

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	8
§ 4 Widerspruchsausschuss	9
§ 5 Kreis der versicherten Personen.....	11
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft.....	12
§ 7 Aufbringung der Mittel.....	13
§ 8 Bemessung der Beiträge	13
§ 8a Wahltarif Prämienzahlung.....	14
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	15
§ 9a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	15
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	15
§ 10a Beitragserstattungen	15
§ 11 Höhe der Rücklage	16
§ 12 Leistungen	17
1.2 Messgeräte zur kontinuierlichen Glukosemessung (rtCGM).....	21
§ 12a Primärprävention	28
§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe)	29
§ 12c Leistungsausschluss.....	29
§ 12d Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.....	30
§ 12e Auskünfte an Versicherte	30
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen	31
§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	31
§ 13b Wahltarif besondere Versorgung	31
§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	32
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten	33
§ 14a Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	35
§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	35
§ 15 Wahltarife Krankengeld.....	35
§ 16 Kooperation mit der PKV	36

§ 17 Aufsicht.....	36
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband.....	36
§ 19 Bekanntmachung.....	36
Artikel II	37
Inkrafttreten.....	37
Anlage zu § 1 der Satzung der vividabkk.....	38
Anlage zu § 2 der Satzung der vividabkk.....	40
Anlage zu § 9a der Satzung der vividabkk.....	43
Anlage zu § 14 der Satzung der vividabkk.....	45
Anlage zu § 15 der Satzung der vividabkk.....	46

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 vividabkk.

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

§ 2 Verwaltungsrat²

- (1)
1. Das Selbstverwaltungsorgan der vividabkk ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsduer 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 vividabkk gehören 10 Versichertenvertreter und 10 Arbeitgebervertreter oder deren Stellvertreter an.
- Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

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

² 18. Satzungsnachtrag vom 04.12.2023 – in Kraft ab 11. Januar 2024

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die vividabkk 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 vividabkk mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,³
6. den Vorstand zu überwachen,
7. die vividabkk 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.
- (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.

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

-
- (8) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 - (9) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
 - (10) Sitzungen des Verwaltungsrates können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzung). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Bei öffentlichen, hybriden Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme an der Sitzung durch Aufsuchen des Sitzungsortes zu ermöglichen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrates vollständig digital stattfinden (digitale Sitzung). Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates stellt den Ausnahmefall nach Satz 5 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der vividabkk liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht.
 - (11) In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der vividabkk liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

§ 2a Versichertenälteste

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

§ 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 vividabkk 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 Vorstand⁴

- (1) Dem Vorstand gehört 1 Mitglied an.
- (2) Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- (3) Der Vorstand verwaltet die vividabkk und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die vividabkk 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 vividabkk 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 vividabkk abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- (4) Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der vividabkk wird vom Vorstand eingestellt.
 - (5) Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der vividabkk.

⁴ 10. Satzungsnachtrag vom 11.04.2022 – tritt am 1. April 2023 in Kraft

§ 4 Widerspruchsausschuss⁵ ⁶

- (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 vividabkk 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 2 Vertreter(n) der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der vividabkk.
 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 vividabkk 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.

⁵ 16. Satzungsnachtrag vom 04.07.2023 – tritt am 11. August 2023 in Kraft

⁶ 18. Satzungsnachtrag vom 04.12.2023 – in Kraft ab 11. Januar 2024

8. Sitzungen des Widerspruchsausschusses können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden (hybride Sitzung). Mitglieder, die mit ihrer Zustimmung per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen des Widerspruchsausschusses. In außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Widerspruchsausschusses digital stattfinden (digitale Sitzung). Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses stellt den Ausnahmefall nach Satz 4 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich der vividabkk liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der Feststellung widerspricht.
 9. In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Der oder die Vorsitzende des Widerspruchsausschusses entscheidet, wie die Stimmabgabe (z.B. über Handzeichen, Chat oder ein digitales Abstimmungssystem) erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitaler Beschlussfassung die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich der vividabkk liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.
 10. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
 11. Der Widerspruchsausschuss kann gemäß § 64 Abs. 3 SGB IV ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Mitglied widerspricht der schriftlichen Abstimmung. In diesem Fall ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.
- (5) Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- (6) Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWIG war.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- (1) Zum Kreis der bei der vividabkk 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 vividabkk nur dann beitreten, wenn sie das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Die in Absatz 1 und 2 genannten Personen können die vividabkk 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 vividabkk 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 vividabkk versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die vividabkk 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) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte vividabkk mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds; die Kündigung gilt mit Zugang der Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der vividabkk als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- (2) Erhebt die vividabkk 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; Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Die vividabkk hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 1 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes 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 vividabkk 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 erstmals 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 Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Es gelten Absatz 1 Satz 5.
- (4) Wenn ein Wahltarif nach §§ 8a oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur vividabkk frühestens unter den Voraussetzungen des § 8a Absatz 6 oder der Anlage zu § 15 Absatz 3, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 gilt bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitragssatzes oder bei dessen Erhöhung nach § 242 Absatz 1

⁷ 17. Satzungsnachtrag vom 04.12.2023 – in Kraft ab 28. Dezember 2023

SGB V das Kündigungsrecht nach Absatz 2 ungeachtet der Bindungsfrist an den Wahltarif, jedoch nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der vividabkk 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 Prämienzahlung⁸

- (1) Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der vividabkk versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der vividabkk in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der vividabkk 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 vividabkk 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 vividabkk seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz 1 erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der vividabkk. 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 vividabkk nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der vividabkk.
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. Satzungsnachtrag im schriftlichen Verfahren vom 27.12.2021 – in Kraft ab 1. Januar 2022

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz⁹

Die vividabkk erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,79 % 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).

§ 10a Beitragserstattungen¹⁰

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

⁹ 24. Satzungsnotiz vom 09.12.2024 – in Kraft ab 1. Januar 2025

¹⁰ 27. Satzungsnotiz vom 03.07.2025 – in Kraft ab 5. August 2025

§ 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 vividabkk 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) Kostenerstattung¹¹¹²

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

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

¹²³2. Satzungsnachtrag vom 13.07.2021 – in Kraft ab 1. Oktober 2021

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 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 vividabkk 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 vividabkk 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 vividabkk 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 vividabkk 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 vividabkk übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführt Leistungen aus dem Bereich

1. Hilfsmittel¹³

- 1.1 Kopforthesen

- (1) Für Versicherte ab dem 4. und bis zum vollendeten 15. Lebensmonat übernimmt die vividabkk anteilig die Kosten für die Versorgung mittels

¹³ 17. Satzungsnachtrag vom 04.12.2023 – in Kraft ab 28. Dezember 2023

Kopforthesen zur Cranio-Therapie, wenn dies nach der Schwere der Erkrankung erforderlich ist, um den Behandlungserfolg zu sichern.

- (2) Die Notwendigkeit der Therapie muss durch eine spezialisierte orthopädische Fachklinik, oder einen Facharzt für Orthopädie festgestellt und verordnet werden. Zudem muss diese den Kriterien der medizinischen Leitlinien entsprechen, die nach dem Stand der Medizin für die Verordnung dieser Therapieform angemessen sind.
- (3) Hierzu zählt, dass eine konventionelle Therapie (bspw. mittels Physiotherapie, Lagerungswechsel) nicht möglich oder nicht erfolgsversprechend ist oder dass ohne die Versorgung mittels Kopforthese Folgebehandlungen und langfristige Beeinträchtigungen zu erwarten sind. Das Hilfsmittel hat den nach dem Stand der Medizin anzulegenden Qualitätsanforderungen zu entsprechen.
- (4) Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so übernimmt die vividabkk zunächst 750 EUR der Kosten für die Kopforthesen-Versorgung. Sobald die Behandlung, gemäß dem erstellten Behandlungsplan, im medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde, erfolgt nach Vorlage des medizinischen Abschlussberichtes, eine weitere Erstattung in Höhe von 750 EUR. Die notwendigen Unterlagen zur Erstattung sind der vividabkk maximal 6 Monate nach Abschluss der Behandlung vorzulegen. Maximal übernimmt die vividabkk für die Kopforthesen Kosten in Höhe von 1500 EUR.

1.2 Messgeräte zur kontinuierlichen Glukosemessung (rtCGM)

(1) Über die gesetzlichen Leistungen hinaus übernimmt die vividabkk nach § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 33 SGB V die Kosten für die Versorgung mit einem Real-Time-Messgerät (rtCGM) und Sensoren zur kontinuierlichen Glukosemessung mit dem Ziel, die Versicherten zu einer nachhaltigen Lebensstilveränderung zu motivieren, Über- und Unterzuckerungen zu reduzieren und den Übergang zu einer intensivierten Insulintherapie zu verzögern oder zu verhindern.

(2) Voraussetzungen sind, dass:

- a) die Versicherten an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind und eine Kombinationstherapie aus blutzuckersenkenden (oralen) Medikamente und Basalinsulin (basal-unterstützte orale Therapie – BOT) in Anspruch nehmen und
- b) die Versicherten die individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenssituation mit anderen leitliniengerechten und wirtschaftlicheren Mitteln nicht erreichen können und
- c) die Notwendigkeit der Versorgung mit einem rtCGM durch eine Verordnung von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit einer der folgenden Qualifikationen bestätigt wird:
 1. Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 2. Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
 3. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und – Diabetologie“.

Der Behandlungsverlauf ist zu dokumentieren. Die Einweisung und Schulung in den Gebrauch sind von dem jeweiligen Arzt vor der Anwendung sicherzustellen.

- (3) Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritte, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.
- (4) Versicherte der vividabkk, welche die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen, haben, bezogen auf einen Versorgungszeitraum von einem Jahr, Anspruch auf die Versorgung mit bis zu maximal 27 Sensoren (max. 2 Sensoren pro Monat). Dem Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V.

- (5) Vor Behandlungsbeginn ist mit dem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt ein individuelles Therapieziel bezogen auf den Einsatz von rtCGM festzulegen. Der weitere Behandlungsverlauf ist durch den Arzt zu dokumentieren. Der Leistungserbringer bietet eine auf die individuellen Bedürfnisse des Versicherten abgestimmte technische Einweisung in das rtCGM-Messsystem an.
- (6) Für das Auslesegerät übernimmt die vivida bkk einmalig einen Betrag bis zu 60,00 EUR und für die Sensoren höchstens 60,00 EUR je Sensor, bzw. 120,00 EUR pro Monat.
- (7) Für die Unterweisung in den Gebrauch des rtCGM nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V übernimmt die vivida bkk einmalig den Betrag von höchstens 55,00 EUR pro Versicherten.

2. Osteopathie¹⁴

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 Antroposophie) für Versicherte bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

Die vividabkk 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.

Die vividabkk 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.

¹⁴ 3. Satzungsnachtrag vom 13.07.2021 – in Kraft ab 1. Januar 2021

4. Professionelle Zahnreinigung¹⁵

Die vividabkk beteiligt sich bei ihren Versicherten an den Kosten der professionellen Zahnreinigung (PZR). Die vividabkk übernimmt dabei die Kosten in Höhe von bis zu maximal 50,00 EUR kalenderjährlich. 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 kassenärztliche Versorgung zugelassene Zahnarztpraxis oder einen entsprechend nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird.

5. Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft¹⁶

Die vividabkk 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 vividabkk die jeweilige Rechnung bis 31.03. des Folgejahres vorzulegen.

(5.1) Schwangerschaftsvorsorge

Die vividabkk 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.

¹⁵ 11. Satzungsnachtrag vom 12. Juli 2022 – in Kraft ab 1. Januar 2022

¹⁶ 7. Satzungsnachtrag im schriftlichen Verfahren vom 27.12.2021 – in Kraft ab 1. Februar 2022

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.

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 vividabkk 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 vividabkk 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 Antroposophie)
Die vividabkk erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Antroposophie, 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 Arzneimittel 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 vividabkk 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 Entbindungsberater 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 Buchstabens 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 vividabkk 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. Skelettvererkrankungen, 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 vividabkk 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 vividabkk 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)^{17 18}

Die vividabkk 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 (Grippeschutzimpfung),
- 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 vividabkk 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 vividabkk darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der vividabkk insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die vividabkk kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst einschalten.

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

¹⁸ 8. Satzungsnachtrag vom 11.04.2022 – in Kraft getreten am 1. Januar 2022

§ 12d Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz¹⁹

- (1) Die vividabkk fördert die Kompetenz der Versicherten für den selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatz digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren. Die Förderung erfolgt nach den Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20k SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.²⁰
- (2) Die vividabkk gewährt Leistungen für Maßnahmen nach Nr. 1 als Sachleistung in Form von Schulungsmaßnahmen. Die vividabkk kann Maßnahmen nach Nr. 1 durch Dritte durchführen lassen. Bei der Durchführung durch Dritte schließt die vividabkk einen Kooperationsvertrag mit dem Anbieter der Maßnahme.

§ 12e Auskünfte an Versicherte²¹

- (1) Die vividabkk erteilt dem Versicherten auf Verlangen Auskunft zu den im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten (§ 305 Absatz 1 SGB V) sowie zu zugelassenen Leistungserbringern und über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen (§ 305 Absatz 3 SGB V). § 25 Absatz 2 SGB X gilt entsprechend.
- (2) Die Auskunft ist kostenfrei.

¹⁹ 11. Satzungsnachtrag vom 12. Juli 2022 – in Kraft ab 1. Januar 2022

²⁰ 13. Satzungsnachtrag im schriftlichen Verfahren vom 31.10.2022 – in Kraft ab 1. Januar 2023

²¹ 27. Satzungsnachtrag vom 03.07.2025 – in Kraft ab 5. August 2025

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die vividabkk 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 vividabkk 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 vividabkk 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.

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme²²

- (1) Die vividabkk bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.
- (2) Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zugelassenen Fassung.

²² 27. Satzungsnachtrag vom 03.07.2025 – in Kraft ab 05. August 2025

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten²³ ²⁴

- (1) Versicherte können an den Bonusprogrammen „Vorsorge-Bonus“ und/oder „Aktiv-Bonus“ der vividabkk für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen. Das Teilnahmejahr dauert vom 01.01. bis 31.12. des Kalenderjahres. Innerhalb dieses Zeitraumes müssen die Durchführung und Quittierung der Maßnahmen erfolgen. Die Maßnahmen können während und nach Ablauf des Teilnahmejahres, jedoch spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres, zur Auszahlung eingereicht werden.

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

Anspruch auf einen Vorsorge-Bonus haben Versicherte, die eine Leistung zur Erfassung und Bewertung von gesundheitlichen Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder eine Leistung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten 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.

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

1. Anspruch auf einen Aktiv-Bonus, in Höhe von 50,00 EUR einmalig pro Teilnahmejahr, haben Versicherte, die an qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen und entsprechend dem folgenden Maßnahmenkatalog nachweisen können:

- aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, einer Sportschule oder einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio,
- Teilnahme an Hochschulsport, Volkshochschulsport oder Betriebssport außerhalb der Arbeitszeit,
- Teilnahme am (Baby-)Schwimmkurs,
- Teilnahme am Kinderturnen,
- Teilnahme an einer freiwilligen Sport-AG der Schule,
- Teilnahme an einer Sportveranstaltung, Voraussetzung ist, dass die Veranstaltung unter qualifizierter Leitung durchgeführt wird und ein qualifizierter, angeleiteter Trainingsvorlauf (mit Übungsleitung) stattgefunden hat. Als Nachweis gilt der Stempel des autorisierten Sport- oder Wandervereins. Bei aktiver Teilnahme an Veranstaltungen des Volks- und Breitensports, z. B. Firmen-, Volks- und Stadtläufen, organisierte Mountainbike oder Radtouren, Hindernisläufen zählt die Finisher-Urkunde vom Veranstalter.
- Erwerb eines anerkannten Sport- oder Schwimmabzeichens, einschließlich qualifiziertem, angeleiteten Trainingsvorlauf (mit Übungsleitung),
- erfolgreiche Durchführung einer anderen qualitätsgesicherten Maßnahme zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 Abs.4 SGB V,
- erfolgreiche Durchführung eines zertifizierten Präventionskurses nach § 20 Abs. 5 SGB V,
- erfolgreiche Durchführung zertifizierter digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V.

²³ 13. Satzungsnotifikation im schriftlichen Verfahren vom 31.10.2022 – in Kraft ab 1. Januar 2023

²⁴ 21. Satzungsnotifikation vom 23.04.2024 – in Kraft ab 1. Mai 2024

2. Erfüllen Versicherte zusätzlich die Voraussetzung eines Gesundheitswertes im Normbereich (BMI, Körperfett oder Blutdruck), haben sie die Auswahl aus einer der folgenden Optionen zur Bonusauszahlung:
 - a) Der Bonusanspruch erhöht sich einmalig auf 100,00 EUR pro Teilnahmejahr.
 - b) Bei Vorlage einer selbstfinanzierten Gesundheitsleistung gem. Anlage 1 zum § 14 dieser Satzung erhalten Versicherte einen Rechnungszuschuss bis zu einem Höchstbetrag von 150,00 EUR einmalig pro Teilnahmejahr.
 - c) Bei Vorlage einer selbstfinanzierten Gesundheitsleistung gem. Anlage 2 zum § 14 dieser Satzung erhalten Versicherte einen Rechnungszuschuss bis zu einem Höchstbetrag von 300,00 EUR einmalig innerhalb von drei Kalenderjahren. Mit Inanspruchnahme dieser Variante ist der Versicherte für die beiden Folgejahre von der Teilnahme am Aktiv-Bonus ausgeschlossen.

§ 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 vividabkk 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 vividabkk 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 Unbesetzt²⁵

§ 15 Wahltarife Krankengeld

- (1) Die vividabkk 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

²⁵ 8. Satzungsnachtrag 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 Betriebskrankenkassengebildet.
- (3) Die Teilnahme bestimmt sich nach den Vorgaben der Anlage zu § 15, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 16 Kooperation mit der PKV

Die vividabkk vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 17 Aufsicht

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

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachung

- (1) Die Satzung und sonstiges autonomes Recht der vividabkk 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 vividabkk 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 vividabkk veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der vividabkk 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

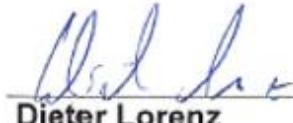


Peter Winter

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 vividabkk

Satzungsunternehmen der vividabkk

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

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

KV VH 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

Vacutech Hochvakuum- & Präzisionstechnik GmbH Bremen

MassTech Analysengeräte Technik GmbH Bremen

Anlage zu § 2 der Satzung der vividabkk

Entschädigungsrichtlinien²⁶

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. Wegstreckenentschädigung²⁷²⁸

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

²⁶ 6. Satzungsnotiz im schriftlichen Verfahren vom 27.12.2021 – in Kraft ab 1. Februar 2022

²⁷ 26. Satzungsnotiz vom 09.12.2024 – in Kraft ab 1. Januar 2025

²⁸ 28. Satzungsnotiz vom 03.07.2025 – in Kraft ab 5. August 2025

2. Flugkosten

Hin- und Rückflugkarte.

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

3. Bahnkarten

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

4. Sonstige Kosten

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

V. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern 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 (BGleG) 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 BGleG.

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 ²⁹

1. Für Sitzungen werden an jedes Mitglied des Verwaltungsrates unabhängig von der Sitzungsdauer 90 Euro je Sitzungstag erstattet. Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Ausschüssen der Organe erhalten bei Sitzungen ihres Ausschusses den doppelten Betrag. Digitale oder hybride Sitzungen (gemäß § 64a SGB IV) sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten. Für die Teilnahme mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung ist die gleiche Sitzungsvergütung wie für in Präsenz teilnehmende Mitglieder vorzusehen.
2. 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 vividabkk

Die Versichertenältesten erhalten für die Teilnahme an Informationsveranstaltungen der vividabkk 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. Portokosten) 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.

²⁹ 26. Satzungsnachtrag vom 09.12.2024 – in Kraft ab 1. Januar 2025

Anlage zu § 9a der Satzung der vividabkk Ausgleichsverfahren nach dem AAG³⁰

§ 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 vividabkk Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ausgleichsberechtigte Arbeitgeber Erstattungsanspruch

- (1) Die vividabkk 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 vividabkk 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 vividabkk 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).

³⁰ 9. Satzungsnachtrag vom 11.04.2022 – tritt am 7. Juli 2022 in Kraft

§ 4 Umlagesätze³¹

- (1) Der Umlagesatz U1 beträgt **2,3** vom Hundert.³²
- (2) Der Umlagesatz U2 beträgt **0,31** vom Hundert.³³

§ 5 Widerspruchsausschuss

§ 4 der Satzung der vividabkk 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 vividabkk 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 Haushaltplanes

Für die Auf- und Feststellung des Haushaltplanes 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.

³¹ 19. Satzungsnachtrag vom 04.12.2023 – in Kraft ab 1. Januar 2024

³² 29. Satzungsnachtrag vom 08.12.2025 – in Kraft ab 1. Januar 2026

³³ 25. Satzungsnachtrag vom 09.12.2024 – in Kraft ab 1. Januar 2025

Anlage zu § 14 der Satzung der vivida bkk

Anlage 1 zu § 14 der Satzung der vivida bkk³⁴

Der Zuschuss wird nur für neu abgeschlossene private Kranken- und Pflegezusatzversicherungsverträge ab dem 01.01.2021 gewährt.³⁵

Anlage 2 zu § 14 der Satzung der vivida bkk

Der Zuschuss wird für die aufgelisteten Leistungen gewährt.

- technische Geräte zur Erfassung, Speicherung oder Analyse digitaler Inhalte mit Gesundheitsbezug oder zur Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Das Anschaffungsjahr muss dabei dem Teilnahmejahr entsprechen.

³⁴ 13. Satzungsnachtrag im schriftlichen Verfahren vom 31.10.2022 – in Kraft ab 1. Januar 2023

³⁵ 23. Satzungsnachtrag vom 09.12.2024 – in Kraft ab 1. Januar 2025

Anlage zu § 15 der Satzung der vividabkk³⁶

Teilnahme

- (1) Die vividabkk 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 Wahlerklärung 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 oder elektronische Willenserklärung gegenüber der vividabkk erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen oder elektronischen Wahlerklärung bei der vividabkk folgt; ein hiervon 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.

³⁶ 17. Satzungsnachtrag vom 04.12.2023 – in Kraft ab 28. Dezember 2023

Tarifende/Kündigung

- (4) Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche oder elektronische Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der vividabkk.
- (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 oder elektronische 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 vividabkk 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 vividabkk aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der vividabkk 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 vividabkk nachzuweisen und die vividabkk 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 Selbständigen 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€	20€	30€	40€	50€
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

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

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

- (10) Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonten 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 vividabkk 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 höchstrichterlichen 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 Tarifs 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 Tarifs 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 jeweils zuständigen Medizinischen Dienst (MD) 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 Verletztengeld, Übergangsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderung bezogen werden,
 - 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 vividabkk.
- (20) Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
- (21) Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn die Teilnehmerin/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 Tarifs 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 vividabkk an die Teilnehmerin/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 Krankengeld 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 € - Schritten bis zu 50 € 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 € - Schritten bis zu 90 € 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/der 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 anzugeben. 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 oder elektronische Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit 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 vividabkk nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der vividabkk 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 vividabkk 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.