § 130 a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder

(2) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre.

Eine Mindestbindungsfrist für die 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.

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 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.

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 Anthroposophie)**

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.

## **§ 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 d SGB V)

- Leistungen zu 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.

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. § 8 b Absatz IV gilt. 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 b Abs. V gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei Wahl des Tarifs Prämienzahlung die Teilnahme am Wahltarif Selbstbehalt ausgeschlossen ist.

## **§ 12 b Primärprävention**

Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK ProVita auf Basis des Leitfadens Prävention- Handlungsfelder und Kriterien des GKV- Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung- Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

### **Bewegungsgewohnheiten:**

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

### **Ernährung:**

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

**Stressmanagement:**

- Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

**Suchtmittelkonsum:**

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol/zur 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 d Abs. 1 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.

## **§ 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 Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Arbeitgeber und in dem Betrieb beschäftigte Kassenmitglieder erhalten einen Bonus, wenn vom Arbeitgeber mit der BKK ProVita für alle oder ausgewählte Betriebsteile ein Vertrag über Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Bereichen Nichtraucherschutz oder Suchtvorbeugung abgeschlossen und die qualifizierte Durchführung nachgewiesen wird. Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dürfen nicht bereits Gegenstand des Arbeitsschutzes sein. Die Bonusleistung beträgt jeweils 30 EUR je Mitglied. Die Höhe des Bonus darf nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen und die Aufwendungen des Arbeitgebers für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht überschreiten.

### **§ 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten**

I. Mitglieder und deren versicherte Familienangehörige können am Bonusprogramm BKK Bonus Plus für gesundheitsbewusstes Verhalten 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 regelmäßig Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V, Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20 i SGB V oder regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen. Die Inhalte des Nachweises sind den Teilnahmebedingungen zu entnehmen.

III. Die Durchführung der Bonusmaßnahmen ist vom Arzt, Zahnarzt oder dem Leistungsanbieter im Bonuspass zu bestätigen. Soweit es sich nicht um gesetzliche oder satzungsmäßige Leistungen handelt, gehen die Kosten der Teilnahme zu Lasten des Versicherten.

IV. Für die Durchführung jeder Bonusmaßnahme erhält der Versicherte Bonuspunkte. Der Bonus wird auf Antrag gewährt und als Geldprämie an den Versicherten ausgeschüttet. Der Bonus wird spätestens in dem Jahr, das auf das Bonusjahr folgt, ausgezahlt. Das Bonusjahr entspricht dem Kalenderjahr.

V. Zur Wahrung des Bonusanspruchs muss das Mitglied und seine versicherten Angehörigen

- a) die erforderlichen Bonusmaßnahmen vollständig und ordnungsgemäß im Bonuspass nachweisen
- b) den ausgefüllten Bonuspass bis zum 31.03. des Folgejahres einreichen
- c) zum 31.12. des laufenden Bonusjahres, für das das Mitglied und seine familienversicherten Angehörigen einen Bonusanspruch geltend machen, bei der BKK ProVita versichert sein.

Kündigt das Mitglied im laufenden Bonusjahr seine Mitgliedschaft bei der BKK ProVita, verfallen alle Bonuspunkte.

VI. Spätester Anmeldeschluss für die Teilnahme am laufenden Bonusprogramm ist jeweils der 31.12. des Jahres. Anmeldungen, die nach dem 31.12. des Jahres eingehen, können erst für das folgende Bonusjahr berücksichtigt werden.

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

#### **§ 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 Aushang in den Räumen der BKK ProVita, außerdem im Internet unter [www.bkk-provita.de](http://www.bkk-provita.de), sowie durch nachrichtliche Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der BKK ProVita beträgt die Aushangfrist 1 Woche.

Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu machen.

##### **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 beschlossen. Sie tritt zum 01.10.2014 in Kraft.

Bergkirchen, den 24.09.2014

Siegel

## **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 fortgezahlt 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 1,80 vom Hundert.
- (2) Der Umlagesatz für die Umlage U 2 beträgt 0,38 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 01.10.2014 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 nach dem BRKG

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 Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Abs. 1 oder 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

## 2. Erstattung des Verdienstauffalls und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des 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 Verdienstauffall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstauffall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstauffall 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 45,00 €.

## 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 erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 135 €.

Der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrats erhält für die Wahrnehmung seiner Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 100 €.

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**

### **Teilnahmebedingungen § 13 b Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten**

#### **BKK ProVita *BonusPlus***

- Teilnehmen können alle Mitglieder der BKK ProVita und ihre familienversicherten Angehörigen. Familienversicherte Angehörige teilen sich mit dem Hauptversicherten einen Bonuspass. Jeder selbst Versicherte führt einen eigenen Bonuspass.
- Sie haben Anspruch auf einen Bonus, wenn Sie pro Bonusjahr insgesamt mindestens 80 Bonuspunkte im Bonuspass nachweisen.
- Für jede durchgeführte und bestätigte Bonusmaßnahme erhalten Sie 20 Bonuspunkte. Alle Bonusmaßnahmen müssen im Bonuspass mit Stempel, Datum und Unterschrift der Arztpraxis, des Sportvereins etc. bestätigt werden. Ist dies nicht möglich, fügen Sie bitte Kopien der entsprechenden Nachweise bei.
- Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. Sie können die Teilnahme jederzeit beenden. 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 vorherige schriftliche Einschreibung erforderlich.
- 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.
- Das Bonusjahr entspricht dem Kalenderjahr.
- Bonuspunkte von anderen Krankenkassen sind nicht übertragbar. Ebenso können auch keine Bonuspunkte auf andere Krankenkassen übertragen werden.
- Ein Anspruch auf den Bonus besteht nur dann, wenn die Teilnahmebedingungen eingehalten werden. Einsendeschluss für den Bonuspass ist der 31.03. des Folgejahres. Bitte senden Sie den Pass direkt an die BKK ProVita. Wird der Bonuspass nichtrechtzeitig eingesandt, verfallen alle angesammelten Punkte.

#### **Teilnahmebedingungen und allgemeine Hinweise**

Frauen und Männer ab Vollendung des 35. Lebensjahres mit der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung Gesundheits-Check-Up gemäß § 25 Abs. 1 SGB V. Der Anspruch besteht alle zwei Jahre.

- Versicherte nehmen eine Krebsfrüherkennungsmaßnahme gemäß § 25 Abs. 2 i. V. m. Abs. 4 SGB V in Anspruch.

- Nachweis der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung ab Vollendung des 18. Lebensjahres
- Body-Maß-Index (BMI) Nachweis von BMI-Werten im altersgerechten Normbereich
- 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 Lauftreffs). Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis werden nicht anerkannt.
- Bewegungsangebote im qualitätsgesicherten Fitnessstudio
- Bewegungsangebote im Sportverein/Betriebssportverein
- Zahnvorsorgeuntersuchungen für Kinder, Individualprohylaxe zweimal jährlich ab Vollendung des sechsten und bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- Für jede Maßnahme werden 20 Punkte vergeben.
- Es müssen mindestens 4 Maßnahmen erfüllt sein, um einen Bonusanspruch auszulösen.
- Höchstwert für Mitglieder ohne Familienversicherte: 120 Punkte
- Höchstwert für Mitglieder mit Familienversicherte: 160 Punkte
- 1 Punkt entspricht 1 Euro.

### **Anlage zu § 8 c Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen/Integrierte Versorgung**

#### **Integrierte Versorgung – ein Angebot für unsere Versicherten**

Haben Sie eine derartige Situation vielleicht auch schon erlebt? Bei einer Erkrankung mussten Sie selbst die passende Reha-Einrichtung oder Klinik für sich suchen, gleiche Untersuchungen wurden doppelt durchgeführt und die Behandlung musste teilweise von Ihnen koordiniert werden? Mit unserem Angebot zur Integrierten Versorgung möchten wir Sie vor solchen Negativerlebnissen bewahren.

#### ***Warum Integrierte Versorgung?***

Ein zentrales Problem des deutschen Gesundheitswesens ist die starre Abgrenzung der einzelnen Sektoren (ambulant und stationär) und die unzureichende Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Häufig erhält der weiterbehandelnde Arzt keine oder nur unzureichende Informationen des Vorbehandlers mit der Folge, dass Untersuchungen erneut durchgeführt werden müssen.



Die Gesundheitsreform aus dem Jahre 2004 ermöglichte es den gesetzlichen Krankenkassen, für bestimmte Krankheitsbilder Verträge direkt mit einzelnen Leistungserbringern, wie z. B. Ärzten, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, zu schließen.

Die Versorgung der Patienten wird dadurch qualitativ hochwertiger und effizienter, weil alle am Behandlungsprozess Beteiligten kontinuierlich Hand in Hand zusammenarbeiten.

### **Die Vorteile für Sie**

- qualitativ hochwertige und gut koordinierte Versorgung
- erfahrene und kompetente Vertragspartner
- Gewährung von zusätzlichen Leistungen
- eventuell verkürzte Behandlungsdauer
- gegebenenfalls bessere Behandlungsergebnisse
- meist geringere Eigenbeteiligung
- umfassende Information
- möglicherweise verkürzte Wartezeiten

### ***Wer kann teilnehmen?***

Alle Versicherten der BKK ProVita können die Leistungen aus den Verträgen zur Integrierten Versorgung in Anspruch nehmen, die in den einzelnen Bundesländern angeboten werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Behandlung von einem Vertragspartner durchgeführt wird und die Teilnahme vom Versicherten vor Beginn der Behandlung schriftlich erklärt wird.

### ***Wir sind für Sie da***

In allen Fragen zur Integrierten Versorgung oder zu einzelnen Verträgen wenden Sie sich bitte an Frau Petra Maurer-Honisch unter der Telefonnummer 0 81 31 / 61 33 -1721 oder [petra.maurer-honisch@bkk-provita..de](mailto:petra.maurer-honisch@bkk-provita..de)

## **Unser Angebot für Sie**

Sofern die medizinischen Voraussetzungen vorliegen, können Sie in den einzelnen Bundesländern Leistungen der nachfolgend beschriebenen Verträge in Anspruch nehmen:

### Bundesweite Verträge

Bayern

Baden-Württemberg

Berlin und Brandenburg

Bremen

Hessen

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

Rheinland-Pfalz

Sachsen

Sachsen-Anhalt

Thüringen

### **Bundesweite Verträge**

#### **Clever für Kids**

Gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendarzt kümmern wir uns die Gesundheit Ihres Kindes mit umfangreichen Leistungen von Geburt bis zum 17. Lebensjahr

Clever für Kids ist ein Programm für Kinder und Jugendliche bundesweit und enthält eine Vielzahl von zusätzlichen Leistungen, da uns die Gesundheit der bei uns versicherten Kinder und Jugendlichen am Herzen liegt. In Bayern, Hessen und Bremen wird zusätzlich der inhaltlich fast identische BKK starke Kids Vertrag angeboten. Die Teilnahme ist nur an einem Programm möglich.

Das Programm umfasst folgendes Leistungsangebot:

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| - Rotaviren-Schutzimpfung  | (6 – 32 Lebenswoche) |
| - Baby-Check I             | (0 – 5 Monate)       |
| - Baby-Check II            | (6 – 13 Monate)      |
| - Vorsorgeuntersuchung U7a | (33 – 36 Monate)     |
| - Vorsorgeuntersuchung U10 | (7 – 8 Jahre)        |
| - Vorsorgeuntersuchung U11 | (9 – 10 Jahre)       |

- Vorsorgeuntersuchung J2

(16 - 17 Jahre)

Das Angebot gilt für alle Versicherten Kinder der genannten Altersstufen und ist kostenfrei. Die Einschreibung erfolgt bei einem Kinder- oder Jugendarzt, der am Programm Clever für Kids teilnimmt. Gerne informieren wir Sie über teilnehmende Ärzte in der Nähe Ihres Wohnortes.

### **Homöopathie**

Die sanfte Medizin liegt im Trend. Viele unserer Versicherten schätzen das Naturheilverfahren. Die BKK ProVita bietet deshalb bei der Homöopathie eine besondere Leistung an.

Die BKK ProVita hat mit dem Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V. (DZVhÄ) einen Vertrag über die ärztliche Versorgung mit klassischer Homöopathie abgeschlossen. An diesem Vertrag dürfen die Ärzte teilnehmen, die ein Homöopathie-Diplom des DZVhÄ erworben haben oder eine vergleichbare anerkannte Qualifikation nachweisen können. Bundesweit nehmen knapp 1.400 Ärzte an diesem Vertrag teil.

Das Leistungsangebot umfasst unter anderem:

- eine etwa einstündige Erstanamnese, um das Krankheitsbild eingehend zu analysieren
- die homöopathische Analyse
- notwendige Folgeanamnesen und Beratung
- Information und Beratung über die Anwendung homöopathischer Arzneimittel

Teilnehmen können alle Versicherten, die bei einem Arzt in Behandlung sind, der an diesem Vertrag teilnimmt. Gerne informieren wir Sie über teilnehmende Ärzte in der Nähe Ihres Wohnortes.

### **Bayern**

#### **IGV bei Essstörungen - TNESS (Therapienetz Essstörung GmbH)**

bei Ihnen bzw. Ihrem Kind besteht der Verdacht auf eine Essstörung? Dieses Programm unterstützt Sie bei der Auswahl der richtigen Behandlung.

Essstörungen sind schwerwiegende psychosomatische Erkrankungen und erfordern eine professionelle Behandlung. Es gibt zahlreiche Angebote, und oft ist es für Betroffene schwer zu erkennen, welches passend sein könnte. Deshalb stellt die BKK ProVita ihren Patienten, die im Raum München wohnen, nunmehr einen so genannten Case Manager als professionellen Ansprechpartner zur Seite – TNESS (Therapienetz Essstörung GmbH). Er motiviert und berät den

Patienten, koordiniert die verschiedenen Behandlungen, organisiert Termine und steht in Notsituationen zur Seite.

## **Hallo Baby**

### **Das Vorsorgeprogramm zur Verhinderung von Frühgeburten**

In Deutschland kommen jährlich rund 750.000 Kinder auf die Welt. Die meisten Schwangerschaften und Geburten verlaufen problemlos, der Anteil an Frühgeburten liegt bei ungefähr 8%. Das heißt, dass rund 60.000 Babys vor dem Ende der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Die erste Zeit mit dem Frühchen ist eine Belastungsprobe für die ganze Familie.

Mittlerweile ist bekannt, dass ein Großteil der Frühgeburten bei rechtzeitiger Intervention vermeidbar wären. Diesem Thema hat sich die BKK ProVita mit dem Programm "**Hallo Baby**" angenommen.

Mit einem umfassenden Katalog an Maßnahmen, der u. a. eine Risikoanamnese zu Beginn der Schwangerschaft, die Ausgabe von ph-Testhandschuhen und die Hinzuziehung von Spezialisten im Ernstfall beinhaltet, soll der Gefahr einer Frühgeburt entgegengewirkt werden.

Teilnehmen können alle schwangeren Versicherten, die bei einem Frauenarzt in Behandlung sind, der ebenfalls Vertragspartner von „Hallo Baby“ ist.

## **BKK Starke Kids**

Gemeinsam mit dem Kinderarzt kümmern wir uns um die Gesundheit Ihres Kindes mit umfangreichen Leistungen von Geburt bis zum 17. Lebensjahr.

BKK Starke Kids ist ein Programm für Kinder und Jugendliche in Bayern und enthält eine Vielzahl von zusätzlichen Leistungen, da uns die Gesundheit der bei uns versicherten Kinder und Jugendlichen am Herzen liegt.

Das Programm umfasst folgendes Leistungsangebot:

- Sprachbeurteilung (21 - 24 Monate)
- Kindergartencheck mit Augenuntersuchung (20 - 27 Monate)
- beim Augenarzt und Sprachtest (33 - 42 Monate)
- Kita-Fragebogen (46 - 48 Monate  
und 60 - 64 Monate)
- Grundschulcheck I (7 - 8 Jahre)
- Grundschulcheck II (9 - 10 Jahre)
- Jugendcheck (16 - 17 Jahre)

- BKK-STARKE-KIDS-Sprechstunde
- Tonsillotomie - Schonendes Operationsverfahren bei vergrößerten Gaumenmandeln (für Kinder zwischen 2 und 6 Jahren)

Das Angebot gilt für alle versicherten Kinder in Bayern innerhalb der genannten Alterstufen und ist kostenfrei. Die Einschreibung erfolgt bei einem Kinder- oder HNO-Arzt, der am Programm Starke Kids teilnimmt. Gerne informieren wir Sie über teilnehmende Ärzte in der Nähe Ihres Wohnortes.

### **Programm für seelische Gesundheit der Technischen Universität München**

Ein Programm für Menschen, bei denen die Diagnose Psychose, Depression, bipolare oder schizoaffektive Erkrankung gestellt wurde.

Die BKK ProVita hat für Versicherte, die an einer der genannten Diagnosen leiden und im Raum München wohnen, einen Behandlungsvertrag mit dem Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München geschlossen. Ziel ist die Vermeidung einer stationären (Wieder-)Aufnahme mit einem umfangreichen Angebot aus Information, Training und Bewegung. Gerne informieren wir Sie über Ansprechpartner zu näheren Auskünften und qualifizierter Beratung.

### **Cyberknife**

Das Cyberknife System bietet eine innovative, erprobte Behandlungsalternative für Patienten mit Tumoren an schwer zugänglichen Stellen

Die BKK ProVita hat einen Vertrag mit dem Cyberknife Zentrum München Großhadern geschlossen. Hierbei geht es um die schonende Behandlung von schwer zugänglichen Tumoren mittels der neuartigen Cyberknife-Technologie. In Frage kommt diese Methode für Tumore in operativ schwer zugänglichen Körperregionen, wie Gehirn, Rückenmark, Wirbelsäule, Lunge und Leber. Das Verfahren bietet viele Vorteile für den Patienten, u. a. kann ein langer Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Leider kann diese Behandlungsform nicht bei jedem Patienten, der an einer der genannten Erkrankungen leidet, angewendet werden. Die Entscheidung darüber, ob die Behandlung möglich ist, obliegt den Ärzten im Cyberknife Zentrum München Großhadern. Gerne informieren wir Sie über Ansprechpartner zu näheren Auskünften und qualifizierter Beratung.

### **Integrierte Versorgung bei unerfülltem Kinderwunsch**

Zunehmend mehr Paare in Deutschland sind von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen und die Behandlung in einer Kinderwunschklinik stellt oft die einzige Möglichkeit dar, ein eigenes Kind zu bekommen. Diesem Thema hat sich die BKK ProVita mit einem Integrierten Versorgungsvertrag „Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch“ angenommen. Das Ziel dieser Vereinbarung ist es, die einzelnen Schritte der künstlichen Befruchtung optimal aufeinander abzustimmen, um dadurch die Behandlungsqualität und die Chance auf die Geburt eines gesunden Kindes zu verbessern.

## **Sachsen-Anhalt:**

### **Hallo Baby**

Das Vorsorgeprogramm zur Verhinderung einer Frühgeburten

In Deutschland kommen jährlich rund 750.000 Kinder auf die Welt. Die meisten Schwangerschaften und Geburten verlaufen problemlos, der Anteil an Frühgeburten liegt bei ungefähr 8%. Das heißt, dass rund 60.000 Babys vor dem Ende der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Die erste Zeit mit dem Frühchen ist eine Belastungsprobe für die ganze Familie.

Mittlerweile ist bekannt, dass ein Großteil der Frühgeburten bei rechtzeitiger Intervention vermeidbar wären. Diesem Thema hat sich die BKK ProVita mit dem Programm "**Hallo Baby**" angenommen.

Mit einem umfassenden Katalog an Maßnahmen, der u. a. eine Risikoanamnese zu Beginn der Schwangerschaft, die Ausgabe von ph-Testhandschuhen und die Hinzuziehung von Spezialisten im Ernstfall beinhaltet, soll der Gefahr einer Frühgeburt entgegengewirkt werden.

Teilnehmen können alle schwangeren Versicherten, die bei einem Frauenarzt in Behandlung sind, der ebenfalls Vertragspartner von „Hallo Baby“ ist.

### **Ambulante Operationen:**

Wer operiert werden muss, scheut sich nicht selten vor einem Krankenhausaufenthalt und würde diesen gerne umgehen.

Viele Eingriffe können heute bereits ambulant oder zumindest kurzstationär durchgeführt werden.

Deshalb hat die BKK ProVita für Ihre Versicherten in Sachsen-Anhalt mit mehreren Einrichtungen (Praxisklinik Sudenburg, Saale Klinik Halle) Verträge abgeschlossen, so dass eine große Zahl an operativen Eingriffen aus den Fachbereichen Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Kardiologie, Gynäkologie, etc. ambulant durchgeführt werden können.

## **Sachsen:**

### **Hallo Baby**

Das Vorsorgeprogramm zur Verhinderung einer Frühgeburten

In Deutschland kommen jährlich rund 750.000 Kinder auf die Welt. Die meisten Schwangerschaften und Geburten verlaufen problemlos, der Anteil an Frühgeburten liegt bei ungefähr 8%. Das heißt, dass rund 60.000 Babys vor dem Ende der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Die erste Zeit mit dem Fröhchen ist eine Belastungsprobe für die ganze Familie.

Mittlerweile ist bekannt, dass ein Großteil der Frühgeburten bei rechtzeitiger Intervention vermeidbar wären. Diesem Thema hat sich die BKK ProVita mit dem Programm "**Hallo Baby**" angenommen.

Mit einem umfassenden Katalog an Maßnahmen, der u. a. eine Risikoanamnese zu Beginn der Schwangerschaft, die Ausgabe von ph-Testhandschuhen und die Hinzuziehung von Spezialisten im Ernstfall beinhaltet, soll der Gefahr einer Frühgeburt entgegengewirkt werden.

Teilnehmen können alle schwangeren Versicherten, die bei einem Frauenarzt in Behandlung sind, der ebenfalls Vertragspartner von „Hallo Baby“ ist.

## **Berlin und Brandenburg:**

### **Endoprothetik**

Um eine Verbesserung der Vernetzung zwischen Akutklinik und Rehabilitation bei Gelenkersatz zu erreichen, hat die BKK ProVita in Berlin einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen. Bei Knie- und Hüftgelenkersatz kann dadurch eine optimal auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmte Behandlung und Betreuung erreicht werden. Vorteile für den Patienten sind weiterhin eine verkürzte Wartezeit auf einen Operationstermin, die krankengymnastische Betreuung des Patienten bereits vor der Operation und die Möglichkeit von regelmäßigen Nachuntersuchungen nach dem Eingriff und der Rehabilitation.

## **Bremen**

### **Ambulante Operationen**

Wer operiert werden muss, scheut sich nicht selten vor einem Krankenhausaufenthalt und würde diesen gerne umgehen.

Deshalb hat die BKK ProVita für Ihre Versicherten in Bremen mit mehreren ambulanten OP Zentren und einem Krankenhaus einen Vertrag abgeschlossen, so dass eine große Zahl an operativen Eingriffen aus den Fachbereichen Augenchirurgie, Orthopädie, Urologie, Kardiologie, Gynäkologie, etc. ambulant durchgeführt werden können.

## **BKK Starke Kids**

BKK Starke Kids ist ein Programm für Kinder in Bremen und enthält zwei zusätzliche U-Untersuchung:

- Die sog. U10, auch Grundschulcheck genannt: Diese ist für Kinder im Alter von sieben bis acht Jahren vorgesehen, die Schwerpunkte liegen auf dem frühzeitigen Erkennen von Lese-/Rechtschreib- und Rechenstörungen, Störungen in der motorischen Entwicklung und der Überprüfung der allgemeinen Entwicklung des Kindes.
- die sog. U11, auch Schülercheck genannt. Dieser ist für Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren vorgesehen. Hierbei geht es um Themen wie Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien und gesundheitsschädigendes Medienverhalten.

Teilnehmen können alle Kinder in Bremen, die bei einem Kinderarzt in Behandlung sind, der an „BKK Starke Kids“ beteiligt ist und die im entsprechenden Alter sind.



## **BKK Starke Kids**

BKK Starke Kids ist ein Programm für Kinder in Niedersachsen und enthält zwei zusätzliche U-Untersuchung:

- Die sog. U10, auch Grundschulcheck genannt: Diese ist für Kinder im Alter von sieben bis acht Jahren vorgesehen, die Schwerpunkte liegen auf dem frühzeitigen Erkennen von Lese-/Rechtschreib- und Rechenstörungen, Störungen in der motorischen Entwicklung und der Überprüfung der allgemeinen Entwicklung des Kindes.
- die sog. U11, auch Schülercheck genannt. Dieser ist für Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren vorgesehen. Hierbei geht es um Themen wie Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien und gesundheitsschädigendes Medienverhalten.

Teilnehmen können alle Kinder in Niedersachsen, die bei einem Kinderarzt in Behandlung sind, der an „BKK Starke Kids“ beteiligt ist und die im entsprechenden Alter

## **Brachytherapie**

Brachytherapie ist eine Bestrahlung von innen, geeignet für Patienten mit Prostatakrebs

Versicherte der BKK ProVita die an Prostatakrebs leiden, können sich ambulant in bestimmten Krankenhäusern in Hannover behandeln lassen. Wenn die Ärzte gute Erfolgschancen sehen, können BKK ProVita Versicherte eine ambulante Brachytherapie bei Prostatakrebs erhalten. Sofern die Diagnose es erlaubt, sollte eine ambulante Therapie erwogen werden. Bei dieser Therapie werden schwachradioaktive Stifte bei einer ambulanten Operation in die Prostata implantiert. Dadurch werden die Krebszellen zerstört. Versicherte haben durch diese Therapie im Vergleich zur radikalen Prostata-Operation eine gleich große Chance, dass sie vom Krebs geheilt werden und dies bei deutlich weniger Nebenwirkungen - wie z.B. einer Impotenz oder Inkontinenz.

## **GammaKnife:**

Einen innovativen Weg geht die die BKK ProVita mit Ihrem Integrieren Versorgungsvertrag mit dem Gamma-Knife-Center Hannover . Für Indikationen wie z. B. gut- und bösartige Tumore des Gehirns kann unter bestimmten Voraussetzungen eine radiochirurgische Behandlung mit dem sog. Gamma Knife erfolgen. Die Behandlung kann ambulant durchgeführt werden, ist schonend und präzise. Diese Strahlentherapie ist in der Regel nur einmalig nötig und beeinflusst den Patienten in seiner Lebensqualität kaum.

## **Rheinland-Pfalz**

### **Hallo Baby**

Das Vorsorgeprogramm zur Verhinderung einer Frühgeburten

In Deutschland kommen jährlich rund 750.000 Kinder auf die Welt. Die meisten Schwangerschaften und Geburten verlaufen problemlos, der Anteil an Frühgeburten liegt bei ungefähr 8%. Das heißt, dass rund 60.000 Babys vor dem Ende der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Die erste Zeit mit dem Frühchen ist eine Belastungsprobe für die ganze Familie.

Mittlerweile ist bekannt, dass ein Großteil der Frühgeburten bei rechtzeitiger Intervention vermeidbar wären. Diesem Thema hat sich die BKK ProVita mit dem Programm "**Hallo Baby**" angenommen.

Mit einem umfassenden Katalog an Maßnahmen, der u. a. eine Risikoanamnese zu Beginn der Schwangerschaft, die Ausgabe von ph-Testhandschuhen und die Hinzuziehung von Spezialisten im Ernstfall beinhaltet, soll der Gefahr einer Frühgeburt entgegengewirkt werden.

Teilnehmen können alle schwangeren Versicherten, die bei einem Frauenarzt in Behandlung sind, der ebenfalls Vertragspartner von „Hallo Baby“ ist.

## **Nordrhein-Westfalen:**

### **Hallo Baby**

Das Vorsorgeprogramm zur Verhinderung einer Frühgeburten

In Deutschland kommen jährlich rund 750.000 Kinder auf die Welt. Die meisten Schwangerschaften und Geburten verlaufen problemlos, der Anteil an Frühgeburten liegt bei ungefähr 8%. Das heißt, dass rund 60.000 Babys vor dem Ende der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Die erste Zeit mit dem Frühchen ist eine Belastungsprobe für die ganze Familie.

Mittlerweile ist bekannt, dass ein Großteil der Frühgeburten bei rechtzeitiger Intervention vermeidbar wären. Diesem Thema hat sich die BKK ProVita mit dem Programm "**Hallo Baby**" angenommen.

Mit einem umfassenden Katalog an Maßnahmen, der u. a. eine Risikoanamnese zu Beginn der Schwangerschaft, die Ausgabe von ph-Testhandschuhen und die Hinzuziehung von Spezialisten im Ernstfall beinhaltet, soll der Gefahr einer Frühgeburt entgegengewirkt werden.

Teilnehmen können alle schwangeren Versicherten, die bei einem Frauenarzt in Behandlung sind, der ebenfalls Vertragspartner von „Hallo Baby“ ist.

### **Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder**

In Nordrhein-Westfalen hat die BKK ProVita für Ihre versicherten Kinder zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen vereinbart:

- Die sog. U10, auch Grundschulcheck genannt: Diese ist für Kinder im Alter von sieben bis acht Jahren vorgesehen, die Schwerpunkte liegen auf dem frühzeitigen Erkennen von Lese-/Rechtschreib- und Rechenstörungen, Störungen in der motorischen Entwicklung und der Überprüfung der allgemeinen Entwicklung des Kindes.
- die sog. U11, auch Schülercheck genannt. Dieser ist für Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren vorgesehen. Hierbei geht es um Themen wie Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien und gesundheitsschädigendes Medienverhalten. Teilnehmen könnten alle Kinder, die in Nordrhein-Westfalen wohnen und bei einem Kinderarzt in Behandlung sind, der an der Vereinbarung mit uns beteiligt ist

## **Hessen**

### **BKK Starke Kids**

BKK Starke Kids ist ein Programm für Kinder in Hessen und enthält zwei zusätzliche U-Untersuchung:

- Die sog. U10, auch Grundschulcheck genannt: Diese ist für Kinder im Alter von sieben bis acht Jahren vorgesehen, die Schwerpunkte liegen auf dem frühzeitigen Erkennen von Lese-/Rechtschreib- und Rechenstörungen, Störungen in der motorischen Entwicklung und der Überprüfung der allgemeinen Entwicklung des Kindes.
- die sog. U11, auch Schülercheck genannt. Dieser ist für Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren vorgesehen. Hierbei geht es um Themen wie Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien und gesundheitsschädigendes Medienverhalten.

Teilnehmen können alle Kinder in Hessen, die bei einem Kinderarzt in Behandlung sind, der an „BKK Starke Kids“ beteiligt ist und die im entsprechenden Alter sind.

## **Baden-Württemberg**

### **Knieendoprothetik, Arthrochirurgie, Arthroskopie**

In Baden-Württemberg hat die BKK ProVita für Kniegelenkersatz, Arthroskopien und arthrochirurgische Leistungen eine Vereinbarung geschlossen, deren Ziel die optimal aufeinander abgestimmte Behandlung und Betreuung des Patienten hat. Von der Operation bis zur Rehabilitation soll hier alles „aus einer Hand“ organisiert werden, um eine bestmögliche Behandlung und Betreuung des Patienten zu ermöglichen.

## **Thüringen**

### **Hallo Baby**

Das Vorsorgeprogramm zur Verhinderung einer Frühgeburten

In Deutschland kommen jährlich rund 750.000 Kinder auf die Welt. Die meisten Schwangerschaften und Geburten verlaufen problemlos, der Anteil an Frühgeburten liegt bei ungefähr 8%. Das heißt, dass rund 60.000 Babys vor dem Ende der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Die erste Zeit mit dem Frühchen ist eine Belastungsprobe für die ganze Familie.

Mittlerweile ist bekannt, dass ein Großteil der Frühgeburten bei rechtzeitiger Intervention vermeidbar wären. Diesem Thema hat sich die BKK ProVita mit dem Programm "**Hallo Baby**" angenommen.

Mit einem umfassenden Katalog an Maßnahmen, der u. a. eine Risikoanamnese zu Beginn der Schwangerschaft, die Ausgabe von ph-Testhandschuhen und die Hinzuziehung von Spezialisten im Ernstfall beinhaltet, soll der Gefahr einer Frühgeburt entgegengewirkt werden.

Teilnehmen können alle schwangeren Versicherten, die bei einem Frauenarzt in Behandlung sind, der ebenfalls Vertragspartner von „Hallo Baby“ ist.