

Satzung

der

Betriebskrankenkasse

**WMF
Württembergische Metallwarenfabrik**

**Vom 01. August 2011 unter Berücksichtigung des 39. Satzungsnachtrags
Stand: 07. Januar 2026**

Übersicht zur Satzung

Artikel I	Inhalt der Satzung	2
§	1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	3
§	2 Verwaltungsrat	4
§	2a Versichertenälteste und Vertrauenspersonen	6
§	3 Vorstand	8
§	4 Widerspruchsausschuss	10
§	5 Kreis der versicherten Personen	12
§	6 Kündigung der Mitgliedschaft	14
§	7 Aufbringung der Mittel	16
§	8 Bemessung der Beiträge	17
§	9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	18
§	10 Fälligkeit der Beiträge	19
§	11 Höhe der Rücklage	20
§	12 Leistungen	21
§	12a Primärprävention	25
§	12b Schutzimpfungen	27
§	12c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V	28
§	12d Leistungsausschluss	29
§	13 Medizinische Vorsorgeleistungen	30
§	13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung)	31
§	13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	32
§	13c Wahltarif besondere Versorgung	33
§	14 – zurzeit unbelegt	34
§	14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten)	35
§	14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	37
§	14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	38
§	15 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	39
§	15a Wahltarife Krankengeld	40
§	16 Zusätzliche Leistungen	46
§	16a unbesetzt	47
§	16b Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt	48
§	16c Mehrleistung für Rufbereitschaft Hebammen	50
§	16d Osteopathie für Säuglinge	51
§	16e Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung	52
§	16f Osteopathie	53
§	16g Professionelle Zahnreinigung	54
§	17 Kooperation mit der PKV)	55
§	18 Aufsicht	56
§	19 Mitgliedschaft zum Landesverband	57
§	20 Bekanntmachungen	58
Artikel II	59	
Inkrafttreten	59	

Artikel I Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik:
(Kurzform: WMF BKK).

Sie ist im Jahr 1884 errichtet worden.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Geislingen/Steige.

- II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf folgende Betriebsstätten der Firma WMF GmbH:

a) das Hauptwerk in 73312 Geislingen

b) das Zweigwerk in 72534 Hayingen

c) die Verkaufsbüros in
13405 Berlin
01067 Dresden
20097 Hamburg
81829 München
40880 Ratingen
65843 Sulzbach

d) die Verkaufsstellen nach Anlage 1. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf sämtliche Gebiete der Länder.

§ 2 Verwaltungsrat

- I 1. Das Selbstverwaltungsorgan der WMF BKK ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amts dauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung.
 - 2. Das Amt der Mitglieder des Verwaltungsrates ist ein Ehrenamt.
 - 3. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr, gerechnet vom 1. Januar eines Kalenderjahres.

- II Dem Verwaltungsrat der WMF BKK gehören als Mitglieder 4 Versichertenvertreter und 4 Vertreter der Arbeitgeber an. Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.
- III Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der WMF BKK sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die WMF BKK maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

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

8. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
9. über die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen,
10. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gemäß § 31 SVHV über die Bestellung des Prüfers zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsprüfung.
11. Versichertenälteste und/ oder Vertrauenspersonen nach § 2a zu wählen.

IV Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

VIII 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.

IX Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

X Der Verwaltungsrat kann aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Als wichtiger Grund gilt z. B. das Vorliegen einer Pandemie.

§ 2a Versichertenälteste und Vertrauenspersonen

- I Für die WMF BKK werden vom Verwaltungsrat höchstens zwei Versichertenälteste und/oder Vertrauenspersonen sowie deren persönliche Stellvertreter gewählt.
- II Die Versichertenältesten und die Vertrauensleute üben ihre Tätigkeit nach den §§ 40, 41 SGB IV ehrenamtlich aus. Als pauschale Entschädigung für den Zeitaufwand werden 48 EUR vergütet. Für den Auslagenersatz gelten die Regelungen der Selbstverwaltungsorgane nach der Anlage 1 dieser Satzung. Reisekosten sind nach dem Bundesreisekostengesetz zu erstatten.
- III Die Versichertenältesten und die Vertrauenspersonen werden jeweils für 5 Jahre gewählt. Die Wiederwahl ist möglich. Tritt ein Versichertenältester oder eine Vertrauensperson zurück, hat der Verwaltungsrat auf seiner nächsten ordentlichen Sitzung einen neuen Versichertenältesten oder eine Vertrauensperson zu wählen. Für die Zwischenzeit übernimmt der persönliche Stellvertreter das Amt.
- IV Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahen Verbindung der WMF BKK mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

Hierzu gehören insbesondere:

1. Die Weiterleitung von Informationen der WMF BKK.
2. Unterstützung der Versicherten bei Aufnahmeanträgen und Leistungsanträgen.
3. Unterstützung der WMF BKK bei der betrieblichen Gesundheitsvorsorge.

- V Die Vertrauensleute haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der WMF BKK mit den Arbeitgebern herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

Hierzu gehören insbesondere:

1. Die Weiterleitung von Informationen der WMF BKK.
2. Beratung über das Einzugstellenverfahren.
3. Unterstützung bei der betrieblichen Gesundheitsvorsorge.

§ 3 Vorstand

- I Dem Vorstand der WMF BKK gehört 1 Mitglied an.
- II Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III Der Vorstand verwaltet die WMF BKK und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die WMF BKK maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen.
6. die WMF BKK nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,
9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der WMF BKK abzuschließen,

10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.

IV Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der WMF BKK wird vom Vorstand eingestellt.

V Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der WMF BKK.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Geislingen (Steige).
- II
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich aus jeweils 1 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der WMF BKK zusammen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
 4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Absatz 3 a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
 5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende wird jeweils in der ersten Sitzung nach Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestimmt. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der WMF BKK sein kann.
 6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
 7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

- III Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absatz 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I Zum Kreis der bei der WMF BKK versicherten Personen gehören
 1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten.
- II Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen, der WMF BKK nur dann beitreten, wenn sie das 40 Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder von Mitgliedern sind familienversichert, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- IV Die in Absatz I und II genannten Personen können die WMF BKK unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen,
wenn
 1. sie zu dem in § 1 Absatz II der Satzung genannten Bereich gehören oder
 2. vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat oder
 3. der Ehegatte bei der WMF BKK versichert ist,
 4. sie versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, versicherte behinderte Menschen oder versicherte Rentner sind und ein Elternteil bei der WMF BKK versichert ist,
 5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die WMF BKK besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,

6. sie bei einer/ einem Betriebskrankenkasse/ Verband der WMF BKK beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Be-schäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

V Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Vorausset-zungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach er-füllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Betriebskrankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, ist dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung im Sinne des Satzes 5 wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II Erhebt die WMF BKK nach § 242 Absatz 1 SGB V einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die WMF 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 WMF BKK ihrer Hinweispflicht nach Satz 2 und 3 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.
- III Abweichend von Absatz I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Es gelten Absatz 1 Satz 5 und Satz 6. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung.

- IV Wenn ein Wahltarif nach §15a gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur WMF BKK frühestens unter den Voraussetzungen des § 15a Absatz XV, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. II gilt mit Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15a gewählt haben.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der WMF 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 (Beitragstypengrundsätze Selbstzahler) in der jeweils gültigen Fassung.

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die WMF BKK erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt monatlich 2,85 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig.

Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 1 den Betrag in Höhe des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats.

- II Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit 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 mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig, von denen sie einzubehalten sind (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 40 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der WMF BKK erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung bei Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX

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

II Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad II im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 12 Wochen je Krankheitsfall begrenzt, maximal für die Dauer der Behandlungspflege.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

III

Aktuell nicht besetzt.

IV Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber hat sie die WMF BKK vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der WMF BKK in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden (Leistungsbereiche).
3. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Wahl der Kostenersstattung 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 WMF 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 WMF BKK bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. maximal 25,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H. maximal 50,00 Euro, für Verwaltungskosten zu kürzen.

Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die WMF 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 Wahlarzneimittel

Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist um 25 v. H. als Abschlag für die der BKK entgangenen Vertragsrabatte sowie 10 v. H. als Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der vier preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
2. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

§ 12a Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die WMF BKK auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur Primärprävention. Die Präventionsleistungen werden sowohl als Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, als Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und auch als Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach dem Setting-Ansatz sowie nach dem individuellen Ansatz erbracht.

Handlungsfelder für den individuellen Ansatz:

Bewegungsgewohnheiten:

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

Ernährung:

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

Stressmanagement:

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

Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens.
- gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Die Förderung durch die WMF BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Leistungen, die von der WMF BKK selbst erbracht werden, können ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt werden.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v. H. der entstandenen Kosten, maximal aber 200 EUR je Maßnahme gewährt.

§ 12b Schutzimpfungen

Die WMF BKK übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind.

Versicherte erhalten darüber hinaus auch die anderen von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen. Außerdem werden ärztlich individuell empfohlene Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten übernommen, es sei denn, diese fallen in die Zuständigkeit des Arbeitgebers. Die WMF BKK übernimmt außerdem die Kosten für Grippeschutzimpfungen.

Die Kosten der HPV Impfung werden für Frauen bis zum Alter von 26 Jahren übernommen.

Kann die Impfung nicht als Sachleistung erbracht werden, besteht Anspruch auf die Erstattung bis zur Höhe des Betrages, der bei der Inanspruchnahme als Sachleistung entstanden wäre, maximal 400 Euro je Kalenderjahr.

§ 12c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz gemäß § 20k SGB V

Die WMF BKK gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten. Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 12d Leistungsausschluss

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

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

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

§ 13a Wahltarif hausarztzentrierte Versorgung

- I Die WMF 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 wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 13b Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

Die WMF 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 3 aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

§ 13c Wahltarif besondere Versorgung

- I Die WMF BKK bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.
- II Inhalt und Ausgestaltung der besonderen Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen.
- III Vor Abgabe der Teilnahmeverklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
 - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeverklärung
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

§ 14 – zurzeit unbelegt

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

- I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie die nachfolgenden Voraussetzungen innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

Der Versicherte nimmt regelmäßig Bewegungsangebote wahr (qualitätsgesichert im Fitnessstudio) oder ist aktives Mitglied im Sportverein – mind. 6 Monate im Kalenderjahr.

Die Durchführung der Bonusmaßnahme ist vom Leistungserbringer zu bestätigen. So weit es sich nicht um gesetzliche oder satzungsmäßige Leistungen handelt, sind die Kosten der Teilnahme vom Versicherten zu tragen.

Der Bonus wird auf Antrag als Geldbonus ausgezahlt und beträgt 50 Euro pro Bonusjahr.
Das Bonusjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Als Alternative zum Geldbonus erhalten Versicherte den Bonus als Zuschuss für die Inanspruchnahme der im Katalog der Betriebskrankenkasse genannten Leistungen und Produkte bis zu einem Höchstbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr. In dem Katalog, der als Anlage zur Satzung deren Bestandteil ist, sind die Leistungen und Produkte aufgezählt, für die der Zuschuss gewährt wird.

- II Zur Wahrung des Bonusanspruchs muss der Versicherte den Nachweis der Bonusmaßnahme bis zum 30.04. des Folgejahres einreichen. Kündigt der Versicherte im laufenden Kalenderjahr seine Mitgliedschaft bei der WMF BKK, verfällt der Bonus.

- III Versicherte, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V oder nach § 12b der Satzung in Anspruch nehmen, haben für jede abgeschlossene Maßnahme Anspruch auf 1.000 Bonuspunkte.

Die Durchführung der Bonusmaßnahme ist vom Leistungserbringer zu bestätigen.

Der Bonus wird auf Antrag als Geldbonus pro Bonusjahr ausgezahlt. Das Nähere regelt die Anlage zu § 14a der Satzung. Der Geldbonus, gerundet auf volle Euro, berechnet sich nach folgender Formel:

$$\text{Bonus in Euro} = \text{Bonuspunkte}/1.000 * 5$$

Das Bonusjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Das Nähere regelt die Anlage zu § 14a der Satzung.

- IV Zur Wahrung des Bonusanspruchs muss der Versicherte den Nachweis der Bonusmaßnahmen bis zum 30.04. des Folgejahres einreichen. Der Bonus wird auch bei einer gekündigten Mitgliedschaft ausbezahlt.“

§ 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegebenen Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtung aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.
- II Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie Höhe und Auszahlung des Bonus. Es besteht kein Rechtsanspruch für Arbeitgeber, an einem Bonusprogramm teilzunehmen.
- III Die Höhe des Bonus darf je Arbeitgeber kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen.

§ 14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- I Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahrs an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers aus den Handlungsfeldern
 - 1. bewegungsförderliches Arbeiten und körperliche aktive Beschäftigung
 - 2. gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
 - 3. Suchtprävention im Betrieb oder
 - 4. Stressbewältigung und Ressourcenstärkungzu mindestens 80 % teilnehmen. Die WMF BKK schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14b der Satzung.
- II Der Bonus beträgt 25 Euro und wird dem Versicherten bis zum 31.03. des Folgejahres ausbezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über eine Teilnahme von mindestens 80 % an einer Maßnahme nach Absatz I nachgewiesen wurden.

§ 15 Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

- I Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird gemäß den §§ 9 Absatz 2 Nr. 5 und 8 Absatz 2 AAG dem BKK Landesverband Mitte übertragen.
- II Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die WMF BKK. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III Die Satzungshoheit für das U1- und das U2-Verfahren wird auf den BKK Landesverband Mitte gemäß § 9 Absatz 1 Nr. 5 i. V. m. § 8 Absatz 2 Satz 1 AAG übertragen. Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 15a Wahltarife Krankengeld

Allgemeines

- I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife 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 keinen Wahltarif wählen, der einen Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorsieht, welcher in Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist.
- II Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V, § 41 SGB V) oder Vorsorgeeinrichtung (§§ 23 Abs. 4 SGB V, 24 SGB V) steht der Arbeitsunfähigkeit hierbei gleich. Für den Anspruch auf Krankengeld muss eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei der Betriebskrankenkasse bestehen. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieser Tarife entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt, gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Ausland besteht Anspruch auf Krankengeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen- oder innerstaatlichen Rechts.
- III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 3. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld
 1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGWT)

2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 4 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarifschlüssel KGKSK) (Karenzzeit), wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt. Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld, soweit nachfolgend keine anderslautenden Ansprüche geregelt werden. Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XIII festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

- IV Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Hierzu kann das Mitglied unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen frei wählen; § 76 SGB V gilt entsprechend. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die Betriebskrankenkasse kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
- V Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht; § 11 Abs. 5 SGB V gilt entsprechend. Solange aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger gewährt werden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

- VI Der Anspruch auf Krankengeld endet
- mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Bezug einer in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
 - mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
 - mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XIV oder XV mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK,

Über das Anspruchsende hinaus gezahltes Krankengeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen.

Höhe

- VII Die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V).

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeitseinkommens seitens der Betriebskrankenkasse. Änderungen wirken sich auf die Festsetzung der Prämie aus.

- VIII Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens ist der Betriebskrankenkasse unverzüglich anzuziegen. Das Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion; ein Anspruch auf Krankengeld über die Höhe des zuletzt der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens besteht nicht; hierbei ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht.

Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahlung

- IX Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V 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.

Dauer

- X Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für längstens 546 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem 3-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 546. Tages. Sofern im letzten 3-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 3-Jahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit, neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden wurde. Bei der Feststellung der Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

Ruhen

- XI Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
- XII Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankengeld nach diesen Tarifen angewendet. Ebenso gelten die §§ 60-63, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

Wahl/Beginn/Laufzeit

- XIII Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs und löst eine neue 1-jährige Mindestbindungsfrist aus, die sich an das Ende der vorherigen Mindestbindungsfrist anschließt.

Kündigung

- XIV Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 2 Monate zum Ende der Mindestbindungsfrist erfolgen; maßgebend ist der Eingang bei der Betriebskrankenkasse.
Abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XV frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

- XV Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämiererhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Prämie

- XVI Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VII ergeben sich die Tarifgruppen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifgruppen

Tarif	
KGWT	1,50 v.H.
KGKSK	1,80 v.H.

der beitragspflichtigen Einnahmen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, die zur Berechnung der Beiträge für die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse zugrunde gelegt werden. Bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V gilt hier jeweils der 1. Monat der Mitgliedschaft für deren Dauer.

Prämien

- XVII Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XVIII. Bei Teilmonten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle der Krankengeldzahlung im Rahmen dieser Tarife können fällige und fällig werdende Prämien mit dem Krankengeld aufgerechnet werden, im Übrigen gilt § 51 Abs. 2 SGB I.
- XVIII Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, bei monatlicher Zahlung spätestens am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- XIX Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16 Zusätzliche Leistungen

Die Versicherten der WMF BKK haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Art, Dauer und Umfang ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen.

§ 16a unbesetzt

§ 16b Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

I Die WMF BKK übernimmt die Kosten für folgende zusätzlichen ärztlichen Vorsorgemaßnahmen für Schwangere, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind. Voraussetzung ist insgesamt, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige ärztliche Untersuchung noch nicht vorliegt, aber im Einzelfall Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Die Leistungen sollen mit dem Ziel erbracht werden einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken. Ebenso muss ein konkreter individueller Untersuchungsanlass bestehen. Die Behandlung muss von einem Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder der nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt ist, empfohlen oder veranlasst sein.

- a) zurzeit nicht belegt
- b) zusätzliche Blutuntersuchungen bei festgestellten Auffälligkeiten
- c) ein Toxoplasmose Test bei Kontakt der Schwangeren mit Tieren

Erstattet werden je Untersuchung 80 % der tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, nach Vorlage der spezifizierten Originalrechnung und der ärztlichen Empfehlung. Je Schwangerschaft werden für Leistungen nach Abs. 1 insgesamt Kosten in Höhe von höchstens 200,00 Euro erstattet.

II Die WMF BKK erstattet versicherten schwangeren Frauen nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Folsäure und/oder Magnesium als Monopräparate oder Kombinationspräparate, sofern eine Verordnung des Arzneimittels durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des 4. Kapitels des SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept erfolgt. Die Erstattung erfolgt bis zu einer Höhe von 200,00 Euro je Schwangerschaft.

III Versicherte haben im Rahmen des § 11 Absatz 6 SGB V und gemäß der Regelung dieser Vorschrift Anspruch auf Erstattung von Kosten, die ihnen als begleitender Ehe- oder Lebenspartner einer Schwangeren dadurch entstehen, dass sie gemeinsam an einem Geburtsvorbereitungskurs durch einen gemäß §134a Absatz 2 SGB V zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer teilnehmen.

Erstattet werden 80 % der tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten, nach Vorlage der spezifizierten Originalrechnung. Je Schwangerschaft werden Kosten bis zu einer Höhe von 50,00 Euro erstattet.

§ 16c Mehrleistung für Rufbereitschaft Hebammen

- I Versicherte der WMF BKK, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, haben auf der Grundlage des § 11 Abs. 6 SGB V nach den folgenden Absätzen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die von der 37. Schwangerschaftswoche bis zur Entbindung für die Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme entstehen. Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Rufbereitschaften mehrerer oder weiterer Hebammen besteht nicht.
- II Voraussetzung für den Anspruch ist, dass:
 1. die Versicherte während ihrer Schwangerschaft und außerdem bei der Geburt die Hilfe der Hebamme in Anspruch nimmt,
 2. die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. gemäß § 13 Abs. 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist,
 3. die Rufbereitschaft eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburthilfe umfasst.
- III Erstattet werden die tatsächlichen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme, bis zu einem Betrag in Höhe von 250,00 Euro je Schwangerschaft. Zur Erstattung ist die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

§ 16d Osteopathie für Säuglinge

- I Versicherte der WMF BKK können bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen zur qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringung, insbesondere bei Neugeborenen berechtigten Vertragsarzt oder auf ärztliche Verordnung durch zugelassenen Physiotherapeuten oder durch nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale, viszerale und craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre.
- II Die Kostenübernahme ist beschränkt auf maximal 3 Sitzungen je Versicherten. Die Erstattung der Kosten erfolgt in Höhe von 80 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 40 Euro pro Sitzung. Für die Erstattung sind die Rechnungen und die ärztlichen Verordnungen im Original vorzulegen.

§ 16e Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

- I Versicherte der WMF BKK können auf der Basis von § 23 SGB V und im Einzelfall vor Aufnahme einer sportlichen Betätigung eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden und entsprechende Risikofaktoren vorliegen. Derartige Risikofaktoren sind:
- a) erhöhtes Körpergewicht
 - b) erhöhter Blutdruck
 - c) kardiovaskuläre Vorerkrankungen
 - d) Atemwegserkrankungen
 - e) Skelettvorerkrankungen, z. B. Skoliose
 - f) Diabetes
 - g) Rauchen
 - h) Alkoholmissbrauch
 - i) familiäre Vorbelastung
 - j) patientenindividuelles Risiko.

Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ führen.

- II Die WMF BKK erstattet die Kosten bis maximal 70 € pro Untersuchung nach Abs. I Satz 1 und bis maximal 130 € pro Behandlung nach Satz 1 und 2 zusammen, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Jahre vergangen sind.

§ 16f Osteopathie

- I Versicherte der WMF BKK können auf ärztliche Veranlassung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung durch einen zur qualitätsgesicherten osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Vertragsarzt oder auf ärztliche Verordnung durch einen zugelassenen Physiotherapeuten oder durch einen nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten erbracht wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale, viszerale und craniale Osteopathie mit einer erfolgreichen Abschlussprüfung absolviert hat und Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder aufgrund dieser abgeschlossenen Ausbildung zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt wäre.
- II Die Kostenübernahme ist je Kalenderjahr auf 20 Euro pro Versicherten begrenzt. Für die Erstattung sind die Rechnungen und die ärztlichen Verordnungen im Original vorzulegen.

§ 16g Professionelle Zahnreinigung

- I Versicherte der WMF BKK haben ergänzend zu den Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss für professionelle Zahnreinigung, sofern diese durch einen Vertragsarzt oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigen Leistungserbringer durchgeführt wurde.
- II Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch maximal 20 Euro je Versicherten und Kalenderjahr. Zur Erstattung des Zuschusses ist die Rechnung einzureichen.

§ 17 Kooperation mit der PKV

Die WMF BKK vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungs-verträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 18 Aufsicht

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

§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 20 Bekanntmachungen

- I. Die Bekanntmachungen der WMF BKK erfolgen durch Veröffentlichung im Internet unter der Internetseite der WMF BKK und nachrichtlich durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse. 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 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V erfolgt entsprechend der Regelungen des Absatz 1 Satz 1.

Artikel II

Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 01. August 2011 in Kraft.

Der 39. Satzungsnachtrag wurde am 18.12.2025 vom Verwaltungsrat der WMF BKK beschlossen.

Der 39. Satzungsnachtrag tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Gabriele Luprich
Vorsitzende des Verwaltungsrates