

Satzung

der

vivida bkk

Übersicht zur Satzung

Übersicht zur Satzung	2
Artikel I	4
Inhalt der Satzung	4
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	4
§ 2 Verwaltungsrat	4
§ 2a Versichertenälteste	6
§ 2b Stimmrecht der Arbeitgeber bei Sozialversicherungswahlen	7
§ 3 Vorstand	7
§ 4 Widerspruchsausschuss	10
§ 5 Kreis der versicherten Personen	11
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	12
§ 7 Aufbringung der Mittel	12
§ 8 Bemessung der Beiträge	12
§ 8a Wahltarif Prämienzahlung	13
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	14
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	14
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	14
§ 11 Höhe der Rücklage	14
§ 12 Leistungen	15
§ 12a Primärprävention	23
§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe)	24
§ 12c Leistungsausschluss	24
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen	25
§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	25
§ 13b Wahltarif besondere Versorgung	25
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	26
§ 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	28
§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	28
§ 15 Wahltarife Krankengeld	28
§ 16 Kooperation mit der PKV	29
§ 17 Aufsicht	29
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband	29
§ 19 Bekanntmachung	29
Artikel II	30
Inkrafttreten	30

Anlage zu § 1 der Satzung der vivida bkk.....	31
Anlage zu § 2 der Satzung der vivida bkk.....	33
Anlage zu § 9a der Satzung der vivida bkk.....	36
Anlage zu § 14 der Satzung der vivida bkk.....	38
Anlage zu § 15 der Satzung der vivida bkk.....	39

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- (1) Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt ab 01.01.2021 den Namen vivida bkk.

Sie ist aus einer Vereinigung der Schwenninger BKK mit Sitz in Villingen-Schwenningen (errichtet am 17.06.1896) und der atlas BKK ahlmann mit Sitz in Bremen (errichtet im Jahr 1833), sowie aufgrund vorangegangener Vereinigungen aus

- der BKK ISGUS J. Schlenker-Grusen, Villingen-Schwenningen, (errichtet am 1.4.1904),
- der BKK des Bundesverkehrsministeriums, Hamburg,
- der BKK Ost-Hessen, Wächtersbach,
- der ATLAS BKK, Bremen und
- der Betriebskrankenkasse AHLMANN, Büdelsdorf

hervorgegangen.¹

- (2) Die vivida bkk hat ihren Sitz in 78056 Villingen-Schwenningen.
- (3) Der Bereich der vivida bkk erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet und auf die Betriebe der in der Anlage zu § 1 der Satzung aufgeführten Satzungsunternehmen.
- (4) Der Bereich der vivida bkk erstreckt sich auch auf die Gebiete der Länder in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Verwaltungsrat

- (1)
1. Das Selbstverwaltungsorgan der vivida bkk ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 1. Juli des Kalenderjahres.
- (2) Dem Verwaltungsrat der vivida bkk gehören 15 Versichertenvertreter und 15 Arbeitgebervertreter oder deren Stellvertreter an.

¹ 1. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 28.04.2021 – in Kraft ab 1. Juni 2021

Mit Beginn der neuen 13. Sozialwahlperiode (2023) gehören dem Verwaltungsrat der vivida bkk 10 Versichertenvertreter und 10 Arbeitgebervertreter oder deren Stellvertreter an.²

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

- (3) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der vivida bkk sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die vivida bkk maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die vivida bkk von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der vivida bkk mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes zu beauftragen, wenn die Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes gehindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,

Neufassung tritt am 1. April 2023 in Kraft

5. *einen leitenden Beschäftigten der vivida bkk mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,³*
6. den Vorstand zu überwachen,
7. die vivida bkk 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,
10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.

- (4) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

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

² 4. Satzungsantrag vom 18.10.2021 – in Kraft ab 7. Dezember 2021

³ 10. Satzungsantrag vom 11.04.2022 – tritt am 1. April 2023 in Kraft

- (5a) Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse. Näheres regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.
- (6) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gem. § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- (7) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
- (8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (9) 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 Satzungsänderungen sowie zu den Themen des § 2 Abs. 3 Nr. 2, 3, 8 und 9 der Satzung der vivida bkk ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung. Darüber hinaus kann der Verwaltungsrat aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z.B. das Vorliegen einer Pandemie.⁴⁵

§ 2a Versichertenälteste

- (1) Für die vivida bkk werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste bestellt.
- (2) Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
- (3) Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der vivida bkk mit den Arbeitgebern und Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen. Näheres hierzu regelt eine Richtlinie des Verwaltungsrates.

⁴ 1. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 28.04.2021 – in Kraft ab 1. Juni 2021

⁵ 5. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 27.12.2021 – in Kraft ab 1. Februar 2022

§ 2b Stimmrecht der Arbeitgeber bei Sozialversicherungswahlen

Abweichend von § 49 Abs. 2 Satz 2 SGB IV wird für das Stimmrecht eines Wahlberechtigten, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, folgendes bestimmt:

Ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, hat bei

- | | |
|--------------------------|--|
| 0 bis 30 Versicherten | so viele Stimmen, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, bei der vivida bkk versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen, jedoch maximal 10 Stimmen, |
| 31 bis 60 Versicherten | 20 Stimmen, |
| 61 bis 100 Versicherten | 30 Stimmen, |
| 101 bis 200 Versicherten | 40 Stimmen, |
| 201 bis 300 Versicherten | 50 Stimmen und je weiteren |
| 1 bis 100 Versicherten | 6 weitere Stimmen bis zur Höchstzahl von achtzig Stimmen. |

§ 3 Vorstand

Dem Vorstand gehören 2 Mitglieder an.

Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

Der Vorstand verwaltet die vivida bkk und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die vivida bkk maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die vivida bkk alleine zu vertreten.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
6. die vivida bkk 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 vivida bkk abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der vivida bkk wird vom Vorstand eingestellt.
 - (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der vivida bkk und legt die Geschäftsbereiche der einzelnen Vorstandsmitglieder in Abstimmung mit dem Verwaltungsrat fest. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstands seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.

Neufassung tritt am 1. April 2023 in Kraft

§ 3 Vorstand⁶

(1) Dem Vorstand gehört 1 Mitglied an.

(2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.

(3) Der Vorstand verwaltet die vivida bkk und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die vivida bkk maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

- 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,*
- 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,*
- 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,*
- 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,*
- 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,*
- 6. die vivida bkk 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,*

⁶ 10. Satzungenachtrag vom 11.04.2022 – tritt am 1. April 2023 in Kraft

9. *Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der vivida bkk abzuschließen,*

10. *die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.*

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

(5) *Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der vivida bkk.*

§ 4 Widerspruchsausschuss

- (1) Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden (einem) vom Vorstand beauftragten Mitarbeiter(n) und dem Widerspruchsausschuss übertragen.
- (2) Der/die vom Vorstand Beauftragte(n) entscheidet/entscheiden über Widersprüche, deren Streitwert unter 1.000,00 EUR liegt, wenn dies eindeutig bezifferbar ist und erlässt/erlassen die entsprechenden Widerspruchsbescheide.
- (3) In den verbleibenden Fällen und in allen Fällen der Mitarbeiterkasse der vivida bkk werden die Entscheidung und der Erlass des Widerspruchsbescheides dem Widerspruchsausschuss übertragen.
- (4) Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 78056 Villingen-Schwenningen.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 3 Vertreter(n) der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der vivida bkk.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.
Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt.
Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, § 59 und § 63 Absatz 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt.
Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der vivida bkk sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
 8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- (6) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.

- (7) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- (1) Zum Kreis der bei der vivida bkk versicherten Personen gehören
1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- (2) Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der vivida bkk nur dann beitreten, wenn sie das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die vivida bkk unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
1. sie zu dem in § 1 Absatz 3 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 vivida bkk versichert ist,
 4. sie nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 bis Nr. 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 und Nr. 12 SGB V oder nach § 9 SGB V versicherte Rentner sowie nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V versicherte behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der vivida bkk versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die vivida bkk besteht und nunmehr versicherte Rentner sind.

- (4) 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 Mitgliedschaft⁷

- (1) Die Mitgliedschaft bei der vivida bkk kann gemäß § 175 SGB V gekündigt werden.
- (2) Erhebt die vivida bkk nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die vivida bkk hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die vivida bkk 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.
- (3) Abweichend von Absatz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz 1 Satz 4 gilt nicht.
- (4) Wenn ein Wahltarif nach §§ 8a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur vivida bkk frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8a Absatz 6 oder der Anlage zu § 15 Absatz 3, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz 2 gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der vivida bkk 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.

⁷ 1. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 28.04.2021 – in Kraft ab 1. Juni 2021

§ 8a Wahltarif Prämienzahlung⁸

- (1) Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der vivida bkk versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der vivida bkk in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der vivida bkk spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- (2) Für die Zahlung der Prämie unschädlich ist die Inanspruchnahme
 - der im dritten und vierten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und nach den §§ 24 bis 24b SGB V,
 - zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V und
 - der Leistungen für nach § 10 SGB V mitversicherte Familienangehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die jährliche Prämienzahlung beträgt 1/12 des im Kalenderjahr an die vivida bkk gezahlten Jahresbeitrages. Bei unterjährigem Beginn und Ende des Wahltarifs wird die Prämienhöhe anteilig berechnet.
- (4) Die Prämienzahlung für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen bei der Inanspruchnahme von einem Wahltarif 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 600,00 EUR bei einem und 900,00 EUR bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.
- (5) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Abs. 1 nicht wählen.
- (6) Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der vivida bkk seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der vivida bkk. Die Mitgliedschaft kann 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. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der vivida bkk nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der vivida bkk. 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.

⁸ 7. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 27.12.2021 – in Kraft ab 1. Januar 2022

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die vivida bkk erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,3 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Das Ausgleichsverfahren nach den § 1 bis § 11 AAG richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu dieser Satzung.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- (1) Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.
Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.
- (2) Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- (3) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage

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

§ 12 Leistungen

(1) Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der vivida bkk erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

(2) 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.

(3) Kostenerstattung⁹¹⁰

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die vivida bkk vor Inanspruchnahme schriftlich in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der vivida bkk 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).

⁹¹1. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 28.04.2021 – in Kraft ab 1. Juni 2021

¹⁰³3. Satzungsantrag vom 13.07.2021 – in Kraft ab 1. Oktober 2021

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 vivida bkk davon Kenntnis erhält.
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
5. Erstattet werden höchstens die Kosten, die die vivida bkk bei Erbringung als Dienst- oder Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Der Erstattungsbetrag wird regelhaft in Höhe von 25 v.H. der ausgewiesenen privatärztlichen ambulanten Rechnungslegung ermittelt und anschließend um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 v.H., maximal 40,00 €, gekürzt. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.
6. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.
Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.
Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die vivida bkk bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.
Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H., maximal 40,00 EUR für (vom Arbeitgeber nicht getragene) Verwaltungskosten 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 vivida bkk die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
7. Abweichend von Ziffer 6 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 vivida bkk 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.

(4) Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
 - (a) als dasjenige, für das die vivida bkk eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
 - (b) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die vivida bkk bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, sind von den Versicherten selbst zu tragen.
2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel gemäß Nr. 1 Satz 2 (a) ist um 45 v. H. als Abschlag für die der vivida bkk entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Zur Erstattung sind Rechnung sowie Verordnung bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres vorzulegen.
3. Es gelten § 12 Absatz 3 Nr. 4, 5 und 6.

(5) Zusätzliche Satzungsleistungen

Die vivida bkk übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen aus dem Bereich

1. Hilfsmittel
Nr. 1 unbesetzt

2. Osteopathie¹¹

Versicherte können ärztlich verordnete osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung im Umfang von mindestens 1.350 Stunden mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre. Ist der Leistungserbringer ordentliches Mitglied in einem Berufsverband der Osteopathen, für den die in Satz 2 genannten Voraussetzungen für eine ordentliche Mitgliedschaft erforderlich sind, gilt der Nachweis für die abgeschlossene Ausbildung als erbracht. Die Kosten werden für bis zu vier Sitzungen jährlich, maximal 40,00 EUR je Sitzung nach Vorlage spezifizierter Rechnungen und Verordnungen bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres erstattet.

3. Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) für Versicherte bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

Die vivida bkk erstattet Kosten für 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 Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf einem Privatrezept erfolgte und
- das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Die vivida bkk erstattet bis zu 200,00 EUR des Rechnungsbetrages pro Kalenderjahr und Versicherten.

Zur Erstattung sind Rechnungen bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres vorzulegen. Bei Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfällt eine Kostenerstattung.

¹¹ 3. Satzungsantrag vom 13.07.2021 – in Kraft ab 1. Januar 2021

4. Professionelle Zahnreinigung

Die vivida bkk beteiligt sich bei ihren Versicherten an den Kosten der professionellen Zahnreinigung (PZR). Die vivida bkk übernimmt die Kosten einmal kalenderjährlich in Höhe von bis zu maximal 50,00 EUR für eine PZR. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen der Zahnarztpraxis oder eines entsprechend nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres vorzulegen. Voraussetzung ist, dass die PZR durch eine für die kassenzahnärztliche Versorgung zugelassene Zahnarztpraxis oder einen entsprechend nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird.

5. Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft¹²

Die vivida bkk beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus und auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 i. V. m. § 23 und 24d SGB V mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Der Zuschuss für diese in den nachfolgenden Absätzen dargestellten Leistungen ist insgesamt auf 500,00 EUR pro Schwangerschaft / Mutterschaft begrenzt. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung ist der vivida bkk die jeweilige Rechnung bis 31.03. des Folgejahres vorzulegen.

(5.1) Schwangerschaftsvorsorge

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

a. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. - 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.

b. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.

c. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.

d. Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.

e. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

¹² 7. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 27.12.2021 – in Kraft ab 1. Februar 2022

Voraussetzung ist, dass die Leistungen durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Bietet eine gynäkologische Praxis einen feindiagnostischen Organultraschall bzw. eine fetale Missbildungsdiagnostik oder Fehlbildungsdiagnostik an, muss die DEGUM II-Qualifikation nachgewiesen werden.

(5.2) Rufbereitschaft Hebammen

Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, erstattet die vivida bkk Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme ab der 38. Schwangerschaftswoche und 2 Wochen nach der Entbindung entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

(5.3) Arzneimittel

- a. Die vivida bkk beteiligt sich an den Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel als Mono- oder Kombipräparate zur Prophylaxe mit den Wirkstoffen Folsäure (Vitamin B9), Jod, Magnesium und Eisen. Voraussetzung ist, dass die Einnahme aufgrund der vorliegenden Schwangerschaft von einem an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels des SGB V teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet wird und diese Mittel durch die Versicherte in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurden.
- b. Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)
Die vivida bkk erstattet Kosten für 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 Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf einem Privatrezept erfolgte und
 - das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschen Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Bei Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfällt eine Kostenerstattung.

(5.4) Geburtsvorbereitungskurs für Ehemann oder Partner

Der Geburtsvorbereitungskurs muss von einer Hebamme, die nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist, erbracht werden.

Anspruchsberechtigt ist der Ehemann oder Partner der Schwangeren.

(5.5) Individuelle Beratungsleistungen

Die vivida bkk beteiligt sich an den Kosten individueller Beratungsleistungen bis zum Ablauf von 12 Monaten nach Entbindung mit dem Ziel, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden. Ausschlaggebend ist das Leistungsdatum der in Anspruch genommenen Leistung.

Erstattungsfähig sind:

- a. Still- und Ernährungsberatung zur Förderung der gesundheitlichen Entwicklung des neugeborenen Kindes,

Voraussetzung ist, dass diese Leistungen durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger erfolgen, welche(r) gemäß § 134a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringer zugelassen bzw. berechtigt ist, wenn und soweit die zusätzliche Leistung nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ist. Im Falle des Buchstaben a. kommen insbesondere auch Leistungserbringer nach Satz 4 mit einer Zusatzqualifikation als Stillberater(in) mit einer gültigen „International Board Certified Lactation Consultant“-Zertifizierung in Betracht.

6. Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

- (1) Über die gesetzlichen Regelungen hinaus beteiligt sich die vivida bkk auf der Basis von § 11 Absatz 6 i.V.m. § 23 SGB V im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung an den Kosten für eine sportmedizinische Untersuchung und Beratung, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:
- a. erhöhtes Körpergewicht
 - b. erhöhter Blutdruck
 - c. kardiovaskuläre Vorerkrankungen
 - d. Atemwegserkrankungen
 - e. Skelettvorerkrankungen, z.B. Skoliose
 - f. Diabetes
 - g. Rauchen
 - h. Alkoholmissbrauch.
- (2) Sofern ärztlich bescheinigte, besondere weitere Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungselektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und/oder eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
- (3) Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern mit der Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erbracht wird. Die vivida bkk erstattet 100 % des Rechnungsbetrages, aber nicht mehr als 100,00 EUR pro Behandlung nach Absatz 1 und nicht mehr als 100,00 EUR pro Behandlung für die Absätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen bis 31.03. des Folgejahres vorzulegen. Der Anspruch auf diese Leistung besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren.

7. Zusätzliche Leistungen Zähne

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die vivida bkk Versicherten, vom 7. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die Versiegelung der kariesfreien Prämolaren 4 und 5 im bleibenden Gebiss max.in Höhe von 15,00 EUR je Zahn. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist, dass diese von Vertragszahnärzten, nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnärzten oder Kieferorthopäden durchgeführt wird. Die Rechnung ist bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 12a Primärprävention

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

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

1. Bewegungsgewohnheiten:

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

2. Ernährung:

- a. Vermeidung von Mangel- oder Fehlernährung
- b. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

3. Stressmanagement:

- a. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- b. Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

4. Suchtmittelkonsum:

- a. Förderung des Nichtrauchens
- b. Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die vivida bkk ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 150,00 EUR je Kalenderjahr und je Maßnahme gewährt. Zur Erstattung ist die Teilnahmebestätigung bis spätestens 31.03. des Folgejahres vorzulegen. Im Rahmen von Verträgen mit Fremdanbietern können abweichende Zuschussregelungen innerhalb der oben

genannten Kriterien vereinbart werden, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen.

§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe)^{13 14}

Die vivida bkk übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20 i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Sinne des § 2 Nummer 9 und 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG)-nach den folgenden Regelungen:

Versicherte erhalten die von der STIKO (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut) empfohlenen Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten und darüber hinaus folgende Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe:

- Impfung gegen Influenza (Gripeschutzimpfung),
- Impfung gegen Meningokokken Typ B,
- Arzneimittel zur Vorbeugung einer Malariaerkrankung (Malaria-Prophylaxe).

Die Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe werden als Sachleistung gewährt. Kann die Erbringung als Sachleistung im Einzelfall nicht erfolgen, sind nur tatsächlich entstandene Kosten erstattungsfähig. Hierbei werden für die ärztlichen Impfhonorare pro Kalenderjahr insgesamt maximal 50,00 EUR erstattet. Die Impfstoffe und Prophylaxemedikamente werden bis zu einem Gesamtbetrag von max. 500,00 EUR je Kalenderjahr erstattet. Zur Erstattung ist die versichertenbezogene Rechnung bis spätestens 31.03. des Folgejahres vorzulegen.

§ 12c 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 zu nehmen.
- (2) Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der vivida bkk 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 vivida bkk darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der vivida bkk insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die vivida bkk kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst einschalten.

¹³ 1. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 28.04.2021 – in Kraft ab 1. Juni 2021

¹⁴ 8. Satzungsantrag vom 11.04.2022 – in Kraft getreten am 1. Januar 2022

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

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

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- (1) Die vivida bkk bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über:
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13b Wahltarif besondere Versorgung

- (1) Die vivida bkk bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- (3) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über:
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung

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

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten¹⁵

(1) Versicherte können an den Bonusprogrammen „Vorsorge-Bonus“ und „Aktiv-Bonus“ der vivida bkk für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Anspruch haben Versicherte wahlweise an einem der beiden oder an beiden Bonusprogrammen teilzunehmen.

(2) Bonusprogramm „Vorsorge-Bonus“ nach § 65a Absatz 1 SGB V

Das Teilnahmejahr dauert vom 01.01. bis 31.12. des Kalenderjahres. Innerhalb dieses Zeitraumes muss die Durchführung und Quittierung der Maßnahmen im Bonusheft erfolgen. Das Bonusheft kann, sobald die Durchführung der Maßnahmen im Bonusheft quittiert wurde, während und nach Ablauf des Teilnahmejahres spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres eingereicht werden.

a) Bonusprogramm „Vorsorge-Bonus“ für Erwachsene/Jugendliche ab dem vollendeten 15. Lebensjahr

Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die eine Leistung zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder eine Schutzimpfung nach § 20i SGB V in Anspruch nehmen. Der Bonus beträgt 10,00 EUR je nachgewiesener Einzelmaßnahme.

Bei mehrstufigen Impfungen wird Vollständigkeit gefordert, daher gelten diese als Einzelmaßnahme. Kombinationsimpfungen (gegen mehrere Krankheiten gleichzeitig) zählen ebenso als eine Einzelmaßnahme.

b) Bonusprogramm „Vorsorge-Bonus“ für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr
Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die eine Leistung zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 26 SGB V oder eine Schutzimpfung nach § 20i SGB V in Anspruch nehmen. Der Bonus beträgt 5,00 EUR je nachgewiesener Einzelmaßnahme.

Bei mehrstufigen Impfungen wird Vollständigkeit gefordert, daher gelten diese als Einzelmaßnahme. Kombinationsimpfungen (gegen mehrere Krankheiten gleichzeitig) zählen ebenso als eine Einzelmaßnahme.

(3) Bonusprogramm „Aktiv-Bonus“ nach § 65a Absatz 1a SGB V

Das Teilnahmejahr dauert vom 01.01. bis 31.12. des Kalenderjahres. Innerhalb dieses Zeitraumes muss die Durchführung und Quittierung der Maßnahmen im Bonusheft erfolgen. Das Bonusheft kann, sobald die Durchführung der Maßnahmen im Bonusheft quittiert wurde, während und nach Ablauf des Teilnahmejahres spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres eingereicht werden.¹⁶

¹⁵ 1. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 28.04.2021 – in Kraft ab 1. Juni 2021

¹⁶ 7. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 27.12.2021 – in Kraft am 1. Februar 2022

a) Bonusprogramm „Aktiv-Bonus“ für Erwachsene/Jugendliche ab dem vollendeten 15. Lebensjahr

1. Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die eine regelmäßige sportliche Aktivität aus nachfolgender Aufzählung nachweisen können:
 - aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, einer Sportschule oder einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio,
 - Teilnahme an Hochschulsport oder Betriebssport außerhalb der Arbeitszeit.
2. Der einmalige Bonus pro Teilnahmejahr für den Nachweis der regelmäßigen sportlichen Aktivität beträgt 50,00 EUR.
3. Anspruch auf eine Bonuserhöhung haben Versicherte, wenn sie die Voraussetzung nach §14 Absatz 3 a) Nr. 1 erfüllen und darüber hinaus einen Gesundheitswert im Normbereich (BMI, Körperfett oder Blutdruck) nachweisen können. Der Bonus erhöht sich einmalig um weitere 50,00 EUR auf insgesamt 100,00 EUR pro Teilnahmejahr.
4. Versicherte, die die Voraussetzungen auf den Aktiv-Bonus nach § 14 Absatz 3 a) Nr. 3 erfüllen, erhalten als Alternative zum Aktiv-Bonus einen Zuschuss für die Inanspruchnahme von selbstfinanzierten Gesundheitsleistungen gemäß der Anlage zum § 14 bis zu einem Höchstbetrag von 150,00 EUR pro Kalenderjahr.

b) Bonusprogramm „Aktiv-Bonus“ für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

1. Anspruch auf einen Bonus haben Versicherte, die eine regelmäßige sportliche Aktivität aus nachfolgender Aufzählung nachweisen können:
 - aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einer Sportschule,
 - Teilnahme am Mutter-Kind-Turnen, Baby-Schwimmen oder Schwimm-Kurs,
 - Teilnahme an einer freiwilligen Sport-AG der Schule.
2. Der einmalige Bonus pro Teilnahmejahr für den Nachweis der regelmäßigen sportlichen Aktivität beträgt 25,00 EUR.
3. Anspruch auf eine Bonuserhöhung haben Versicherte, wenn sie die Voraussetzung nach §14 Absatz 3 b) Nr. 1 erfüllen und darüber hinaus einen Gesundheitswert im Normbereich (BMI, Perzentile oder Körperfett) nachweisen können. Der Bonus erhöht sich einmalig um weitere 25,00 EUR auf insgesamt 50,00 EUR pro Teilnahmejahr.

§ 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.
- (2) Die vivida bkk schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.

§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 i.V.m. § 20 Absatz 5 SGB V in den folgenden Handlungsfeldern
 1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
 2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 3. Suchtprävention im Betrieb oder
 4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkungmindestens in Höhe von 80% teilnehmen.
Die vivida bkk schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14a Absatz 2 ab.
- (2) Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von maximal 50,00 EUR bis zum 01.03. ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die Teilnahme von mindestens 80% an einer Maßnahme nach Absatz 1 nachgewiesen wurden.

§ 14c Unbesetzt¹⁷

§ 15 Wahltarife Krankengeld

- (1) Die vivida bkk bietet
 - hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 - unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),
einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes sofern diese das gesetzliche Krankengeld
nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 4 gewählt haben und

¹⁷ 8. Satzungsantrag vom 11.04.2022 – zum 31. März 2022 in Kraft getreten

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag an.

- (2) Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.
- (3) Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage zu § 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die vivida bkk vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die vivida bkk führt das Bundesamt für Soziale Sicherung in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die vivida bkk gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

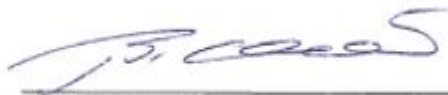
§ 19 Bekanntmachung

- (1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht der vivida bkk wird durch Veröffentlichung im Internet unter <http://www.vividabkk.de> , nachrichtlich durch 2-wöchigen Aushang in der Hauptgeschäftsstelle, bekannt gemacht. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.
- (2) Die vivida bkk veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der vivida bkk veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der vivida bkk aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

Artikel II Inkrafttreten

1. Die Verwaltungsräte der Schwenninger Betriebskrankenkasse und der atlas BKK ahlmann haben diese Satzung am 11.09.2020, 04.09.2020, 07.12.2020 und 11.12.2020 beschlossen.
2. Die Satzung tritt mit dem Wirksamwerden der Vereinigung in Kraft.

Villingen-Schwenningen, 11.09.2020 und 07.12.2020
Bremen, 04.09.2020 und 11.12.2020



Berthold Maier

Alternierender Vorsitzender (Versichertenvertreter) des Verwaltungsrates der Schwenninger BKK



Peter Winter

Alternierender Vorsitzender (Versichertenvertreter) des Verwaltungsrates der atlas BKK ahlmann



Jürgen Beetz

Alternierender Vorsitzender (Arbeitgebervertreter) des Verwaltungsrates der Schwenninger BKK



Dieter Lorenz

Alternierender Vorsitzender (Arbeitgebervertreter) des Verwaltungsrates der atlas BKK ahlmann



Anlage zu § 1 der Satzung der vivida bkk

Satzungsunternehmen der vivida bkk

Kienzle Uhrenfabriken GmbH & Co. KG, Berlin
ISGUS GmbH, Villingen-Schwenningen
ISGUS Vertriebs GmbH, Villingen-Schwenningen
ISGUS bavaria-GmbH, Wargau

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI), Berlin und Bonn, mit seinem Geschäftsbereich im gesamten Bundesgebiet.

Die Stadt Karlsruhe sowie deren nachgeordneten Bereiche und die ausgegliederten Betriebsteile der Stadt Karlsruhe, soweit diese bis zum 30.06.2004 satzungsmäßige Betriebe der Betriebskrankenkasse der Stadt Karlsruhe waren.

Dies sind insbesondere

KVVH Karlsruher Versorgungs-, Verkehrs- und Hafen GmbH mit den Tochterunternehmen

Stadtwerke Karlsruhe GmbH,

Verkehrsbetriebe Karlsruhe GmbH

Albtal-Verkehrs-Gesellschaft mbH

Städtische Klinikum Karlsruhe gGmbH

Der Landesbetrieb Mobilität Rheinland-Pfalz (LBM) mit den nachfolgend aufgeführten Standorten:

LBM Zentrale, Koblenz

LBM Bad Kreuznach

LBM Cochem-Koblenz

LBM Diez

LBM Gerolstein

LBM Kaiserslautern

LBM Speyer

LBM Trier

LBM Worms

LBM ABA Montabaur

ATLAS ELEKTRONIK GmbH Bremen, Wedel, Wilhelmshaven, Kiel

Rheinmetall Electronics GmbH Bremen, Düren, Fritzlar, Hamburg, Ismaningen, Jena,
Kassel, Munster, Neuburg, Neuss, Nörvenich, Rostock

Wärtsilä SAM Electronics GmbH Hamburg, Wilhelmshaven, Bremerhaven, Elmenhorst

Spinnbau GmbH Bremen

Vacutec Hochvakuum- & Präzisionstechnik GmbH Bremen

MassTech Analysengeräte Technik GmbH Bremen

Anlage zu § 2 der Satzung der vivida bkk

Entschädigungsrichtlinien¹⁸

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

I. Tagegeld

1. Tagegeld wird in der jeweils für den Vorstand geltenden Höhe gezahlt.
2. Wird von Amts wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 v. H. für das Mittag- und das Abendessen um je 40 v. H. des vollen Tagesgeldes gekürzt.
3. Abweichend von der Regelung des I.2. können bei Sitzungen des Verwaltungsrates und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Sozialversicherungsträgers generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürfen 80 v. H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a des EStG nicht übersteigen.

II. Übernachtungsgeld

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

III. Unterkunfts- und Verpflegungskosten für Kraftfahrer

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

IV. Fahrtkosten

Es werden die tatsächlich entstandenen notwendigen Fahrtkosten erstattet.

1. Kilometergeld

Die Nutzungskosten eines Kraftwagens werden durch eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG abgegolten (z. Z. 0,30 €/km)

¹⁸ 6. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 27.12.2021 – in Kraft ab 1. Februar 2022

2. Flugkosten

Hin- und Rückflugkarte.

Bei Flügen sollen grundsätzlich die Kosten für die Benutzung der niedrigsten Flugklasse als erforderliche Aufwendungen angesehen werden.

3. Bahnkarten

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

4. Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten

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

V. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates mit Familien- oder Pflegeaufgaben werden auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gem. § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleGG) erstattet. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 BGleGG.

VI. Pauschbeträge für Auslagen außerhalb von Sitzungen

1. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für seine Auslagen außerhalb von Sitzungen, mit Ausnahme von Reisekosten, einen Pauschbetrag. Der Pauschbetrag beträgt für den Vorsitzenden 68,00 Euro.
2. Für die stellvertretenden Vorsitzenden gilt VI. 1. entsprechend.
3. Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane werden die notwendigen und angemessenen Auslagen in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet.
4. Die Pauschbeträge für Auslagen dürfen nicht mit den Pauschbeträgen für Zeitaufwand (VII.) vermischt werden.

VII. Pauschbeträge für Zeitaufwand

1. Für Sitzungen werden an jedes Mitglied des Verwaltungsrates unabhängig von der Sitzungsdauer 79 Euro je Sitzungstag erstattet. Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Ausschüssen der Organe erhalten bei Sitzungen ihres Ausschusses den doppelten Betrag. Virtuelle oder hybride Beratungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.
2. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates erhält für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen monatlich den 7-fachen Satz des Pauschbetrages für den Zeitaufwand nach VII .1. Für die stellvertretenden Vorsitzenden gilt VII. 2. entsprechend.

VIII. Entschädigung der Versichertenältesten

1. Tage-/Übernachtungsgeld
Es gelten die Regelungen der Absätze I und II analog.
2. Fahrtkosten
Es gelten die Regelungen des Absatzes IV analog.
3. Pauschbetrag für Zeitaufwand für Teilnahme an Informationsveranstaltungen der vivida bkk

Die Versichertenältesten erhalten für die Teilnahme an Informationsveranstaltungen der vivida bkk einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von insgesamt von 35,00 Euro.

4. Jährlicher Pauschbetrag für Auslagen
Für die Nutzung der Wohnung und des Telefons sowie für sonstige Auslagen (z.B. Porto-kosten) und für die Entgegennahme von Leistungsanträgen erhalten die Versichertenältesten eine pauschale Entschädigung von monatlich 10,00 EUR. Die Erstattung erfolgt jährlich im Monat Juli (§ 41 Abs. 2 SGB IV bleibt unberührt.).

Für die Inanspruchnahme der Versichertenältesten durch die Pflegekasse wird keine eigenständige Pauschale bezahlt.

Anlage zu § 9a der Satzung der vivida bkk

Ausgleichsverfahren nach dem AAG¹⁹

§ 1 Anwendbare Vorschriften

Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung der vivida bkk Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

- (1) Die vivida bkk erstattet den nach § 1 Absatz 1 und 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag **70** vom Hundert des für den in § 3 Absatz 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Dabei werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer und Arbeitnehmerin höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt. Die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Arbeitgeberanteile und Beitragszuschüsse der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAG sind mit dieser Erstattung abgegolten.
- (2) Die vivida bkk erstattet den nach § 1 Absatz 2 und 3 AAG am Umlageverfahren U2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag
 1. 100 vom Hundert des nach § 1 Absatz 2 Nr. 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld sowie
 2. 100 vom Hundert des nach § 1 Absatz 2 Nr. 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes.
- (3) Hinsichtlich der Erstattung nach Absatz 2 Nr. 2 werden dem Arbeitgeber die von diesem zu tragenden Beiträge nach § 1 Absatz 2 Nr. 3 AAG erstattet.

§ 3 Aufbringung der Mittel und Fälligkeit

- (1) Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U1 und U2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
- (2) Als Bemessungsgrundlage wird das sozialversicherungspflichtige Entgelt herangezogen, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- (3) Die vivida bkk verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen. 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 (§ 9 Absatz 3 AAG).
- (4) Die Umlagen sind in entsprechender Anwendung der für die Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Regelungen nachzuweisen und zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig (§ 10 der Satzung).

¹⁹ 9. Satzungsantrag vom 11.04.2022 – tritt am 7. Juli 2022 in Kraft

§ 4 Umlagesätze

- (1) Der Umlagesatz U1 beträgt **2,4** vom Hundert.
- (2) Der Umlagesatz U2 beträgt **0,49** vom Hundert.

§ 5 Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der vivida bkk gilt mit der Maßgabe, dass bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens nur die Mitglieder der Arbeitgebervertreter mitwirken.

§ 6 Organe, Zusammensetzung

- (1) Die Geschäftsführung der Ausgleichskasse der vivida bkk obliegt dem Vorstand entsprechend der in der Geschäftsordnung des Vorstandes festgelegten Geschäftsverteilung. Der Vorstand vertritt die Ausgleichskassen gerichtlich und außergerichtlich.
- (2) In Angelegenheiten des Ausgleichs der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG wirken im Verwaltungsrat nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
- (3) Im Verwaltungsrat übt, sofern die Vertreter der Arbeitgeber nichts anderes beschließen, jeweils derjenige Vertreter der Arbeitgeber das Amt des Vorsitzenden aus, der zum Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden des Organs gewählt worden ist. Für den Fall seiner Verhinderung wählt die Gruppe der Arbeitgebervertreter im Verwaltungsrat einen Stellvertreter.
- (4) Die Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat haben insbesondere die Satzung und die Höhe der Umlagesätze zu beschließen, den Haushaltsplan festzustellen und die Jahresrechnung abzunehmen.

§ 7 Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Absatz 1 SGB IV entsprechend (§ 9 Absatz 1 Nr. 3 AAG).

§ 8 Jahresrechnung

Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses (Jahresrechnung) gilt § 77 Absatz 1 SGB IV i. V. m. § 9 Absatz 1 Nr. 4 und Absatz 4 AAG entsprechend. Über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung beschließen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates.

§ 9 Prüfung der Geschäfts-, Betriebs- und Rechnungsführung

Die §§ 2 und 3 der Satzung gelten entsprechend.

Anlage zu § 14 der Satzung der vivida bkk²⁰

Der Zuschuss wird für die aufgelisteten Versicherungen und Leistungen gewährt.
Er wird nur für neu abgeschlossene Verträge ab dem 01.01.2021 gewährt.

- private Kranken- und Pflegezusatzversicherungsverträge.

²⁰ 1. Satzungsantrag im schriftlichen Verfahren vom 28.04.2021 – in Kraft ab 1. Juni 2021

Anlage zu § 15 der Satzung der vivida bkk

Teilnahme

1. Die vivida bkk bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an (zur Abgrenzung vom gesetzlichen Krankengeld hier Wahltarifkrankengeld genannt). Mitglieder, die am Tag der Wahl-erklärung das Renteneintrittsalter für eine Regelaltersgrenze erreicht haben, können den Tarif nur wählen, wenn sie
 - a) in den letzten fünf Jahren vor diesem Zeitpunkt mindestens vierundzwanzig Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren oder
 - b) unmittelbar vor diesem Zeitpunkt ununterbrochen mindestens 12 Monate entweder in einem Krankengeldwahltarif oder mit Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
2. Die Teilnahme zum Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der vivida bkk erklären.

Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der vivida bkk folgt; ein hier- von später liegender Beginn kann gewählt werden.

Laufzeit/Bindungsfrist

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

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der vivida bkk.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger.

Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämien-erhöhung um mehr als zehn v. H. bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die vivida bkk unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der vivida bkk aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der vivida bkk haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.
7. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der vivida bkk nachzuweisen und die vivida bkk über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60- 63, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt, für den Personenkreis der Selbstständigen i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs.2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten i. S. v. § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	10,00 EUR	20,00 EUR	30,00 EUR	40,00 EUR	50,00 EUR
Prämie monatlich	10,00 EUR	20,00 EUR	30,00 EUR	40,00 EUR	50,00 EUR

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

Wahltarifkrankengeld kalendertäglich	10,00 EUR	20,00 EUR	30,00 EUR	40,00 EUR	50,00 EUR	60,00 EUR	70,00 EUR	80,00 EUR	90,00 EUR
Prämie monatlich	5,00 EUR	10,00 EUR	15,00 EUR	20,00 EUR	25,00 EUR	30,00 EUR	35,00 EUR	40,00 EUR	45,00 EUR

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

Anspruch

14. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld muss eine Mitgliedschaft i. S. d. § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der vivida bkk bestehen.
Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
15. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V i. V. m. den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und den hierzu ergangenen/ergehenden höchst-richterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
16. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld entsteht frühestens mit Beginn des vierten Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Im Falle des Satzes zwei beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Wahltarifkrankengeld:
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
 2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit) längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der vivida bkk nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die vivida bkk kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
19. Ein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld besteht nicht bzw. ein bestehender Wahltarifkrankengeldanspruch endet
 - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif,
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträgern aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletzengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,

- die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
- solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird,
- solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre,
- wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Mutterschaftsgeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach SGB II, SGB III und SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
- wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 Nr. 1 und 5 EstG genannt bezogen werden,
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der vivida bkk.

20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.
22. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Wahltarifkrankengeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

23. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Wahltarifkrankengeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 18 erbracht worden ist. Das Wahltarifkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Wahltarifkrankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
24. Im Rahmen dieses Tarifes wird für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die vivida bkk an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder in diesem Tarif besteht solange und soweit gesetzliches Kran-

kengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/ Publizisten Tarif besteht bis maximal zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

26. Die Höhe des Wahltarifkrankengeldes können
1. die in § 53 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10,00 EUR - Schritten bis zu 50,00 EUR kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der vivida bkk eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen,
 2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10,00 EUR - Schritten bis zu 90,00 EUR kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der vivida bkk eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die vivida bkk kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.
28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.
29. Das Mitglied hat auf Verlangen der vivida bkk sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die vivida bkk auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der vivida bkk im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen.
 Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der vivida bkk unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeits-

unfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die dreijährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich des Absatzes 31 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Wahltarifkrankengeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der vivida bkk nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der vivida bkk folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.

31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der vivida bkk über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.