

Satzung

vom 1. Januar 2008

**zuletzt geändert durch 54. Nachtrag
vom 11. Dezember 2025**

Satzung

der Bosch BKK

Inhaltsübersicht	Seite
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	1
§ 2 Verwaltungsrat	2
§ 3 Vorstand	4
§ 4 Widerspruchsausschuss	5
§ 4a Versichertenälteste	7
§ 5 Kreis der versicherten Personen	8
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	9
§ 7 Aufbringung der Mittel	10
§ 8 Bemessung der Beiträge	11
§ 9 (aufgehoben)	12
§ 10 (aufgehoben)	13
§ 11 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	14
§ 12 Fälligkeit der Beiträge	15
§ 12a Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V	16
§ 13 Höhe der Rücklage	17
§ 14 Leistungen	18
§ 15 Primärprävention	26
§ 16 Schutzimpfungen	27
§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen	28
§ 17a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V	29
§ 18 Leistungsausschluss	29
§ 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter	31
§ 19a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter während und nach der Schwangerschaft	33

§ 19b	Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	34
§ 19c	Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	35
§ 19d	Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Berufseinsteiger und Arbeitnehmer mit neuem beruflichem Betätigungsfeld	36
§ 20	Gemeinsame Regelungen für Wahltarife	37
§ 21	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	38
§ 22	Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	39
§ 22a	Wahltarif besondere Versorgung	40
§ 23	Wahltarif Selbstbehalt <i>Option S</i>	41
§ 24	Wahltarife Krankengeld	44
§ 24a	Auskünfte an Versicherte gemäß § 305 Absatz 1 Satz 10 SGB V	45
§ 25	Kooperation mit der privaten Krankenversicherung	46
§ 26	Aufsicht	47
§ 27	Mitgliedschaft zum Landesverband	48
§ 28	Umlageverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitsaufwendungen für Entgeltfortzahlung	49
§ 29	Bekanntmachungen	52
§ 30	Inkrafttreten	53
Anlage zu § 2: Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse		54
Anlage zu § 24: Tarifbestimmungen für die Durchführung der Wahltarife Krankengeld		57

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt den Namen

Bosch BKK

Die Bosch BKK hat ihren Sitz in 70469 Stuttgart.

- II. Der Bereich der Bosch BKK erstreckt sich auf den Betrieb der Robert Bosch GmbH in Gerlingen, Stuttgart und Schwieberdingen sowie auf die Betriebsteile in Ansbach, Bamberg, Blaichach, Bruchmühlbach-Miesau, Bühl/Bühlertal, Crailsheim, Göttingen, Hildesheim, Homburg, Immenstadt, Karlsruhe, Leinfelden-Echterdingen, Lorch, Möglingen, München, Murrhardt, Nürnberg, Plochingen, Reutlingen, Rutesheim, Viersen, Waiblingen und Wittershausen sowie die Verkaufshäuser in Berlin, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Köln und München, die Betriebe der Bosch Telecom GmbH in Berlin und Wolfenbüttel, den Betrieb der BT Magnet-Technologie GmbH in Herne, den Betrieb der Hans Feierabend GmbH in Einbeck, den Betrieb der Bosch Reisebüro GmbH in Gerlingen, den Betrieb der ETAS Entwicklungs- und Applikationswerkzeuge für elektronische Systeme GmbH & Co. KG in Schwieberdingen, die Betriebe der Robert Bosch Fahrzeugelektrik Eisenach GmbH in Brotterode, Eisenach, Ruhla und Stregda, den Betrieb der Bosch Telecom Leipzig GmbH in Leipzig sowie die Vertriebseinheiten in Berlin-Ost, Chemnitz, Cottbus, Dresden, Erfurt, Leipzig, Magdeburg, Neubrandenburg, Plauen, Rostock und den Betrieb der Bosch Telecom Radeberg GmbH in Radeberg.
- III. Der Bereich der Bosch BKK erstreckt sich auch auf den Betrieb der Württembergischen Schwesternschaft vom Roten Kreuz e.V.
- IV. Der Bereich der Bosch BKK erstreckt sich des Weiteren auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland mit Ausnahme der Länder Bremen und Schleswig-Holstein.

§ 2 Verwaltungsrat

- I. Das Selbstverwaltungsorgan der Bosch BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.

Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.

Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Ablaufs der vorangegangenen Amtsperiode der Mitglieder des Verwaltungsrates.

- II. Dem Verwaltungsrat der Bosch BKK gehören 15 Versichertenvertreter sowie 8 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Versichertenvertreter hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander. Bei einer Abstimmung ist der Stimmanteil der Arbeitgebervertreter auf den der anwesenden Versichertenvertreter begrenzt.

- IIa. Abweichend von § 49 Absatz 2 Satz 2 SGB IV hat ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, so viele Stimmen wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Absatz 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, beim Versicherungsträger versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen, höchstens jedoch 27.500 Stimmen.

- III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Bosch BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Bosch BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Bosch BKK von grundsätzlicher Bedeutung sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
5. einen leitenden Beschäftigten der Bosch BKK mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
6. den Vorstand zu überwachen,
7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Bosch BKK gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über 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 Rechnungsführung.

Sofern für das abgelaufene Geschäftsjahr eine Prüfung nach § 274 SGB V vorgenommen worden ist, kann der Verwaltungsrat zur Vermeidung von Doppelprüfungen bestimmen, ob und in welchem Umfang das Ergebnis der Prüfung nach § 274 SGB V in die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 194 Absatz 1 Nr. 9 SGB V einzubeziehen ist.

- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- VI. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- VII. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Bestimmungen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VIII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und seine anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder die Mehrheit der Stimmen auf sich vereinen.
- IX. 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.
- X. 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.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Bosch BKK gehört 1 Mitglied an.
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die Bosch BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Bosch BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:
 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers vorzulegen,
 6. die Bosch BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
 7. eine Kassenordnung aufzustellen,
 8. die Beiträge einzuziehen,
 9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und Lieferanten der Bosch BKK abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Bosch BKK wird vom Vorstand eingestellt.
- V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Bosch BKK.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 70469 Stuttgart.
- II. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absätze 1 und 2 SGB IV i.V.m. § 69 Absätze 2, 3 und 5 OWiG wahr.
- III.
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus 2 Vertretern der Versicherten und einem Vertreter der Arbeitgeber, die jeweils die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen. Jeder Versichertenvertreter hat eine Stimme. Der Arbeitgebervertreter hat so viele Stimmen wie die anwesenden und stimmberechtigten Versichertenvertreter zusammen.
 2. Die Versichertenvertreter haben einen ersten, zweiten, dritten und vierten Stellvertreter, der Arbeitgebervertreter hat einen ersten und zweiten Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses und deren Stellvertreter werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrats, der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses und dessen Stellvertreter von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates 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. Die §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absätze 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgebervertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Bosch BKK sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter kann an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teilnehmen.
- IV. Der Widerspruchsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V.
 1. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn zur Sitzung ordnungsgemäß eingeladen wurde und der Arbeitgebervertreter und mindestens ein Vertreter der Versicherten anwesend und stimmberechtigt sind. Sofern der Arbeitgebervertreter nach Absatz V nicht mitwirken darf, ist der Widerspruchsausschuss beschlussfähig, wenn die Versichertenvertreter anwesend sind.
 2. Bei Beschlussunfähigkeit werden die Mitglieder des Widerspruchsausschusses für einen späteren Termin mit einer Frist von mindestens 7 Tagen zu einer erneuten Sitzung mit der nicht erledigten Tagesordnung eingeladen. Der Vorsitzende des Widerspruchsausschusses kann anordnen, dass in einer weiteren Sitzung auch dann beschlossen werden kann, wenn die Beschlussfähigkeit nach Nr. 1 nicht vorliegt. Hierauf ist in der Einladung der Mitglieder zu der weiteren Sitzung hinzuweisen.

- VI. Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses ergehen mit Stimmenmehrheit. Eine Stimmenenthaltung gilt als Ablehnung des Widerspruchs oder des Einspruchs. Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen bzw. der Bußgeldbescheid als bestätigt.
- VII. Der Widerspruchsausschuss kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Die schriftliche Abstimmung ist nur zulässig, wenn ihr eine Sitzung oder eine mit Mitteln der Telekommunikation durchgeführten Beratung vorangegangen ist. Die schriftliche Abstimmung ist nicht zulässig, wenn ihr spätestens in der Sitzung oder Beratung mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses widerspricht. In diesem Fall ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen.

§ 4a Versichertenälteste

- I. Von den Vertretern der Versicherten können für ausgewählte Betriebe Versichertenälteste gewählt werden.
- II. Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Bosch BKK mit den Versicherten herzustellen und diese zu Gesundheitsthemen der BKK am Standort zu beraten und zu betreuen.
- III. Die Versichertenältesten üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Als Ersatz für bare Auslagen erhalten sie einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 15 EUR.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der Bosch BKK versicherten Personen gehören
 - 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 - 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.

 - II. Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, der Bosch BKK nur dann beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

 - III. Die in Absatz I und II genannten Personen können die Bosch BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
 - 1. sie zu dem in § 1 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 Bosch BKK versichert ist,
 - 4. sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 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 Bosch BKK versichert ist,
 - 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Bosch BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
 - 6. sie bei einer Betriebskrankenkasse oder einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

 - IV. Familienversicherte
- Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wird die Familienversicherung von der Bosch BKK durchgeführt, wenn das Mitglied sie dafür gewählt hat.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind nach der Wahl der Bosch BKK mindestens zwölf Monate an sie 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 bisherigen Krankenkasse als im Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei der neuen Krankenkasse erklärt. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse begründet werden soll, hat die Bosch BKK dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. In diesem Fall wird die Kündigung wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

- II. Erhebt die Bosch BKK nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz 1 Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Absatz I Satz 4 gilt entsprechend. Die Bosch BKK 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 Bosch BKK ihrer Hinweispflicht nach den Sätzen 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.

- III. Abweichend von Absatz I 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 und Satz 6. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

- IV. Wurde ein Wahltarif nach §§ 23 oder 24 gewählt, kann die Mitgliedschaft frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 23 Abs. VI, 24 Abs. IV in Verbindung mit den Ziffern 3 bis 5 der [Anlage zu § 24](#), jedoch nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Absatz II gilt, ausgenommen für die Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 24 gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

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

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 (aufgehoben)

§ 10 (aufgehoben)

§ 11 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Bosch BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 3,18 % monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 12 Fälligkeit der Beiträge

- I.
 1. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder das Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt. Ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig. Die Bestimmung des jeweils drittletzten Bankarbeitstages richtet sich nach den gesetzlichen Regelungen in Baden-Württemberg.
 2. Der Arbeitgeber kann abweichend von Absatz I Nummer 1 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen. Absatz I Satz 2 und 3 gelten.
- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. 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).

§ 12a Beitragserstattungen nach § 231 Absatz 2 Satz 2 SGB V

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

§ 13 Höhe der Rücklage

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

§ 14 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Bosch BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

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

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

Ia. Zusätzliche Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Schwangere Versicherte haben Anspruch auf folgende Leistungen:

1. Kostenerstattung für die Rufbereitschaft einer von der Versicherten ausgewählten Hebamme, die gemäß § 134a Absatz 2 SGB V als Leistungserbringer zugelassen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist, vom Beginn der 37. Schwangerschaftswoche an bis zum Ende der Geburt. Erstattet werden gegen Vorlage der Rechnung die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu 250 EUR einmal pro Schwangerschaft.

Die Rufbereitschaft beinhaltet

- a) die telefonische Erreichbarkeit der ausgewählten Hebamme von täglich 24 Stunden,
 - b) die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe,
 - c) die Bereitschaft, jede sonstige Aktivität mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt sofort abzubrechen und sich zu der Schwangeren zu begeben.
2. Erstattung der Kosten für die Unterweisung eines Geburtspartners oder einer Geburtspartnerin, begrenzt auf 80 EUR pro Schwangerschaft, unter folgenden Voraussetzungen:
 - a) Die Kosten sind durch eine spezifizierte Rechnung nachzuweisen.
 - b) Die Unterweisung erfolgt durch eine Hebamme, die die Berufsbezeichnung „Hebamme“ im Sinne des Hebamengesetzes führt oder bei der die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind.
 - c) Die Unterweisung erfolgt im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses im Sinne des Vertrages nach § 134a SGB V in Verbindung mit der Hebammen-Vergütungsvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung, an dem auch die Versicherte teilnimmt.

§ 13 Absatz 4 SGB V ist anzuwenden.

Ib. Osteopathie

Versicherte können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsweise nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale, viszerale und craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und entweder Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt zu einem Berufsverband der Osteopathen berechtigt ist.

Die Bosch BKK übernimmt die Kosten für maximal drei Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 40 Euro pro Sitzung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Voraussetzungen der Erstattung sind durch Rechnungen sowie eine ärztliche Anordnung nachzuweisen.

Ic. Mehrleistung für FeNO-Messung während der Schwangerschaft

Um die regelmäßige Bestimmung des Grades einer Atemwegsentzündung bei einer Schwangerschaft zu unterstützen und damit die Möglichkeiten ihrer Behandlung zu verbessern, erstattet die Bosch BKK auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 in Verbindung mit § 33 SGB V die Kosten der Versorgung mit einem Heimmessgerät zur Messung fraktionierten exhalierter Stickstoffmonoxids (FeNO-Heimmessgerät) nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen:

1. Anspruchsberechtigt sind schwangere Versicherte. Keinen Anspruch haben schwangere Versicherte, wenn ihnen die Bosch BKK, eine andere deutsche gesetzliche Krankenkasse oder ein ausländischer Träger, welcher vom überstaatlichen Recht erfasst wird, bei einer früheren Schwangerschaft ein FeNO-Heimmessgerät als Sachleistung oder eine Erstattung der Kosten für ein FeNO-Heimmessgerät ganz oder teilweise bewilligt hat.
2. Während der Schwangerschaft liegt eine Asthma-bronchiale-Erkrankung vor, die zumindest auch allergisch bedingt ist und die mit einer regelmäßigen Steroidtherapie behandelt wird.
3. Das FeNO-Heimmessgerät muss von einem zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt oder einer ärztlich verantworteten Stelle, die nach dem SGB V mit Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung betraut ist, verordnet werden.
4. Der die Notwendigkeit der Versorgung bestätigende Arzt nach Ziffer 3 legt ein individuelles Therapieziel fest, dokumentiert den Behandlungsverlauf und stellt die Einweisung und Schulung der Versicherten in den Gebrauch des FeNO-Heimmessgeräts vor dessen Anwendung sicher. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.
5. Das FeNO-Heimmessgerät muss nach dem Gesetz über Medizinprodukte zulässig in Verkehr gebracht worden sein.
6. Die Versicherte weist die Schwangerschaft durch eine Kopie des Mutterpasses oder anderer geeigneter Unterlagen sowie die Kosten des FeNO-Heimmessgeräts durch eine Kopie der Rechnung nach.
7. Die Bosch BKK erstattet abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung für Hilfsmittel einmalig die Kosten eines Heimmessgeräts in der tatsächlich entstandenen Höhe, nicht jedoch die Kosten für die erstmalige und spätere Versorgung mit Mundstücken.“

Id. Mehrleistungen bei Schwangerschaft

Die Bosch BKK übernimmt über die gesetzlichen Leistungen hinaus auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V bei Vorlage der Rechnung die Kosten für die Inanspruchnahme der nachfolgend genannten Leistungen bei Schwangerschaft, jedoch nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten jeder Leistung und nicht mehr als insgesamt 200 Euro je Schwangerschaft:

1. Zusätzliche Schwangerschaftsuntersuchungen

Die Bosch BKK übernimmt auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 23 SGB V die Kosten folgender ärztlicher 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. bis 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, beispielsweise Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen;
- c) Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, beispielsweise Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen;
- d) Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, beispielsweise wegen Kontaktes mit Tieren, insbesondere Katzen;
- e) Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, beispielsweise wegen Kontaktes mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

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

2. Individuelle Beratungsleistungen und Kurse im Rahmen der Schwangerschaft

Die Bosch BKK übernimmt auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 24d SGB V die Kosten folgender, nicht in den Verträgen nach § 134a SGB V vorgesehener Beratungsleistungen und Kurse im Rahmen der Schwangerschaft:

- a) individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt sowie individuelle Basisdatenerhebung und Leistungsauskunft bei einem Hebammenwechsel zu den Gebührensätzen der jeweils anwendbaren Hebammengebührenverordnung;
- b) Bewegungskurs für Schwangere;
- c) Entspannungskurs für Schwangere.

Voraussetzung ist, dass die Leistung durch eine gemäß § 134a Absatz 2 SGB V als Leistungserbringer zugelassene oder gemäß § 13 Absatz 4 SGB V zur Versorgung berechtigte Hebamme erfolgt.

3. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

Die Bosch BKK übernimmt nach § 11 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V die Kosten nicht verschreibungspflichtiger apothekenpflichtiger Arzneimittel für Schwangere mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Jodid oder Folsäure als Monopräparate oder Kombinationspräparate. Hiervon ausgenommen sind Arzneimittel, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 bis 9 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt verordnet und in einer Apotheke oder im Rahmen des zulässigen Verhandels bezogen wurde.

4. Zahnvorsorgeleistungen

Die Bosch BKK übernimmt nach § 11 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 28 Absatz 2 SGB V während der Schwangerschaft die Kosten für eine einmalige professionelle Zahnreinigung. Voraussetzung ist, dass die Leistung von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Zahnarzt empfohlen und durchgeführt wird.

Ie. Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus übernimmt die Bosch BKK einmal je Kalenderjahr die Kosten in Höhe von maximal 82 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten, für eine Brustkrebsuntersuchung durch blinde oder sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als medizinische Tastunterucher oder Tastuntersucherinnen unter folgenden Voraussetzungen:

1. Versicherte weisen anhand einer ärztlichen Bestätigung eine familiäre oder medizinische Vorbelastung bei Brustkrebs nach,
2. die Untersuchung wird von einem Facharzt oder einer Fachärztein für Frauenheilkunde und Geburtshilfe veranlasst.

If. Sportmedizinische Beratung und Untersuchung

Versicherte können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu erkennen oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung oder eine Laktatbestimmung erforderlich ist, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass die Leistung durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, der berechtigt ist, die Zusatzbezeichnung „Sportmediziner“ zu führen oder über einen anderen dem entsprechenden Qualifikationsnachweis verfügt, oder durch einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt, der eine vergleichbare Qualifikation nachweist, erbracht wird.

Die BKK erstattet die Kosten bis zu 60 Euro pro Untersuchung nach Satz 1, höchstens jedoch 120 Euro pro Behandlung nach Satz 1 und 2 zusammen. Die Voraussetzungen zur Erstattung sind durch spezifizierte Rechnungen sowie durch die ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.

Leistungen nach dieser Vorschrift können nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Durchführung solcher Leistungen erbracht werden, deren Kosten ganz oder teilweise von der BKK getragen wurden.

Ig. Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel für Kinder und Jugendliche vom vollendeten zwölften Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

1. Versicherte, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben über § 34 Absatz 1 Satz 5 SGB V hinaus Anspruch auf Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln, wenn dies notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt verordnet und von einer Apotheke abgegeben wurde.
2. Die Voraussetzungen zur Erstattung sind durch die Rechnung und eine ärztliche Verordnung nachzuweisen. Die Summe aller Erstattungen nach dieser Vorschrift für einen Versicherten ist im Kalenderjahr auf 100 Euro begrenzt.
3. § 34 Absatz 1 Sätze 6 bis 9 und Absätze 2 bis 4 SGB V bleiben unberührt.

Ih. Multi- oder biparametrische Magnetresonanztomografie der Prostata

Die Bosch BKK erstattet die Kosten für die Untersuchung der Prostata durch eine multi- oder biparametrische Magnetresonanztomografie (mp/bpMRT) in Höhe von bis zu 200 Euro je Versicherten und Kalenderjahr, jedoch maximal in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, unter den folgenden Voraussetzungen:

1. Ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt, der berechtigt ist, die Bezeichnung Facharzt für Urologie zu führen, oder ein nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigter Arzt mit vergleichbarer Qualifikation (behandelnder Arzt) stellt einen Verdacht auf eine bösartige onkologische Erkrankung der Prostata fest.
2. Die mp/bpMRT ist notwendig, um den Verdacht nach Nummer 1 zu bestätigen oder auszuschließen oder die Lokalisation der Erkrankung zu bestimmen und damit die Auswahl, die Planung und die Durchführung einer Therapie zu ermöglichen oder zu fördern.
3. Die mp/bpMRT wird von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, der berechtigt ist, die Bezeichnung Facharzt für Radiologie zu führen, oder von einem nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit vergleichbarer Qualifikation durchgeführt (durchführender Arzt).
4. Die mp/bpMRT erfolgt auf eine Überweisung des behandelnden Arztes hin.
5. Nach gemeinsamer Beurteilung durch den behandelnden und den durchführenden Arzt überwiegt der Nutzen der Untersuchung für den Patienten das von ihm zu tragende Risiko.
6. Die Stellung der Indikation für die mp/bpMRT und die Durchführung der mp/bpMRT entsprechen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.
7. Der Versicherte weist die entstandenen Kosten durch eine Rechnung nach.

II. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für eine Stunde je Pflegeeinsatz und längstens für 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat erbracht. Voraussetzung ist, dass Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung der Behandlungspflege begrenzt.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe

Die Bosch BKK gewährt gemäß § 11 Absatz 6 und § 38 Absatz 2 SGB V Versicherten

1. unter den in § 38 Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Voraussetzungen Haushaltshilfe, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfe, aber noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet hat und das nicht behindert und auf Hilfe angewiesen ist;
2. unter den in § 38 Absatz 1 Satz 3 SGB V genannten Voraussetzungen, soweit eine Leistung nach § 38 Absatz 1 Sätze 3 bis 5 SGB V nicht erbracht werden kann, aus Anlass derselben Krankheit Haushaltshilfe für die Dauer von
 - a) längstens 39 Wochen, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist,
 - b) längstens sechs Wochen in den übrigen Fällen.

§ 38 Absatz 1 Satz 5 SGB V gilt für die Leistung nach Nummer 2 entsprechend. Auf die Leistungsdauer nach Nummer 2 wird die Dauer eines nach § 38 Absatz 1 Sätze 3 bis 5 SGB V bestehenden Anspruchs angerechnet.

§ 38 Absätze 3 bis 5 SGB V gelten entsprechend.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

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. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V. Kostenerstattung

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

5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Bosch BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen. Der Erstattungsbetrag wird vereinfacht ermittelt

- a) im Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung in Höhe von 30%,
- b) im Bereich der Versorgung mit Arzneimitteln in Höhe von 70%

der ausgewiesenen Kosten. Auf Antrag des Versicherten wird der Erstattungsbetrag individuell ermittelt. Der individuell ermittelte Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten von 5% sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt.

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 Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Der Erstattungsbetrag ist um 5%, höchstens aber 50 EUR für 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 Krankenkasse 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 Bosch BKK in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI. Kostenerstattung für 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 als dasjenige, für das die Bosch BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder 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 Bosch BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Ist für ein Arzneimittel ein Festbetrag festgesetzt, ist der Festbetrag bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages als Berechnungsbasis zu Grunde zu legen.

2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 30 v. H. als Abschlag für die der Bosch BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
3. Absatz V Nr. 4 und 5 gelten.

§ 15 Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechterbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Bosch BKK auf Basis des „Leitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung Leistungen zur primären Prävention nach dem Setting-Ansatz (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V) sowie nach dem 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- und Fehlernährung,
 - b) Vermeidung und Reduktion von Übergewicht;
3. Stressmanagement:
 - a) Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement,
 - b) Förderung von Entspannung und Erholung;
4. Suchtmittelkonsum:
 - a) Förderung des Nichtrauchens,
 - b) gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol und zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung ist auf maximal zwei Kurse je Versicherten und Kalenderjahr begrenzt. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen. Leistungen im Gesundheitsförderprogramm, die von der Bosch BKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern im Gesundheitsförderprogramm wird, sofern sie den im oben genannten Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten, bei ort- und zeitunabhängigen Onlinekursen an allen Kurseinheiten, ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 % der durch das Gesundheitsförderprogramm entstandenen Kosten, maximal aber 80,00 EUR je Maßnahme, gewährt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhöht sich der Zuschuss auf maximal 110,00 EUR je Maßnahme.

§ 16 Schutzimpfungen

Die Bosch BKK gewährt über die bereits in § 20i Absatz 1 SGB V geregelten Leistungen für Schutzimpfungen hinaus Schutzimpfungen einschließlich solcher gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, soweit die Schutzimpfung

1. von einem Arzt oder einer ärztlich verantworteten Stelle, der bzw. die nach dem SGB V mit Aufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung betraut ist, empfohlen wird

und

2. nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden kann, vom Arbeitgeber oder einer sonstigen Stelle unentgeltlich angeboten wird oder in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt.

§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

§ 17a Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V

- I. Die Bosch gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren, die dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Ausgeschlossen sind Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln, insbesondere allgemeine Kenntnisse im Umgang mit Hard- und Software.
- II. Leistungen, die von der Bosch BKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern die Leistungen den in Absatz I genannten Kriterien entsprechen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss von 50 Euro je Versicherten und Kalenderjahr gewährt, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 18 Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der Bosch BKK gegenüber schriftlich zu erklären, dass er sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben hat, um in einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Bosch BKK darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsinanspruchnahme zum Ersatz der der Bosch BKK insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Vom Mitglied ist die Erklärung für das Mitglied und die familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Bosch BKK ist berechtigt, sich zur Klärung des Gesundheitszustandes der Versicherten des Medizinischen Dienstes zu bedienen.

§ 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter

I. Voraussetzungen für den Bonusanspruch

(1) Versicherte haben nach Maßgabe von Unterabsatz (3) Anspruch auf einen Bonus nach § 65a Absatz 1 SGB V, wenn sie Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a oder 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V zu Lasten der Bosch BKK in Anspruch nehmen, dies gegenüber der Bosch BKK nachweisen und sie zur Inanspruchnahme der Leistung berechtigt sind. Der Bonus beträgt für jede Leistung jeweils zehn Euro.

(2) Versicherte, die im Kalenderjahr während der Zeit der Versicherung bei der Bosch BKK an mindestens einer der nachfolgend genannten Maßnahmen teilnehmen, erhalten nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen und von Unterabsatz (3) einen Bonus nach § 65a Absatz 1a SGB V von jeweils zehn Euro für jede Maßnahme.

a. Präventionskurs

Versicherte, die das sechste Lebensjahr vollendet haben, nehmen regelmäßig an einem qualitätsgesicherten Präventionskurs gemäß § 20 Absatz 5 SGB V teil. Es werden höchstens zwei Maßnahmen pro Kalenderjahr bonifiziert.

b. Regelmäßiger Sport

Versicherte nehmen regelmäßig an Fitness-, Ausdauer- oder Gesundheitssportangeboten unter fachkundiger Anleitung teil (beispielweise aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder bei einem qualitätsgesicherten Fitness-Anbieter, in einem Tanzsportverein, im Hochschulsport, an einer Volkshochschule; regelmäßiges Training zum Erwerb eines Sportleistungsabzeichens; regelmäßiges Training mit erfolgreicher Teilnahme an einer Ausdauersportveranstaltung). Es werden höchstens fünf Sportaktivitäten pro Kalenderjahr bonifiziert.

c. Betriebssport

Versicherte nehmen außerhalb der Arbeitszeit regelmäßig an vom Arbeitgeber angebotenen qualitätsgesicherten Sportaktivitäten teil (beispielsweise Laufgruppen oder Bewegungsprogramme). Es handelt sich dabei nicht um Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Es werden höchstens zwei Sportaktivitäten je Kalenderjahr bonifiziert.

d. Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V

Versicherte nehmen teil an einem freiwilligen Programm zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens, das den Anforderungen des § 20a SGB V entspricht, oder an einem vergleichbaren Programm, das von einer fachlich anerkannten Institution konzeptionell verantwortet wird. Es wird höchstens eine Maßnahme je Kalenderjahr bonifiziert.

(3) Sofern in einem Kalenderjahr die Gesamtsumme von 150 Euro noch nicht durch Maßnahmen nach Unterabsatz (1) erreicht ist, erhöht sich die Summe der Boni nach Unterabsatz (1) durch Boni für Maßnahmen nach Unterabsatz (2), bis die Gesamtsumme von 150 Euro erreicht ist.

II. Zweckgebundener Zuschuss zu einer selbst beschafften Sachleistung

(1) Versicherte können anstelle eines Bonus nach Absatz I ganz oder teilweise einen zweckgebundenen Zuschuss in Höhe des Doppelten des sich nach Absatz I ergebenden Betrages für selbst beschaffte Sachleistungen nach Unterabsatz (2) wählen, soweit diese nicht

nach anderen Vorschriften erbracht wurden. Die Leistung muss in demselben Kalenderjahr, in dem die Maßnahme nach Absatz I durchgeführt wurde, oder bis spätestens zum 30.06. des darauffolgenden Jahres beschafft worden sein. Der Zuschuss ist auf die tatsächlich entstandenen Kosten beschränkt.

- (2) Als selbst beschaffte Sachleistungen nach Unterabsatz (1) kommen in Betracht:
1. die Mitgliedschaft in einem Sportverein oder in einem Fitnessstudio,
 2. die Teilnahme an Sportveranstaltungen,
 3. Sport- und Fitnessausrüstungen,
 4. Geräte und Apps zur Messung und Erfassung des Fitness- und Gesundheitsstatus,
 5. Kurse oder Training zu Entspannungsverfahren wie Yoga, Meditation, Resilienz oder vergleichbare Verfahren,
 6. erweiterte zahnmedizinische Leistungen,
 7. die im IGel-Monitor des Medizinischen Dienstes Bund unter der Internetadresse www.igel-monitor.de aufgeführten Leistungen,
 8. Leistungen der besonderen Therapierichtungen, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführt sind,
 9. Brillen und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke,
 10. Sehtests,
 11. Beiträge zu privaten Krankenzusatzversicherungen,
 12. Erste-Hilfe-Kurse.

III. Auszahlung

Der Bonus und der Zuschuss werden auf ein vom Versicherten genanntes Bankkonto überwiesen, sobald der Versicherte das Vorliegen der Voraussetzungen für die Bonus- oder die Zuschussgewährung durch geeignete Unterlagen nachgewiesen hat. Nachweise für Bonusansprüche oder den zweckgebundenen Zuschuss, die nach dem 30.06. des Folgejahres erbracht werden, werden nicht berücksichtigt.

§ 19a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter während und nach der Schwangerschaft**I. Voraussetzungen für den Bonusanspruch**

Versicherte erhalten, soweit sie alle nach den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft zu Lasten der Bosch BKK in Anspruch genommen haben und dies gegenüber der Bosch BKK nachweisen, einen Bonus nach § 65a Absatz 1 SGB V nach Maßgabe des Absatzes II.

II. Gewährung des Bonus

Der Bonus wird der Versicherten in Form eines zweckgebundenen Zuschusses von 150 Euro für eine oder mehrere der nachfolgend genannten, von der Versicherten in Anspruch genommenen, selbstfinanzierten Dienstleistung gewährt (Bonusguthaben).

- a. Bewegungs- und Entspannungskurse während und nach der Schwangerschaft,
- b. Säuglingspflegekurs,
- c. Familienzimmer nach der Geburt,
- d. Akupunktur zur Geburtsvorbereitung,
- e. Erste-Hilfe-Kurs für Kindernotfälle,
- f. frühkindliche Gesundheitsangebote bei qualifizierten Anbietern.

Die Dienstleistungen müssen im Zeitraum zwischen dem Beginn der Schwangerschaft und der Vollendung des ersten Lebensjahres des geborenen Kindes in Anspruch genommen worden sein. Dienstleistungen, die sich auf das geborene Kind beziehen, werden nur berücksichtigt, wenn auch das Kind bei der Leistungsinanspruchnahme bei der Bosch BKK versichert war.

Das Bonusguthaben wird bis zur Höhe des Rechnungsbetrags, höchstens jedoch bis zu seiner Ausschöpfung angerechnet. Der angerechnete Betrag wird jeweils auf ein von der Versicherten genanntes Bankkonto überwiesen, sobald die Versicherte die Inanspruchnahme der Dienstleistung durch die Rechnung und die übrigen Voraussetzungen für die Bonusgewährung durch geeignete Unterlagen nachgewiesen hat. Nachweise für Bonusansprüche, die später als sechs Monate nach der Vollendung des ersten Lebensjahres des geborenen Kindes erbracht werden, werden nicht berücksichtigt.

§ 19b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**I. Voraussetzungen für den Bonusanspruch**

Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus nach § 65a Absatz 2 SGB V von fünf Euro, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers gemäß § 20 Absatz 2 in Verbindung mit § 20 Absatz 5 SGB V aus den Handlungsfeldern

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

vollständig teilnehmen.

II. Auszahlung des Bonus

Der Bonus wird auf ein vom Versicherten genanntes Bankkonto überwiesen, sobald der Versicherte das Vorliegen der Voraussetzungen für die Bonusgewährung durch geeignete Unterlagen nachgewiesen hat. Nachweise für Bonusansprüche, die nach dem 30.06. des Folgejahres erbracht werden, werden nicht berücksichtigt.

III. Ausschluss

Absatz I gilt nicht für Maßnahmen, die bereits nach § 19d gefördert wurden.

§ 19c Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I. 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 Einrichtungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind.
- II. Die Bosch BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus.
- III. Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

§ 19d Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Berufseinsteiger und Arbeitnehmer mit neuem beruflichem Betätigungsfeld

I. Personen, die

1. nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte versichert sind oder
2. sonst nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, Nummer 7 oder Nummer 8 oder § 9 Absatz 1 Nummer 3 SGB V versichert sind

und die innerhalb von 18 Monaten nach der erstmaligen Aufnahme einer Tätigkeit nach Nummer 1 oder Nummer 2 an einer von ihrem Arbeitgeber durchgeführten Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Absatz II vollständig teilnehmen, haben Anspruch auf einen einmaligen Bonus in Höhe von jeweils 200 Euro.

II. Eine Maßnahme im Sinne des Absatzes I liegt vor, wenn sie

1. nach ihrem Inhalt auf Personen, die erstmalig eine der in Absatz I genannten Tätigkeiten aufnehmen, zugeschnitten ist,
2. entweder
 - a) wirksame Anreize für eine dauerhafte Anwendung der erlernten Inhalte im künftigen Arbeitsleben des Versicherten schafft oder
 - b) eine nachhaltige Motivation des Versicherten zur Wahrnehmung von Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung im künftigen Berufsleben des Versicherten fördert,
3. nach § 20b Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit § 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V zertifiziert ist und
4. der Arbeitgeber sie im Einvernehmen mit der Bosch BKK durchführt.

III. Absatz I gilt nicht für Maßnahmen, die bereits nach § 19b gefördert wurden.

§ 20 Gemeinsame Regelungen für Wahltarife

- I. Prämienzahlungen 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 , der eine Prämienzahlung vorsieht, 20 %, bei der Inanspruchnahme von mehreren Wahltarifen, die eine Prämienzahlung vorsehen, 30 % der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragsszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR bei einem und 900 EUR bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.
- II. Sieht die Satzung für Wahltarife Vorschüsse auf Prämien vor, gelten als Prämienzahlung im Sinne des Absatzes I die sich aus der Abrechnung ergebende Prämien.

§ 21 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

- I. Die Bosch BKK bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme an.
- II. 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 zugelassenen Fassung.
- III. Versicherten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, ermäßigt die Bosch BKK entsprechend § 53 Absatz 3 SGB V auf Antrag die während der Dauer der Teilnahme an fällig werdenden Zuzahlungen um 90 v. H. Die §§ 61 und 62 SGB V bleiben davon unberührt. Die Ermäßigung ist auf 100 EUR im Kalenderjahr begrenzt.

§ 22 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I. Die Bosch BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen an, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über
 1. den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
 2. die Freiwilligkeit einer Teilnahme,
 3. die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem betreffenden Versorgungsvertrag ergeben,
 4. etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
 5. die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
 6. die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
 7. die im Rahmen des Versorgungsvertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- IV. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich oder elektronisch abzugeben.

§ 22a Wahltarif besondere Versorgung

- I. Die Bosch BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V an. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III. Vor Abgabe der Teilnahmeverklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über
 1. den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
 2. die Freiwilligkeit einer Teilnahme,
 3. die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem betreffenden Versorgungsvertrag ergeben,
 4. etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
 5. die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeverklärung,
 6. die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
 7. die im Rahmen des Versorgungsvertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- IV. Die Teilnahmeverklärung ist schriftlich oder elektronisch abzugeben.

§ 23 Wahltarif Selbstbehalt Option S

- I. Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Bosch BKK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Der jährliche Selbstbehalt kann in Stufen abhängig von der Höhe der jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds (Jahreseinkommen) gewählt werden. Der jährliche Selbstbehalt beträgt in der ersten Stufe 120 EUR, in der zweiten Stufe 250 EUR, in der dritten Stufe 380 EUR und in der vierten Stufe 450 EUR. Gewählt werden können
- a) bei einem Jahreseinkommen von bis zu 24.000 EUR: die erste Stufe,
 - b) bei einem Jahreseinkommen von mehr als 24.000 EUR bis zu 36.000 EUR: die erste oder die zweite Stufe,
 - c) bei einem Jahreseinkommen von mehr als 36.000 EUR bis zu 48.000 EUR: die erste, zweite oder dritte Stufe,
 - d) bei einem Jahreseinkommen von mehr als 48.000 EUR: die erste, zweite, dritte oder vierte Stufe.
- II. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- a) verhaltensbezogene Prävention (§ 20 SGB V),
 - b) Schutzimpfungen (§ 20i SGB V),
 - c) Zahnprophylaxe (§ 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 SGB V),
 - d) medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
 - e) Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V),
 - f) Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien).
- III. Soweit Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Absatz II in Anspruch genommen werden, erfolgt die Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt in Höhe der der Bosch BKK tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen, die mit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 SGB V abgegolten sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.
- IV. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die Bosch BKK dem Mitglied im Rahmen des § 53 Absatz 8 SGB V unter Berücksichtigung des § 20 einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt
- a) bei einem jährlichen Selbstbehalt von 120 EUR (erste Stufe): jährlich 100 EUR,
 - b) bei einem jährlichen Selbstbehalt von 250 EUR (zweite Stufe): jährlich 200 EUR,
 - c) bei einem jährlichen Selbstbehalt von 380 EUR (dritte Stufe): jährlich 300 EUR und

- d) bei einem jährlichen Selbstbehalt von 450 EUR (vierte Stufe): jährlich 350 EUR.

V. Die Entscheidung für den Wahltarif sowie die Stufe des Selbstbehalts (Absatz I) erfolgt durch schriftliche Erklärung des Mitglieds. Sie wird wirksam mit Beginn des auf den Zugang der Wahlerklärung bei der Bosch BKK folgenden Kalendermonats. Das Mitglied kann durch schriftliche Erklärung nach Wirksamwerden der Wahlerklärung für den Wahltarif abhängig von seinem Jahreseinkommen auch eine höhere Stufe des Selbstbehalts nach Absatz I wählen. Satz 2 gilt entsprechend. Eine solche Erklärung ist frühestens ein Jahr nach Wirksamwerden der vorangegangenen Erklärung oder Wahlerklärung möglich.

VI. Die Mindestbindungsfrist für den Wahltarif beträgt drei Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der Bosch BKK seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Bosch BKK. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif endet, wenn das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der Bosch BKK nach § 175 Absatz 4 SGB V kündigt, mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der Bosch BKK. Der Wahltarif verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit das Mitglied nicht einen Monat vor Ablauf der Mindestbindungsfrist oder einen Monat vor Ablauf des Verlängerungszeitraums seine Wahltariferklärung durch schriftliche Erklärung kündigt. Abweichend von Satz 5 kann der Wahltarif in der dort bestimmten Form innerhalb eines Monats nach Eintritt eines besonderen Härtefalles zum Ablauf des auf den Zugang der Kündigungserklärung bei der Bosch BKK folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Als besonderer Härtefall gelten insbesondere die Feststellung der Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII und der Eintritt eines Tatbestandes, der dazu führt, dass die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden.

VII. Der Selbstbehalt nach Absatz I und die Prämienzahlung nach Absatz IV werden anteilig berechnet, soweit

- a) das Mitglied den Wahltarif nach den Absätzen I und V während eines laufenden Kalenderjahres wählt,
- b) der Wahltarif nach Absatz VI während eines laufenden Kalenderjahres endet,
- c) das Mitglied während eines laufenden Kalenderjahres nach den Absätzen I und V eine andere Stufe des Selbstbehalts wählt oder
- d) innerhalb eines Kalenderjahres Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V für volle Kalendermonate besteht.

- VIII. Die in einem Kalenderjahr von der Bosch BKK zu zahlende Prämie wird im Juni des Folgejahres fällig. Die Bosch BKK leistet auf die Prämie einen Vorschuss von 50 v.H. im Juni des laufenden Jahres, bei Entscheidung für den Wahltarif im Laufe des Kalenderjahres nach Zugang der Erklärung des Mitglieds bei der Bosch BKK. Die Abrechnung des Selbstbehalts und der Prämie durch die Bosch BKK erfolgen im Juni des Folgejahres. Eine sich daraus ergebende Nachzahlung durch die Bosch BKK ist ebenfalls im Juni des Folgejahres fällig. Ergibt sich aus der Abrechnung eine Überzahlung der Bosch BKK, ist das Mitglied zur Erstattung verpflichtet. Über die Abrechnung und gegebenenfalls die Erstattungspflicht erhält das Mitglied einen Bescheid.

§ 24 Wahltarife Krankengeld

- I. Die Bosch BKK bietet
 1. hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 2. unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V)

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes zur Wahl an, sofern diese das gesetzliche Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 Satz 4 SGB V gewählt haben.
- II. Die Bosch BKK bietet nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten, selbständigen Künstlern und Publizisten einen Tarif zur Zahlung von Krankengeld vom 15. bis zum 42. Tag zur Wahl an.
- III. Die Tarife nach den Absätzen I und II werden gemäß § 53 Absatz 6 Satz 5 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet. Ihre Durchführung wird der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) übertragen.
- IV. Das Nähere zu den angebotenen Tarifen regelt die Anlage zu § 24.

§ 24a Auskünfte an Versicherte gemäß § 305 Absatz 1 Satz 10 SGB V

- I. 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) wird dem Versicherten auf Verlangen mündlich oder schriftlich erteilt. § 25 Absatz 2 SGB X gilt entsprechend.
- II. Die Auskunft ist kostenfrei.

§ 25 Kooperation mit der privaten Krankenversicherung

Die Bosch BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Versicherungsunternehmen.

§ 26 Aufsicht

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

§ 27 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 28 Umlageverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung

- I. Die Bosch BKK führt die Umlageverfahren zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Absatz 1 des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG) (U1-Verfahren) und zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach § 1 Absatz 2 AAG (U2-Verfahren) durch.

- II. Abweichend von § 2 der Satzung gelten in Angelegenheiten des AAG folgende Sonderregelungen für den Verwaltungsrat:
 - 1. Im Verwaltungsrat wirken nur die Vertreter der Arbeitgeber mit.
 - 2. Das Amt des Vorsitzenden übt derjenige Vertreter der Arbeitgeber aus, der als Vorsitzender oder stellvertretender Vorsitzender des Verwaltungsrates gewählt worden ist. Für den Fall der Verhinderung wählen die Arbeitgebervertreter des Verwaltungsrates einen Vertreter aus ihrem Kreise, der die Aufgaben des Vorsitzenden übernimmt.
 - 3. Jeder Vertreter hat eine Stimme.
 - 4. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Vertreter der Arbeitgeber ordnungsgemäß geladen sind und die anwesenden und stimmberechtigten Mitglieder aus dem Kreise der Vertreter der Arbeitgeber die Mehrheit der Stimmen aller Mitglieder aus dem Kreise der Vertreter der Arbeitgeber auf sich vereinen.

- III. Der Verwaltungsrat in Angelegenheiten des AAG hat insbesondere über folgende Aufgaben zu beschließen:
 - 1. die Satzung in Angelegenheiten des AAG,
 - 2. die Höhe der Umlagesätze nach § 7 Absatz 2 AAG,
 - 3. die Bildung von Betriebsmitteln, die den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen dürfen.

Er hat ferner

 - 4. den Haushaltsplan festzustellen,
 - 5. für die Prüfung des Rechnungsabschlusses einen Rechnungsprüfer und einen Stellvertreter aus seiner Mitte zu wählen,
 - 6. den Rechnungsabschluss festzustellen und über die Entlastung des Vorstandes zu beschließen.

- IV. Abweichend von § 4 gelten in Angelegenheiten des AAG folgende Sonderregelungen für den Widerspruchsausschuss:
 - 1. Im Widerspruchsausschuss wirken der Vertreter der Arbeitgeber und dessen erster Stellvertreter als ordentliches Mitglied mit. Ist einer der in Satz 1 Genannten verhindert, wirkt an dessen Stelle der zweite Stellvertreter des Vertreters der Arbeitgeber als ordentliches Mitglied mit.

2. Jeder Mitwirkende hat eine Stimme.
3. Der Vorsitz im Widerspruchsausschuss wechselt zwischen den Mitwirkenden von Sitzung zu Sitzung.
4. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn zur Sitzung ordnungsgemäß eingeladen wurde und zwei Vertreter nach Nr. 1 anwesend und stimmberechtigt sind. Bei Beschlussunfähigkeit werden die Mitglieder des Widerspruchsausschusses für einen späteren Termin mit einer Frist von mindestens sieben Tagen zu einer erneuten Sitzung mit der nicht erledigten Tagesordnung eingeladen. Der Vorsitzende des Widerspruchsausschusses kann anordnen, dass in einer weiteren Sitzung auch dann beschlossen werden kann, wenn die Beschlussfähigkeit nach den vorgenannten Sätzen nicht vorliegt. Hierauf ist in der Einladung der Mitglieder zu der weiteren Sitzung hinzuweisen.

V. Für die Aufstellung und Feststellung des Haushaltsplanes gilt § 70 Absatz 1 SGB IV entsprechend.

VI. Für die Aufstellung, Prüfung und Abnahme des Rechnungsabschlusses gilt § 77 Absatz 1 SGB IV entsprechend.

- VII.
1. Die Krankenkasse erstattet den nach § 1 Absatz 1 und § 3 AAG am Umlageverfahren beteiligten Arbeitgebern nach § 1 Absatz 1 AAG (U1) 70 v.H. des für den in § 3 Absätze 1 und 2 und den in § 9 Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezahlten Arbeitsentgelts. Mit diesem Erstattungssatz sind die von dem Arbeitgeber zu tragenden Beiträge im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 2 AAG abgegolten. Bei der Erstattung werden die Aufwendungen des Arbeitgebers je Arbeitnehmer höchstens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt.
 2. Die Krankenkasse erstattet den nach § 1 Absatz 2 und § 3 AAG am Umlageverfahren beteiligten Arbeitgebern nach § 1 Absatz 2 AAG (U2) 100 v.H.
 - a) des vom Arbeitgeber nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 AAG gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,
 - b) des vom Arbeitgeber nach § 1 Absatz 2 Nummer 2 AAG bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgeltes.

Zusätzlich zu der Erstattung nach Buchstabe b) werden dem Arbeitgeber die von diesem zu tragenden Beiträge nach § 1 Absatz 2 Nummer 3 AAG pauschaliert i.H. von 20 v.H. des fortgezahlten Arbeitsentgelts erstattet.

- VIII.
1. Am U1-Verfahren nehmen Arbeitgeber teil, die in der Regel ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beschäftigen.
 2. Am U2-Verfahren nehmen alle Arbeitgeber teil.
 3. Am U1- und am U2-Verfahren nehmen auch die Arbeitgeber teil, die nur Auszubildende beschäftigen.
 4. Die Feststellung der Umlagepflicht richtet sich nach § 3 AAG und den hierzu von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich getroffenen Vereinbarungen (§ 3 Absatz 3 AAG).

- IX.
1. Die Mittel zur Durchführung der U1- und U2-Verfahren werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern jeweils durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
 2. Der Umlagesatz für das U1-Verfahren beträgt 2,7% des umlagepflichtigen Entgeltes.
 3. Der Umlagesatz für das U2-Verfahren beträgt 0,33% des umlagepflichtigen Entgeltes.
 4. Umlagepflichtig ist das Entgelt, nach dem Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für die im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und Auszubildenden bemessen werden oder bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu bemessen wären. Bei der Berechnung der Umlage für das U1-Verfahren sind Entgelte von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen, deren Beschäftigungsverhältnis bei einem Arbeitgeber nicht länger als vier Wochen besteht, und bei denen wegen der Art des Beschäftigungsverhältnisses aufgrund des § 3 Absatz 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall entstehen kann, sowie einmalig gezahlte Arbeitsentgelte nach § 23a SGB IV nicht zu berücksichtigen. Für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld bemessen sich die Umlagen nach dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- X.
- Die an mindestens einem Umlageverfahren teilnehmenden Arbeitgeber
1. melden die in den Ausgleich einbezogenen Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und Auszubildenden sowie alle Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses, die die Umlagepflicht oder die Höhe der Umlage berühren, in entsprechender Anwendung der für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und
 2. weisen die Umlagen in entsprechender Anwendung der für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften nach.
- XI.
- Die Fälligkeit der Umlagen richtet sich nach der Fälligkeit der Beiträge zur Krankenversicherung aus dem umlagepflichtigen Entgelt.
- XII.
1. Die Mittel für das U1- und das U2-Verfahren werden von der Bosch BKK jeweils als eigenes Sondervermögen verwaltet.
 2. Zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen werden Betriebsmittel gebildet.

§ 29 Bekanntmachungen

- I. Die Bekanntmachungen der Bosch BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter der Adresse www.Bosch-BKK.de. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.
- II. Die Bosch BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz spätestens zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Die Angaben werden zudem nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der Bosch BKK veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der BKK aus. Veröffentlicht werden 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 und Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

§ 30 Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 01.01.2008 in Kraft.

Anlage zu § 2:

Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse

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

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse werden den Mitgliedern folgende Entschädigungen gezahlt:

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage-/Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes (BRKG). Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt oder ist das Entgelt für Verpflegung in erstattungsfähigen Fahrt-, Übernachtungs- oder Verpflegungskosten enthalten, ist das Tagegeld gemäß § 6 Absatz 2 BRKG zu kürzen. Dies gilt auch, wenn unentgeltlich bereit gestellte Verpflegung ohne triftigen Grund nicht in Anspruch genommen wird.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des BRKG.

Sind die nachgewiesenen Übernachtungskosten höher als das Übernachtungsgeld, so sind Mehrkosten erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind. In den in § 7 Abs. 2 BRKG genannten Fällen wird kein Übernachtungsgeld gezahlt.

1.2 Fahrtkosten

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen nach der 2. Klasse, bei Bahnfahrten von mindestens 2 Stunden der 1. Klasse, sowie bei Benutzung eines Schlaf- oder Liegewagens die Auslagen für die Bettkarte,
- b) bei Benutzung eines Luftverkehrsmittels die Kosten der niedrigsten Flugklasse,
- c) bei Vorliegen eines triftigen Grundes für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer der nach § 5 Absatz 2 des BRKG jeweils geltende Satz, höchstens jedoch 130 EUR. Der Höchstbetrag beträgt 150 EUR, wenn dienstliche Gründe es im Einzelfall erfordern.
- d) die Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer entsprechend Ziffer 1.1, wenn das Organmitglied das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

2. Erstattung des Verdienstausfalls und der Rentenversicherungsbeiträge

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

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstausfall pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt, die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gemäß § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleG) erstattet werden. 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.

4. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbesprechung einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 90 EUR. Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Ausschüssen erhalten bei Sitzungen ihres Ausschusses den doppelten Betrag. Virtuelle oder hybride Beratungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.

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

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

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

Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe des Sechsachen des in Abschnitt I Ziffer 4 genannten Betrags.

Die dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden für die Tätigkeiten außerhalb von Sitzungen entstehenden notwendigen Auslagen mit Ausnahme von Reisekosten werden durch einen Pauschbetrag von monatlich 41 EUR ohne Nachweis der tatsächlichen Kosten abgegolten. Der Pauschbetrag darf die regelmäßig entstandenen Ausgaben

nicht übersteigen. Für Angelegenheiten der Pflegeversicherung werden keine eigenständigen Pauschbeträge gezahlt.

III. Entschädigung anderer Mitglieder des Verwaltungsrates für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen

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

Ein Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen wird nur bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrags gezahlt. Der Pauschbetrag bestimmt sich in entsprechender Anwendung von I Ziffer 4. In einem Kalendermonat werden einem Mitglied Pauschbeträge von zusammengerechnet höchstens dem in II. genannten Betrag gewährt.

Anlage zu § 24:

Tarifbestimmungen für die Durchführung der Wahltarife Krankengeld

Teilnahme

1. Die Bosch BKK bietet den in § 53 Absatz 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 Absatz 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der Bosch BKK erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der Bosch BKK 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.

Tarifende/Kündigung

4. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens drei Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang der Erklärung bei der Bosch BKK.
5. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII oder Zulassung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. des Datums des Bewilligungsbescheids der Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämiensteigerung um mehr als 10%, bezogen jeweils auf ein Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

6. Die Mitglieder müssen die Bosch BKK unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/Beschäftigung sowie den Bezug von Sozial-

leistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der Bosch BKK aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der Bosch BKK haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu geben und Nachweise dazu vorzulegen.

7. Sie sind verpflichtet, eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der Bosch BKK nachzuweisen und die Bosch BKK über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
8. Die §§ 60 bis 63, 65, 66 bis 67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

9. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

- a) für den Personenkreis der Selbständigen im Sinne von § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der unter anderem unständig Beschäftigten im Sinne von § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

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

- b) für den Personenkreis der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Künstler und Publizisten im Sinne von § 53 Absatz 6 SGB V:

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

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 Bosch BKK darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz 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 im Sinne des § 53 Absatz 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der Bosch 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 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den Arbeitsfähigkeitsrichtlinien 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:
- bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
 - bei Mitgliedern, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit), längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.
17. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die jeweilige Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
18. Für den Anspruch auf Wahltarifkrankengeld sind die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richten sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Bosch BKK nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Bosch BKK kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) 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 Verletzungsgeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird,
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Absatz 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 dem SGB II, SGB III oder SGB XII (betrifft u.a. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Absatz 1 Nr. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden,
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Bosch BKK.
20. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Wahltarifkrankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.
21. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein

Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt. Sofern eine Stundungsvereinbarung gemäß Absatz 13 dieses Tarifs besteht und eingehalten wird, findet Absatz 21 keine Anwendung.

22. Die §§ 16 Absätze 1 bis 3 und 4, 18 Absatz 1 Satz 2, 51, 52 und 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 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitglieder Wahltarifkrankengeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die Bosch BKK an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Wahltarifkrankengeld gezahlt. Der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld endet, sobald wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

25. Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die in § 44 Absatz 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 drei 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
 - a) die in § 53 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich Zehn-Euro-Schritten bis zu 50 Euro kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Absatz 1 Satz 1 SGB V 70% des durchschnittlichen, kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der Bosch BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen;
 - b) die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten in jeweils kalendertäglich Zehn-Euro- Schritten bis zu 90 Euro kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Wahltarifkrankengeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens bzw. Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet, der Bosch BKK eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
27. Die Bosch BKK kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Einkommensveränderungen gelten die Vorgaben der Absätze 30 und 31.
28. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Wahltarifkrankengelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens abzugeben.

29. Das Mitglied hat auf Verlangen der Bosch BKK sein Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die Bosch BKK auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der Bosch 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 Bosch BKK unverzüglich anzuseigen. Beim Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Wahltarifkrankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog der Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

30. Eine Änderung der Höhe des Wahltarifkrankengeldes (Wahltarifkrankengeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine 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 Bosch BKK nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Bosch BKK folgenden übernächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Wahltarifkrankengeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Wahltarifkrankengeldstufe frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Wahltarifkrankengeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Wahltarifkrankengeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
31. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Wahltarifkrankengeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 26 genannten Grenzen unterschreiten, solange zu diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Die neue Wahltarifkrankengeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der Bosch BKK über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 16 besteht in diesen Fällen nicht. Sollte dies während der Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden, beginnt die Laufzeit des neuen (niedrigeren) Tarifs mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats.