

Bosch BKK

Satzung

vom 1. Januar 2008

**in der Fassung des 29. Nachtrags
vom 13.12.2017**

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	12
§ 7 Aufbringung der Mittel	13
§ 8 Bemessung der Beiträge	14
§ 9 (aufgehoben)	15
§ 10 (aufgehoben)	16
§ 11 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	17
§ 12 Fälligkeit der Beiträge	18
§ 13 Höhe der Rücklage	19
§ 14 Leistungen	20
§ 15 Primärprävention	24
§ 16 Schutzimpfungen	25
§ 17 Medizinische Vorsorgeleistungen	26
§ 18 Leistungsausschluss	27
§ 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter	28
§ 19a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	29
§ 20 Gemeinsame Regelungen für Wahltarife	30
§ 21 Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	31
§ 22 Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung	32
§ 22a Wahltarif besondere Versorgung	33

§ 23	Wahltarif Selbstbehalt <i>Option S</i>	34
§ 24	Wahltarife Krankengeld <i>Option K</i>	37
§ 24a	Übergangsregelungen zum Krankengeld-Wahltarif <i>Option K</i>	42
§ 25	Kooperation mit der privaten Krankenversicherung	43
§ 26	Aufsicht	44
§ 27	Mitgliedschaft zum Landesverband	45
§ 28	Umlageverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung	46
§ 29	Bekanntmachungen	49
§ 30	Inkrafttreten	50
	Anlage zu § 2: Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrates und seiner Ausschüsse	51
	Anlage 1 zu § 19: Teilnahmebedingungen für das Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter, die das 6. Lebensjahr vollendet haben	53
	Anlage 2 zu § 19: Teilnahmebedingungen für das Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	57
	Anlage zu § 21: Verzeichnis der strukturierten Behandlungsprogramme für den Wahltarif nach § 21	57
	Anlage 1 zu § 24: Tariftabelle für den Wahltarif nach § 24 für Mitglieder nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V	60
	Anlage 2 zu § 24: Tariftabelle für den Wahltarif nach § 24 für Mitglieder nach § 46 Satz 2 SGB V	61

§ 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 Willershausen 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 die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
- Fassung von Absatz VIII für die 10. Wahlperiode:
- 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, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung über die Feststellung des Haushaltsplanes und die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung ist ausgeschlossen. 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 nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
- 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 Stimmenthaltung gilt als Ablehnung des Widerspruchs oder des Einspruchs. Kommt eine Stimmenmehrheit nicht zustande, gilt der Widerspruch als zurückgewiesen bzw. der Bußgeldbescheid als bestätigt.

§ 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. Versicherungspflichtige Mitglieder

Der Kreis der bei der Bosch BKK versicherten Personen umfasst:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 SGB III) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die ein Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert waren; auf die nach Satz 1 Nr. 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 SGB I) eine Zeit von drei Jahren angerechnet,
12. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1.1.1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1.1.1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3.10.1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1.1.1985 der 1.1.1992 maßgebend,
13. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
 - a) auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI oder
 - b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB VI befreit war,

erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V oder die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V,
14. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben.
15. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

II. Freiwillige Mitglieder

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

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt.

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 SGB V erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Absatz 3 SGB V vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt;
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen, und wenn sie beim Beitritt noch nicht 45 Jahre alt sind,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,
7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbezugs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

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 im Sinne des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft 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 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 an die Wahl der Bosch BKK mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedschaftsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Bosch BKK nach § 242 Absatz 1 SGB V 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. 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, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die 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 erstmalig 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. Absatz I Satz 4 gilt nicht. 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. XV, 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 0,9 % 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).

§ 13 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 25 v. H. 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 § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

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 oder eines von der Versicherten ausgewählten Entbindungspfleger, die gemäß § 134a Absatz 2 SGB V als Leistungserbringer zugelassen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt sind, 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 oder des ausgewählten Entbindungspfleger 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 abubrechen 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) Der Geburtspartner oder die Geburtspartnerin ist bei der Bosch BKK versichert.
 - c) Die Unterweisung erfolgt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger, die bzw. der entweder die Berufsbezeichnung „Hebamme“ oder „Entbindungspfleger“ im Sinne des Hebammengesetzes führt oder bei der bzw. dem die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind.
 - d) 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.

lb. Mehrleistung für Flash-Glukose-Messung

Die Bosch BKK erstattet die Kosten der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem zur Messung der Zuckerwerte im Zwischenzellraum nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen:

1. Voraussetzung der Erstattung der Kosten ist, dass eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie bei Diabetes mellitus durchgeführt wird.
2. Die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Flash-Glukose-Messsystem muss auf einer Verordnung bestätigt werden von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt, der
 - a) die Bezeichnung „Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ zu führen berechtigt ist,
 - b) die Bezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“, „Facharzt für Allgemeinmedizin“ oder „Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ zu führen berechtigt ist und über die Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder eine vergleichbare Qualifikation verfügt,
 - c) die Bezeichnung „Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ zu führen berechtigt ist und über die Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ verfügt oder
 - d) im Falle der Berechtigung nach § 13 Abs. 4 SGB V über eine Anerkennung im anderen Staat verfügt, die einer der in den Buchstaben a), b) oder c) genannten Qualifikationen vergleichbar ist.
3. Der die Notwendigkeit der Versorgung bestätigende Arzt nach Ziffer 2 legt ein individuelles Therapieziel fest, dokumentiert den Behandlungsverlauf und stellt die Einweisung und Schulung des Versicherten in den Gebrauch des Messsystems vor dessen Anwendung sicher. Der Zugriff auf personenbezogene Daten, die beim Einsatz des Geräts verwendet werden, darf Dritten, insbesondere Herstellern, nicht möglich sein.
4. Die Bosch BKK erstattet abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung für Hilfsmittel
 - a) einmalig die Kosten für ein Auslesegerät in der entstandenen Höhe,
 - b) die Kosten für höchstens 7 Sensoren pro Quartal, gerechnet vom Tag der Versorgung mit dem Auslesegerät an, in der jeweils entstandenen Höhe.

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, wenn eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, gemäß § 38 Abs. 2 SGB V Haushaltshilfe,

1. wenn und solange dem Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist oder
2. wenn der Versicherte nach einer stationären Maßnahme im Sinne von § 38 Absatz 1 Satz 1 SGB V einer erweiterten ärztlich empfohlenen Schonung bedarf, für die Dauer der Schonung.

Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Bosch BKK kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

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 veranlassete 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.

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 6,5 v.H., mindestens 4,00 EUR und maximal 30,00 EUR, für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die 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 Bosh 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. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Bosh 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 Bosh BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei 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 und 20a 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) Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement),
 - b) Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement);
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. Leistungen, die von der Bosch BKK selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung durch die Versicherten gewährt. Für Leistungen von Fremdanbietern 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 ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 % der 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 Bosh 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.

§ 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 Leistungsanspruchnahme 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 der Krankenversicherung zu bedienen.

§ 19 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter

- I. Versicherte, die das 6. Lebensjahr vollendet haben, können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten nach der Anlage 1 zu § 19 teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine Teilnahmeerklärung des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters. Abrechnungsjahr ist das Kalenderjahr.

- II. Versicherte, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten nach der Anlage 2 zu § 19 teilnehmen. Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine Teilnahmeerklärung des gesetzlichen Vertreters des Versicherten. Die Teilnahme am Bonusprogramm endet bei Widerruf der Teilnahme, Beendigung der Versicherung bei der Bosch BKK oder mit Vollendung des 6. Lebensjahres.

- III. Der Bonus wird in Form von Geldprämien gewährt.

- IV. Das Nähere regeln die Anlagen zu § 19.

§ 19a Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz sind. Die maximale Höhe des Bonus darf die Aufwendungen des Arbeitgebers für die BGF und den Krankenversicherungsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag eines Monats nicht überschreiten. Die Bosch BKK kann dazu mit von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der die Gewährung des Bonus an den Nachweis der Erfüllung folgender Bedingungen knüpft. Die Höhe der Boni wird im Bonusvertrag geregelt und beträgt in jeder Stufe fünf EUR je BKK-versichertem Betriebsangehörigen.

II. Ein Bonus der Stufe 1 wird bei Verankerung der BGF im Unternehmen ausgezahlt, wenn der Arbeitgeber eine im Bonusvertrag definierte Anzahl von Kriterien aus den Kategorien „BGF Struktur“ und „BGF classic“ nachweist.

Kategorie „BGF Struktur“:

Als Grundlage für qualifizierte, nachhaltig angelegte BGF sind in dieser Kategorie vom Arbeitgeber Nachweise über die Existenz von Strukturen und den Einsatz von Ressourcen zu führen.

Kategorie: „BGF classic“:

Durch Nachweise in dieser Kategorie ist vom Arbeitgeber die Umsetzung qualifizierter Maßnahmen und Angebote der BGF zu belegen.

III. Der Bonus aus Stufe 1 erhöht sich in der Stufe 2, wenn der Arbeitgeber zusätzlich BGF-Angebote der Kategorie „BGF advanced“ nachweist.

Kategorie : „BGF advanced“:

Mit dem Nachweis weiterführender Beratungs- bzw. Betreuungsmaßnahmen ist vom Arbeitgeber besonderes Engagement in der BGF für solche Mitarbeiter zu belegen, die mit Angeboten der Kategorie „BGF classic“ nicht hinlänglich zu erreichen sind.

IV. Der Bonus aus Stufe 1 und 2 erhöht sich in der Stufe 3, wenn die Bosch BKK mit dem Arbeitgeber aufgrund der nach den Absätzen II und III durchgeführten Maßnahmen gesundheitsbezogene Effekte („BGF Ergebnisse“) ermittelt. Ein Bonus der Stufe 3 kann frühestens nach zwei Jahren der Teilnahme des Arbeitgebers am Bonusprogramm der Bosch BKK gewährt werden. Kostensenkungen infolge gesetzgeberischer Änderungen oder Entlassung kranker Mitarbeiter werden dabei nicht bewertet.

§ 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 Wahlтарифen, die eine Prämienzahlung vorsehen, 30 % der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V, höchstens jedoch 600 EUR bei einem und 900 EUR bei mehreren Wahlтарифen 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 führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:

1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesversicherungsamt zugelassenen Fassung. Die für die Durchführung relevanten Regionen sind in der Anlage zu § 21 aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung durch Verwaltungsvorschrift ergänzt wird.

II. 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 hausarztzentrierten 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 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 abzugeben.

- V. Versicherte erhalten im Rahmen des § 53 Absatz 3 SGB V unter Berücksichtigung des § 20 im Kalenderjahr eine Prämie von 40 EUR. Die Prämie wird im Dezember des jeweiligen Kalenderjahres fällig.

§ 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 Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher 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 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 150 EUR, in der zweiten Stufe 300 EUR, in der dritten Stufe 600 EUR und in der vierten Stufe 900 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) 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 3 SGB V unter Berücksichtigung des § 20 einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie. Die Prämie beträgt
 - a) bei einem jährlichen Selbstbehalt von 150 EUR (erste Stufe): jährlich 100 EUR,
 - b) bei einem jährlichen Selbstbehalt von 300 EUR (zweite Stufe): jährlich 200 EUR,
 - c) bei einem jährlichen Selbstbehalt von 600 EUR (dritte Stufe): jährlich 400 EUR und

d) bei einem jährlichen Selbstbehalt von 900 EUR (vierte Stufe): jährlich 600 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 Option K

I. Die Bosch BKK bietet

1. den in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern
2. den nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten

jeweils einen Tarif zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können den Wahltarif nicht wählen.

II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Bosch BKK durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung steht der Arbeitsunfähigkeit gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit eine Mitgliedschaft bei der Bosch BKK bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entsprechen den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Absatz 1 SGB V und der hierzu ergangenen und ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechung. Soweit nachfolgend nichts anderes geregelt ist, gilt für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangene und ergehende höchstrichterliche Rechtsprechung entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.

III. Ein Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Absatz XIV) (Wartezeit); dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Zugang der Wahlerklärung bei der Bosch BKK ereignet hat. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V vom 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an,
2. bei nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Mitgliedern vom 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit an, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

(Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifs liegt. Wurde die Arbeitsunfähigkeit vor dem Zugang der Wahlerklärung festgestellt, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld. Wurde die Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Zugang der Wahlerklärung und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs festgestellt, besteht kein Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in diesem Zeitraum ereignet hat; in diesem Falle kann die Wahl widerrufen werden. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit. Wird nach Absatz XV wegen der Beendigung des Tarifs nach Ablauf der Mindestbindungsfrist ein sich nahtlos anschließender Tarif gewählt, geltend abweichend von den Sätzen 1 und 2 folgende Besonderheiten:

1. Für den neuen Tarif besteht keine erneute Wartezeit.
2. Für eine bei der Wahl des neuen Tarifs bestehende Arbeitsunfähigkeit beginnt die Karenzzeit für den neuen Tarif mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

- IV. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nur, wenn die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen wird, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. 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 durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- V. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht,
1. wenn die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist; § 11 Absatz 5 SGB V gilt entsprechend;
 2. solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden.
- VI. Der Anspruch auf Krankengeld endet
1. mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit zum in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreis,
 2. mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 1 SGB V genannten Leistung oder einer vergleichbaren Leistung Dritter, insbesondere von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen,
 3. mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
 4. mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XV Sätze 5 und 6,
 5. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Bosch BKK.
- Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurückzuerstatten; § 50 Absatz 3 S. 1 und § 50 Absatz 4 SGB X gelten entsprechend.
- VII. Die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes ergibt sich abhängig vom zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde gelegten jährlichen Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen des Mitglieds (Tarifstufen) für die Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V aus der Anlage 1 zu § 24 der Satzung, für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Mitglieder aus der Anlage 2 zu § 24 der Satzung. Bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V ist das Arbeitsentgelt des ersten Monats der Mitgliedschaft für deren Dauer maßgeblich. Ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde gelegten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens hinaus besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Maßgeblicher Zeitpunkt für die erstmalige Einstufung in die Tarifstufen ist das Wirksamwerden der Wahlerklärung (Absatz XIV), im Übrigen der sich aus Absatz XVI ergebende Zeitpunkt; eine Umstufung erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges.

- VIII. Die Begriffe des Arbeitsentgelts und des Arbeitseinkommens und deren Beurteilungsmaßstäbe im Sinne dieser Tarife entsprechen den Regelungen der Begriffe und der Beurteilungsmaßstäbe des Arbeitsentgelts und des Arbeitseinkommens im Sinne der Beitragsbemessung der gesetzlichen Krankenversicherung und der hierzu ergangenen und ergehenden höchst-richterlichen Rechtsprechung. Das Mitglied hat auf Verlangen der Bosch BKK sein Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen in geeigneter Form nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens ist der Bosch BKK unverzüglich anzuzeigen. Die Bosch BKK ist berechtigt, das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommens zu überprüfen.
- IX. Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz IV durch das Mitglied voraus. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankengeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. § 45 Absatz 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.
- X. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 78 Wochen innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren (Blockfrist), gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von der Blockfrist spätestens mit Ablauf der 78. Woche. Sofern in der letzten Blockfrist die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht vom Beginn einer neuen Blockfrist an ein neuer Anspruch auf Krankengeld nur, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit die allgemeinen Voraussetzungen für einen Krankengeldanspruch nach diesen Tarifen erfüllt sind und das Mitglied in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden hat. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Ein Tarifstufenwechsel nach Absatz XVI ist unbeachtlich.
- XI. Abweichend von Absatz X besteht bei nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Mitgliedern nur so lange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.
- XII. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht
1. entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V; § 50 Absatz 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten, insbesondere von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen, bezogen werden,
 2. entsprechend den Voraussetzungen des § 16 Absätze 1 bis 3 SGB V; dies gilt nicht in den Fällen des § 16 Absatz 4 SGB V und des § 18 Absatz 1 SGB V,
 3. solange wegen einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V ein Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht,
 4. wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens zwei Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf; ein rückwirkendes Wiederaufleben ist ausgeschlossen.

- XIII. Die §§ 51, 52, 52a SGB V und die §§ 60 bis 62, 65, 66 und 67 SGB I gelten entsprechend.
- XIV. Die Entscheidung für den Wahltarif erfolgt durch schriftliche Erklärung des Mitglieds. Sie wird wirksam mit Beginn des auf den Zugang der Wahlerklärung bei der Bosch BKK folgenden Kalendermonats, frühestens jedoch mit Beginn der Mitgliedschaft bei der Bosch BKK; mit der Wirksamkeit der Erklärung beginnt die Laufzeit des Tarifs. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Bosch BKK gewählt, kann das Mitglied als Beginn der Laufzeit des Tarifs den Beginn der Mitgliedschaft wählen; in diesem Fall beginnt die Laufzeit des Tarifs jedoch nicht vor dem Zugang der Beitrittserklärung. Der Tarif kann nur gewählt werden, wenn
1. das Mitglied zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarif wirksam werden würde, das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
 2. das Mitglied unmittelbar vor dem Zeitpunkt, zu dem der Tarif wirksam werden würde,
 - a) mit Anspruch auf Krankengeld versichert war oder
 - b) an einem Wahltarif Option K teilnahm.
- XV. Die Mindestbindungsfrist für den gewählten Tarif beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs (Absatz XIV). Ein Tarifstufenwechsel nach Absatz XVI lässt die Mindestbindungsfrist unberührt. Abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Bosch BKK vorbehaltlich der Regelungen der Sätze 5 und 6 frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Der Wahltarif endet mit Ablauf der Mindestbindungsfrist, ohne dass es einer Kündigung bedarf; das Mitglied kann bei Erfüllung der Voraussetzungen durch schriftliche Erklärung, die der Bosch BKK vor Beendigung des Tarifs zugegangen sein muss, einen sich nahtlos anschließenden Tarif zu den dann gültigen Bedingungen neu wählen. Der Wahltarif kann durch schriftliche Erklärung nur bei oder längstens innerhalb eines Monats nach
1. Eintritt eines besonderen Härtefalles; als besonderer Härtefall gilt insbesondere die Feststellung der Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII,
 2. einer wesentlichen inhaltlichen Veränderung der Tarifbedingungen oder
 3. einer Erhöhung der auf ein Jahr bezogenen Prämie nach Absatz XVI um mehr als 10 v. H.
- zum Ablauf des auf den Zugang der Kündigungserklärung bei der Bosch BKK folgenden Kalendermonats, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses, gekündigt werden. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit einer Kündigung ist der Zugang der Erklärung bei der Bosch BKK.

- XVI. Das Mitglied zahlt für die Versicherung des Krankengeldanspruchs durch den Wahltarif an die Bosch BKK Prämien. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie sowie der Tarifschlüssel ergeben sich abhängig von dem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde gelegten jährlichen Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen des Mitglieds (Tarifstufen) für die Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V aus der Anlage 1 zu § 24 der Satzung, für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Mitglieder aus der Anlage 2 zu § 24 der Satzung. Maßgeblicher Zeitpunkt für die erstmalige Einstufung in eine Tarifstufe ist der Beginn der Laufzeit des Tarifs (Absatz XIV). Unterschreitet das der Beitragsbemessung zu Grunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen nach Absatz VII die für das Mitglied nach seinem Tarif und seiner Tarifstufe geltende Grenze, ist vom Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Unterschreitung durch die Bosch BKK folgt, die in dem Tarif dem neu festgestellten Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen entsprechende Tarifstufe maßgeblich. Anpassungen der Tarifstufe nach den vorgenannten Bestimmungen erfolgen auch im Falle eines laufenden Leistungsbezuges nach diesen Tarifen.
- XVII. Die Prämie ist für jeden Kalendertag der Laufzeit der Tarife zu zahlen, ausgenommen für Tage, an denen der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen gemäß Absatz XII Nr. 3 ruht. Bei einem Tarifstufenwechsel nach Absatz XVI ist die entsprechend dem neuen Tarifschlüssel zu entrichtende Prämie vom dem Beginn des Wirksamwerdens der Änderung an zu zahlen.
- XVIII. Die Prämie ist monatlich zu zahlen und wird jeweils am 15. Tag des Folgemonats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs fällig. Abweichend hiervon kann das Mitglied auch jährliche Zahlung wählen. In diesem Fall ist die zu zahlende Prämie am 10. Tag eines jeden Jahres der Laufzeit des Tarifes für das Jahr fällig. Bei jährlicher Zahlung gewährt die Bosch BKK einen Nachlass in Höhe von 4 v. H. auf den Jahresbetrag der Prämie. Soweit Prämien für Zeiten über das Ende des Tarifs hinaus entrichtet wurden, werden sie von der Bosch BKK zurückerstattet.
- XIX. Für Mahnungen, die erfolgen, weil das Mitglied Prämien nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren in entsprechender Anwendung des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.
- XX. Gegen Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen kann die Bosch BKK mit Prämien und Mahngebühren aufrechnen. Im übrigen gilt § 51 Absatz 2 SGB I entsprechend.
- XXI. Die Bosch BKK darf Ansprüche auf Prämien und Mahngebühren nach Maßgabe des § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 24a Übergangsregelungen zum Krankengeld-Wahltarif Option K

- I. Abweichend von § 24 Absatz XIV können Tarife nach § 24 bis zum 28. Februar 2010 mit Wirkung zum 1. August 2009 (Beginn der Laufzeit des Tarifs) abgeschlossen werden. Die Wahlerklärung muss in diesem Fall bis zum 28. Februar 2010 der Bosch BKK zugegangen sein.
- II. Abweichend von § 24 Absatz XIV und § 24a Absatz I können Versicherte, die am 31. Juli 2009 Leistungen nach einem Wahltarif gemäß § 24 in der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung bezogen haben, Tarife nach § 24 innerhalb von acht Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs mit Wirkung zu dem Tag, der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt (Beginn der Laufzeit des Tarifs), abgeschlossen werden. Die Wahlerklärung muss in diesem Fall bis zum Ablauf der achten Woche nach dem letzten Tag des Leistungsbezugs der Bosch BKK zugegangen sein.
- III. Für Mitglieder, die den Wahltarif nach Absatz II wählen, besteht abweichend von § 24 Absatz III keine Wartezeit. Bei Mitgliedern, bei denen bis zum 31. Juli 2009 ein Wahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V in der bis dahin geltenden Fassung bestanden hat und die den Tarif zum 1. August 2009 nach § 24 neu wählen, wird die Wartezeit nach dem beendeten Tarif auf die Wartezeit nach dem neu gewählten Tarif angerechnet.
- IV. Für eine bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeit, bei der nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeld-Wahltarif kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch mit dem Ablauf der Wartezeit.
- V. Für Versicherte, die am 31. Juli 2009 Leistungen nach § 24 in der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung bezogen haben, gilt bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat, § 24 in der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Fassung mit Ausnahme der Absätze XVII bis XXI und XXIII fort.“

§ 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 Bundesversicherungsamt in Bonn.

§ 27 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Bosch BKK gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg 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.
 5. Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Vertreter der Arbeitgeber im Verwaltungsrat widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung ist abweichend von § 2 Absatz IX Satz 2 ohne Beschränkung des Gegenstandes möglich.

- 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 fortgezählten 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 § 14 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlten Zuschusses zum Mutterschaftsgeld,
 - b) des vom Arbeitgeber nach § 11 des Mutterschutzgesetzes 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 fortgezählten 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 2,2 v.H. des umlagepflichtigen Entgeltes.
 3. Der Umlagesatz für das U2-Verfahren beträgt 0,35 v.H. 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. Die Betriebsmittel dürfen den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat nicht unter- und den Betrag der voraussichtlichen Ausgaben für 3 Monate nicht übersteigen.

§ 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 Tagesgeld 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 Tagesgeld 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 Verdienstauffalls 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 Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist der Verdienstaufschlag pauschal in Höhe von 1/3 des in Satz 1 genannten Höchstbetrages für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit zu ersetzen. Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden gewährt, die letzte angefangene Stunde wird voll gerechnet.

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Mitglieder des Verwaltungsrates erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung einschließlich Vorbereitungen einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 70 EUR.

4. 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 von 300 EUR.

Die Erstattung von Auslagen anlässlich der Wahrnehmung von Aufgaben außerhalb von Sitzungen richtet sich nach I Ziffer 1 und 2.

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 3. In einem Kalendermonat werden einem Mitglied Pauschbeträge von zusammengerechnet höchstens dem in II. genannten Betrag gewährt.

Anlage 1 zu § 19:**Teilnahmebedingungen für das Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter, die das 6. Lebensjahr vollendet haben****I. Teilnahmeberechtigter Personenkreis**

Teilnahmeberechtigt sind Bosch BKK-Versicherte ab dem vollendeten 6. Lebensjahr. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Programmumfang und die Art des Programms richten sich nach dem Lebensalter:

- Versicherte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können am Programm „G-win“ teilnehmen.
- Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 15. Lebensjahr vollendet haben, können am Programm „G-win junior“ teilnehmen.

II. Beginn und Ende der Teilnahme

Die Teilnahme am Bonusprogramm erfordert eine Teilnahmeerklärung des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters. Diese kann formlos erfolgen, z.B. durch Anforderung eines Bonushefts. Die Teilnahme erfolgt für jeweils ein Kalenderjahr. Mit dem Einreichen des Bonushefts erklärt der Teilnehmer seine Aktivitäten für das jeweilige Kalenderjahr für beendet; weitere Maßnahmen werden nicht berücksichtigt. Die Teilnahme kann jederzeit durch Erklärung des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters beendet werden. Der Anspruch auf Einlösung von Bonuspunkten erlischt mit dem Tag der Beendigung der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses.

III. Voraussetzungen für den Anspruch auf Bonus

Die Erfüllung der Bonusmaßnahmen als Voraussetzung für den Bonusanspruch wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im Bosch BKK-Bonusheft quittiert bzw. je nach Maßnahme durch Bescheinigungen (z. B. Teilnahmebescheinigung, Urkunde, Rechnung) nachgewiesen. Anerkennungsfähig sind ausschließlich Leistungen, die im betreffenden Kalenderjahr erbracht wurden.

a) G-win

Versicherte, die am Programm „G-win“ teilnehmen, haben Anspruch auf Auszahlung des Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres alle je nach Alter erforderlichen Untersuchungen der Kategorie „Vorsorgebonus“ und mindestens 4 Maßnahmen aus der Kategorie „Aktionsbonus“ nachweisen. Der Bonus erhöht sich, wenn der Versicherte weitere Maßnahmen aus der Kategorie „Aktionsbonus“ nachweist. Ein Bonus wird für die Durchführung der unter VII. aufgeführten gesundheitsfördernden Maßnahmen gewährt.

b) G-win junior

Versicherte, die am Programm „G-win junior“ teilnehmen, haben Anspruch auf Auszahlung des Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres alle je nach Alter erforderlichen Untersuchungen der Kategorie „Vorsorgebonus“ nachweisen. Der Bonus erhöht sich, wenn der Versicherte weitere, höchstens jedoch 5 Maßnahmen aus der Kategorie „Aktionsbonus“ nachweist. Ein Bonus wird für die Durchführung der unter VII. aufgeführten gesundheitsfördernden Maßnahmen gewährt.

IV. Auszahlung des Bonus

Der Bonus wird dem Versicherten für eine einmalige Bonuszahlung im Bosch BKK-Bonusheft gutgeschrieben. Er wird ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage des Bonusheftes entsprechend nachgewiesen wurden. Werden die Bonusnachweise nicht bis zum 31.03. des Folgejahres eingelöst, verfällt der Anspruch auf den Bonus. Bonuseinträge können Dritten nicht übertragen werden.

V. Beendigung des Bonusprogramms

Die Bosch BKK behält sich vor, auf Grund eines dahingehenden Beschlusses des Verwaltungsrates der Bosch BKK das Bonusprogramm unter Einhaltung einer angemessenen Frist einzustellen. Das Bonusprogramm wird eingestellt bzw. modifiziert, falls durch Gesetzesänderung oder höchstrichterliche Rechtsprechung dessen Fortführung nicht mehr zulässig sein sollte. Die Beendigung des Bonusprogramms wird gegenüber dem Versicherten schriftlich erklärt. Bis zur Einstellung gesammelte und bewilligte Maßnahmen können innerhalb eines angemessenen Zeitraums auch nach Einstellung des Bonusprogramms eingelöst werden.

VI. Erläuterungen zum Datenschutz

Es gelten die Vorschriften über den Schutz der Sozialdaten (SGB X) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

VII. Übersicht über die Bonuskategorien und -maßnahmen

Bonuskategorien G-win (Versicherte ab 15 Jahren)	Bonuswert
Vorsorgebonus Pflicht: alle je nach Alter erforderlichen Maßnahmen	
▶ Zahnvorsorge Versicherte nehmen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung pro Kalenderhalbjahr gemäß 22 Abs. 1 SGB V teil, danach an mindestens einer Untersuchung im Kalenderjahr gemäß § 55 SGB V.	5 Euro
▶ Krebsvorsorge Versicherte nehmen jährlich (Frauen ab dem Alter von 20, Männer ab dem Alter von 45 Jahren) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 Absatz 2 SGB V teil.	5 Euro
▶ Check-up 35 Versicherte nehmen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Absatz 1 SGB V teil. Im Zwischenjahr wird der Check-up als Voraussetzung für den Vorsorgebonus anerkannt, aber nicht bonifiziert.	5 Euro
Aktionsbonus Pflicht: 4 Maßnahmen.	
▶ Impfschutz Versicherte weisen den vollständigen Impfstatus gemäß § 20i Absatz 1 SGB V (Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO) nach.	10 Euro
▶ Betriebliche Gesundheitsaktionen Versicherte nehmen an qualitätsgesicherten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung des Arbeitgebers teil: Darmkrebscreening, Tests, Gesundheitsprogramme. Es werden höchstens zwei Maßnahmen je Kalenderjahr bonifiziert.	je 10 Euro
▶ Präventionskurs Versicherte nehmen an einem qualitätsgesicherten Präventionskurs gemäß § 20 Absatz 1 SGB V teil. Es werden höchstens zwei Maßnahmen je Kalenderjahr bonifiziert.	je 10 Euro

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regelmäßiger Sport Versicherte nehmen regelmäßig an Fitness-, Ausdauer- oder Gesundheitssportangeboten unter fachkundiger Anleitung teil: aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einem Tanzsportverein des Deutschen Tanzsportverbands, Fitness-Studio mit Qualitätssiegel, im Hochschulsport, in Tanzgruppen des Bundesverbands für Seniorentanz e.V. oder an der Volkshochschule. Es wird höchstens eine Maßnahme je Kalenderjahr bonifiziert. 	15 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Betriebssport Versicherte nehmen regelmäßig an vom Arbeitgeber geförderten qualitätsgesicherten Sportangeboten wie Laufgruppen oder Bewegungsprogrammen teil. 	15 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesundes Körpergewicht Versicherte weisen ein gesundes Körpergewicht durch einen Body-Mass-Index (BMI) im Normalbereich oder einen altersgerechten Waist-to-Height-Ratio (WHtR) im Normalbereich nach. 	10 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nichtraucher Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher. 	10 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Professionelle Zahnreinigung Versicherte nehmen an einer professionellen Zahnreinigung auf eigene Kosten teil. 	10 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reiseschutzimpfung Versicherte nehmen eine Auslandsschutzimpfung nach § 16 der Satzung in Anspruch. 	10 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ J2-Untersuchung Versicherte zwischen 16 und 17 Jahren nehmen an der Gesundheitsuntersuchung J2 im Rahmen der von der Bosch BKK abgeschlossenen Verträge bei teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten teil. 	10 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sportlicher Leistungsnachweis Versicherte erwerben im Kalenderjahr ein Sportleistungsabzeichen (Dt. Sportabzeichen, Laufabzeichen, Schwimmbabzeichen, Radsportabzeichen, Wanderabzeichen). 	20 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ausdauersportveranstaltung Versicherte nehmen erfolgreich an einem unter qualifizierter Leitung durchgeführtem Volkslauf ab 5 km oder einer unter qualifizierter Leitung durchgeführter Radtourenfahrt ab 40 km teil. 	15 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vorsorge während der Schwangerschaft Versicherte nehmen am Präventionsprogramm BabyCare/-Nutrition teil. Versicherte weisen die im Mutterpass vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen (Mutterschafts-Richtlinien) nach. 	je 10 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kinderuntersuchungen (U1-U9) Versicherte mit mitversicherten Kindern weisen nach, dass die nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres und für alle Kinder vollständig in Anspruch genommen wurden. 	10 Euro
Bonus für nachhaltiges Gesundheitsengagement	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Versicherte von 15 bis 64 Jahren Erfolgreiche Teilnahme am Bonusprogramm ab dem 2. Jahr in Folge 	5 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Versicherte ab 65 Jahren Erfolgreiche Teilnahme am Bonusprogramm ab dem 2. Jahr in Folge 	10 Euro
Bonuskategorien G-win junior (mitversicherte Kinder und Jugendliche von 6 bis 14 Jahren)	Bonuswert
Vorsorgebonus Pflicht: alle je nach Alter erforderlichen Maßnahmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zahnvorsorge Versicherte nehmen an mindestens einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung pro Kalenderhalbjahr gemäß 22 Abs. 1 SGB V teil. 	5 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen Versicherte zwischen 7 und 8 Jahren nehmen die Gesundheitsuntersuchung U10, Versicherte zwischen 10 und 11 Jahren nehmen die Gesundheitsuntersuchung U11 im Rahmen der von der Bosch BKK abgeschlossenen Verträge bei teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten in Anspruch. Versicherte zwischen 12 und 15 Jahren nehmen die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 gemäß § 26 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung einmalig vollständig in Anspruch. 	5 Euro
Aktionsbonus maximal 5 freiwillige Maßnahmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Impfschutz Versicherte weisen den vollständigen Impfstatus gemäß § 20d Absatz 1 SGB V (Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO) nach. Der Bonus entfällt, wenn der Nachweis des Impfstatus bereits im Rahmen der Jugendgesundheitsuntersuchung vollständig nachgewiesen wurde. 	10 Euro
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Präventionskurs Versicherte nehmen an einem qualitätsgesicherten Präventionskurs gemäß § 20 Absatz 1 SGB V teil. 	10 Euro

<p>▶ Regelmäßiger Sport Versicherte nehmen regelmäßig an Fitness-, Ausdauer- oder Gesundheitssportangeboten unter fachkundiger Anleitung teil: aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder einem Tanzsportverein des Deutschen Tanzsportverbands, Fitness-Studio mit Qualitätssiegel, beim Kinderturnen oder an der Volkshochschule. Es wird höchstens eine Maßnahme je Kalenderjahr bonifiziert.</p>	10 Euro
<p>▶ Gesundes Körpergewicht Versicherte weisen ein gesundes Körpergewicht durch einen Body-Mass-Index (BMI) im Normalbereich nach, der durch die Werte der Perzentilen P10 und P90 für das jeweilige Alter und Geschlecht des Versicherten in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) bestimmt wird.</p>	10 Euro
<p>▶ Sportlicher Leistungsnachweis Versicherte erwerben im Kalenderjahr ein Sportleistungsabzeichen für Kinder/Jugendliche (Jugend- und Schülersportabzeichen, Seepferdchen ab dem 6. Lebensjahr, Schwimtabzeichen, Radsportabzeichen, Wanderabzeichen). Es wird höchstens eine Maßnahme je Kalenderjahr bonifiziert.</p>	10 Euro
<p>▶ Ausdauersportveranstaltung Versicherte nehmen erfolgreich an einem unter qualifizierter Leitung durchgeführtem Volkslauf oder einer unter qualifizierter Leitung durchgeführter Radtourenfahrt teil.</p>	10 Euro
<p>▶ Öffentliche Gesundheitsförderung Versicherte nehmen freiwillig an einem Programm zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens, das den Anforderungen des § 20 SGB V entspricht, oder an einem vergleichbaren Programm teil, das von einer fachlich anerkannten Institution konzeptionell verantwortet wird (Gesundheits-, Schulamts, BzGA, DRK, Krankenkassen, Ärzte, Sportvereine).</p>	10 Euro

Anlage 2 zu § 19:**Teilnahmebedingungen für das Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten Versicherter, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben****I. Teilnahmeberechtigter Personenkreis**

Teilnahmeberechtigt am Programm „G-win mini“ sind Versicherte der Bosch BKK, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Teilnahme ist freiwillig.

II. Beginn und Ende der Teilnahme (Teilnahmedauer)

Die Teilnahme am Bonusprogramm erfordert eine Teilnahmeerklärung des gesetzlichen Vertreters des Versicherten in schriftlicher oder elektronischer Form. Sie wirkt zurück bis zum Beginn des bei Abgabe der Erklärung laufenden Lebensjahres des Versicherten, nicht jedoch über den Beginn der Versicherung des Versicherten bei der Bosch BKK hinaus. Die Teilnahme endet mit der Vollendung des 6. Lebensjahres. Vor diesem Zeitpunkt kann sie jederzeit durch schriftliche oder elektronische Erklärung des gesetzlichen Vertreters des Versicherten beendet werden. Mit dem Einreichen des Bonushefts erklärt der gesetzliche Vertreter die Aktivitäten des Versicherten für die gesamte Teilnahmedauer für beendet; weitere Maßnahmen werden nicht berücksichtigt. Der Anspruch auf Einlösung von Bonuspunkten erlischt mit dem Tag der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

III. Voraussetzungen für den Anspruch auf einen Bonus

Die Erfüllung der Bonusmaßnahmen als Voraussetzung für den Bonusanspruch wird vom Arzt bzw. dem Anbieter der Leistung im Bosch BKK-Bonusheft quittiert bzw. je nach Maßnahme durch Bescheinigungen (z. B. Teilnahmebescheinigung, Urkunde, Rechnung) nachgewiesen. Anerkennungsfähig sind ausschließlich Maßnahmen, die während der Teilnahmedauer und im betreffenden Lebensjahr erbracht wurden.

Anspruch auf den Bonus besteht, wenn der Versicherte während der Teilnahmedauer in jedem Lebensjahr jeweils alle in der Kategorie „Vorsorgebonus“ für das jeweilige Lebensjahr genannten Maßnahmen nachweist. Der Bonus erhöht sich, wenn der Versicherte weitere Maßnahmen aus der Kategorie „Aktionsbonus“ nachweist. Ein Bonus wird für die Durchführung der nachfolgend aufgeführten gesundheitsfördernden Maßnahmen gewährt. Der Wert beträgt 5 Euro pro Bonusmaßnahme.

Bonuskategorien und -maßnahmen

- Vorsorgebonus
 - o Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9
Versicherte weisen nach, dass sie die nach § 26 Absatz 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen U1 bis U9 im jeweils vorgesehenen Lebensjahr vollständig in Anspruch genommen haben.
 - o Zahnvorsorge
Versicherte ab dem vollendeten 2. Lebensjahr weisen nach, dass sie im laufenden Lebensjahr an einer zahnärztlichen Untersuchung, deren Inhalt einer Untersuchung nach § 22 Absatz 1 SGB V entspricht, teilgenommen haben.
- Aktionsbonus
 - o Impfschutz
Versicherte weisen den vollständigen Impfstatus gemäß § 20i Absatz 1 SGB V (Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO) nach. Der Nachweis ist einmal pro Lebensjahr möglich.
 - o Regelmäßiger Sport
Versicherte, die das 2. Lebensjahr vollendet haben, weisen die aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder die regelmäßige Teilnahme an kinder-

- spezifischen Sportangeboten unter qualifizierter Anleitung nach. Der Nachweis ist einmal pro Lebensjahr möglich.
- Öffentliche Gesundheitsförderung
Versicherte, die das 2. Lebensjahr vollendet haben, nehmen an einem Programm zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens, das den Anforderungen des § 20 SGB V entspricht, oder an einem vergleichbaren Programm teil, das von einer fachlich anerkannten Institution konzeptionell verantwortet wird (Gesundheits-, Schulamt, BzGA, DRK, Krankenkassen, Ärzte, Sportvereine). Der Nachweis ist einmal pro Lebensjahr möglich.
 - Gesundes Körpergewicht
Versicherte, die das 3. Lebensjahr vollendet haben, weisen ein gesundes Körpergewicht durch einen Body-Mass-Index (BMI) im entwicklungsgemäßen Normalbereich nach, der durch die Werte der Perzentilen P10 und P90 in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) bestimmt wird. Die Bestimmung erfolgt idealerweise im Rahmen der Kindervorsorgeuntersuchungen. Der Nachweis ist einmal pro Lebensjahr möglich.
 - Ausdauersportveranstaltung
Versicherte, die das 4. Lebensjahr vollendet haben, nehmen erfolgreich an einer unter qualifizierter Leitung durchgeführten öffentlichen Sportveranstaltung in einer Ausdauersportart teil (Schwimmveranstaltung, Volkslauf). Der Nachweis ist einmal pro Lebensjahr möglich.
 - Seepferdchen
Versicherte, die das 5. Lebensjahr vollendet haben, weisen den Erwerb des Schwimmabzeichens „Seepferdchen“ nach. Der Nachweis ist einmal möglich.

IV. Auszahlung des Bonus

Der Bonus wird dem Versicherten für eine einmalige Bonuszahlung im Bosch BKK-Bonusheft gutgeschrieben. Er wird nach Vollendung des 6. Lebensjahres ausgezahlt, wenn die Voraussetzungen durch Vorlage des Bonusheftes nachgewiesen wurden. Werden die Bonusnachweise nicht innerhalb von 3 Monaten nach Vollendung des 6. Lebensjahres eingelöst, verfällt der Anspruch auf den Bonus. Bonuseinträge können Dritten nicht übertragen werden.

V. Beendigung des Bonusprogramms

Die Bosch BKK behält sich vor, auf Grund eines dahingehenden Beschlusses des Verwaltungsrates der Bosch BKK das Bonusprogramm unter Einhaltung einer angemessenen Frist einzustellen. Das Bonusprogramm wird eingestellt bzw. modifiziert, falls durch Gesetzesänderung oder höchstrichterliche Rechtsprechung dessen Fortführung nicht mehr zulässig sein sollte. Die Beendigung des Bonusprogramms wird gegenüber dem Versicherten schriftlich erklärt. Bis zur Einstellung gesammelte und bewilligte Maßnahmen können innerhalb eines angemessenen Zeitraums auch nach Einstellung des Bonusprogramms eingelöst werden.

VI. Erläuterungen zum Datenschutz

Es gelten die Vorschriften über den Schutz der Sozialdaten (SGB X) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Anlage zu § 21:**Verzeichnis der strukturierten Behandlungsprogramme für den Wahltarif nach § 21**

Region \ Programm	Asthma	Diabetes mellitus Typ 1	Diabetes mellitus Typ 2	KHK	Brustkrebs	COPD
Baden-Württemberg	X	X	X	X	X	X
Bayern	X	X	X	X	X	X
Berlin	X	--	X	X	X	X
Brandenburg	X	--	X	X	X	X
Bremen	X	X	X	X	--	X
Hamburg	--	--	X	X	X	--
Hessen	X	X	X	X	X	X
Mecklenburg-Vorpommern	X	X	X	X	X	X
Niedersachsen	X	X	X	X	X	X
Nordrhein	X	X	X	X	X	X
Rheinland-Pfalz	X	X	X	X	X	X
Saarland	X	--	X	X	X	X
Sachsen	--	X	X	X	X	--
Sachsen-Anhalt	X	X	X	X	X	X
Schleswig-Holstein	X	X	X	X	X	X
Thüringen	X	--	X	X	X	X
Westfalen-Lippe	X	X	X	X	X	X

Anlage 1 zu § 24:**Tariftabelle für den Wahltarif nach § 24 für Mitglieder nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V**

Tarifstufe	Zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde gelegtes jährliches Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen	Kalendertägliches Krankengeld	Tarifschlüssel	Monatliche Prämie
1	bis 24 000 EUR	40 EUR	S1	33,16 EUR
2	über 24 000 bis 36 000 EUR	65 EUR	S2	52,01 EUR
3	über 30 000 bis 48 000 EUR	95 EUR	S3	74,63 EUR
4	über 48 000 EUR	130 EUR	S4	101,02 EUR

Anlage 2 zu § 24:**Tariftabelle für den Wahltarif nach § 24 für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte**

Tarifstufe	Zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde gelegtes jährliches Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen	Kalendertägliches Krankengeld	Tarifschlüssel	Monatliche Prämie
1	bis 24 000 EUR	35 EUR	F1	41,26 EUR
2	über 24 000 bis 30 000 EUR	50 EUR	F2	27,66 EUR
3	über 30 000 bis 36 000 EUR	60 EUR	F3	68,60 EUR
4	über 36 000 EUR	75 EUR	F4	79,53 EUR