



MIT UNS KÖNNEN SIE NUR GEWINNEN!

Service, Leistungen und Mitgliedschaft 2017



HERZLICH WILLKOMMEN!

IHRE BKK RWE

Seit 1908 können sich die Mitarbeiter und Pensionäre unserer Trägerunternehmen sowie deren Familienangehörige bei der BKK RWE versichern. Kompetenter Service und ein weit überdurchschnittliches Angebot an Zusatzleistungen haben zu einem stabilen Wachstum der Mitgliederzahlen geführt. Unseren Trägerunternehmen sind wir eng verbunden, unsere Leistungen sind exklusiv auf die Wünsche und Bedürfnisse unserer Versicherten zugeschnitten. Die BKK RWE betreut rund 59.000 Versicherte, davon sind ca. 70% Mitglieder und ca. 30% als Angehörige beitragsfrei familienversichert.

IHRE GESUNDHEIT LIEGT UNS AM HERZEN!

Damit die Entstehung von Krankheiten so weit wie möglich vermieden wird, bieten wir Ihnen und Ihren Angehörigen zahlreiche gezielte Vorsorgemaßnahmen – weit über den gesetzlichen Umfang hinaus. Mit unseren Extra-Leistungen tragen wir zu einem bestmöglichen Gesundheitsschutz bei und helfen Ihnen, bares Geld zu sparen. Durch unsere Kooperation mit der Barmenia-Krankenversicherung a.G. können Sie Ihren Gesundheitsschutz individuell ergänzen – zu günstigen Konditionen.

EXTRA-LEISTUNGEN

Neben den zahlreichen gesetzlichen Leistungen bieten wir zusätzlich viele Extra-Leistungen an. Von diesem erweiterten Angebot profitieren alle unsere Versicherten. So können Sie beispielsweise unseren kostenfreien Service einer medizinischen Zweitmeinung durch unabhängige Spezialisten nutzen oder Sie melden sich bei unserem neuen kostenlosen Online-Vorsorgemanager FamiliePlus an und erhalten für sich und Ihre Familie immer zur richtigen Zeit alle gesundheitsrelevanten Informationen, wie Vorsorgetermine, Beratung, Tipps und Infos.

KURZE ENTSCHEIDUNGSWEGE – SCHNELLE HILFE!

Bei uns erreichen Sie Ihre AnsprechpartnerInnen direkt und erhalten von unseren Experten unbürokratisch und kompetent Antworten und Hilfe!

LASSEN SIE SICH ÜBERZEUGEN!

Auf den nächsten Seiten stellen wir Ihnen unser breit gefächertes Leistungsangebot vor. Es bietet auch Ihren familienversicherten Angehörigen ohne Einschränkungen und zusätzlichen Beitrag den vollen Schutz unserer starken Gemeinschaft.

- Unsere Extra-Leistungen haben wir gekennzeichnet. Sie sind das exklusive Plus, das uns von anderen Krankenkassen unterscheidet.

INHALT

- 4 Von A – Z leistungsstark
- 18 Das Bonus-Programm Clever & Fit
- 22 Die BKK RWE-Pflegeversicherung
- 29 Beiträge
- 30 Mitglied bei der BKK RWE werden und bleiben
- 34 Ihr Service-Team



MIT UNSEREM EXPERTENRAT ÜBERLASSEN SIE IHRE GESUNDHEIT NICHT DEM ZUFALL.

Nutzen Sie unser exklusives Angebot an Expertenrat – von der professionellen Gesundheitshotline bis zur qualifizierten Zweitmeinung.

VON A BIS Z LEISTUNGSSTARK

Ärztliche Behandlung

Wir übernehmen die Kosten einer notwendigen ärztlichen Behandlung mit allen anerkannten modernen Behandlungs- und Heilmethoden – und zwar für Sie und Ihre mitversicherten Familienangehörigen – bei freier Auswahl unter allen Vertragsärzten und zeitlich unbegrenzt. Vor Behandlungsbeginn einfach Ihre BKK RWE-Gesundheitskarte vorlegen.

Alternative Arzneimittel ●

Sie entscheiden, wie Sie gesund werden wollen – wir unterstützen Sie dabei. Ihr Arzt verordnet Ihnen ein verschreibungsfreies, apothekenpflichtiges Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie oder Anthroposophie. Die Kosten für diese Arzneimittel erstatten wir pro Versicherten bis zu einer Höhe von 100 Euro im Jahr. Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wurden, dürfen wir nicht erstatten.*

Arznei- und Verbandmittel

Im Krankheitsfall oder nach einem privaten Unfall bezahlen wir zur Behandlung erforderliche Medikamente und Verbandmittel. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings nie mehr als die Kosten des Mittels. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr müssen keine Zuzahlungen leisten, ebenso Patienten, die von der Zuzahlung befreit sind.

Auslandskrankenversicherung

In allen Ländern der EU und in einigen weiteren Staaten hilft die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) eine im Notfall notwendige Behandlung abzusichern. Sie finden sie auf der Rückseite Ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK, BKK RWE-Versichertenkarte). Nehmen Sie deshalb bei Reisen Ihre eGK immer mit! Für wenige weitere Länder gibt es außerdem spezielle Auslandskrankenscheine. Außerhalb Europas gilt: Es sollte unbedingt eine private Reisekrankenversicherung abgeschlossen werden. Doch auch innerhalb Europas kann der zusätzliche private Reisekrankenversicherungsschutz sinnvoll sein. Zum Beispiel können hohe landestypische Eigenanteile (bspw. bei einer stationären Krankenhausbehandlung), Rücktransporte etc. nicht über die EHIC abgerechnet werden. Mehr dazu unter www.bkkrwe.de/Auslandsversicherung.

Beratung ●

Wir beraten Sie nicht nur im Rahmen der Krankenversicherung, sondern auch in vielen anderen sozialen Bereichen. Sprechen Sie uns an! Darüber hinaus bieten wir unseren Versicherten Expertenrat zu vielen Gesundheitsthemen an:

- BKK RWE Gesundheitshotline

Benötigen Sie ausführliche Informationen zu einem bestimmten Krankheitsbild oder möchten Sie sich zu Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen? Suchen Sie einen Facharzt, eine Klinik oder Selbsthilfegruppe? Haben der letzte Arztbesuch oder der Beipackzettel Ihrer Medikamente Fragen aufgeworfen? Die Experten der BKK RWE-Gesundheitshotline beantworten alle Fragen rund um die Themen Gesundheit und Medizin – schnell, kompetent und bequem per Telefon – an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr zum Ortstarif für Sie da unter Tel: 089 / 55 98 76 79

- BKK RWE Sporthotline

Die BKK RWE Sporthotline berät Sie rund um ein aktives Leben, 24 Stunden am Tag, zum Ortstarif unter Tel.: 089 / 55 98 76 79.

- BKK RWE Arzneimittelberatung

Hier erfahren Sie alles über Arzneimitteltherapien und Verordnungen. Per Telefon: 0800/25 57 42 76 (kostenlos). Montag-Donnerstag 9:00 - 17:00 Uhr und jeden 1. Donnerstag im Monat 9:00 - 20:00 Uhr oder per E-Mail: info@bkk-arzneimittelberatung.de

- Gesundheit online

Ob bei Krisen, Krankheit oder gesundheitlichen Fragen: Neben jeder Menge Gesundheitsinformationen mit Tipps, Links und Literaturempfehlungen können Sie in unserem Serviceportal "Gesundheit-Online" u. a. an interaktiven Onlinetests teilnehmen oder sich per E-Mail beraten lassen: www.bkkrwe.de/Gesundheitonline

- Online-Coaches

Mit unseren Online-Coaches bieten wir praktische Hilfe im Alltag. Mit mehrwöchigen Online-Kursen, interaktiven Tests und praxisorientierten Tipps begleiten Sie unsere Experten ganz individuell. Unser StressCoach hilft, mit Stress besser umzugehen.

Der PflegeCoach und unser Online-Kurs Pflege unterstützen jene, die einen Angehörigen pflegen. WeightCoach und HealthCoach geben Anregungen zur ausgewogenen Ernährung. Wer unter Schlafstörungen leidet, findet Tipps beim SchlafCoach. Mehr unter www.bkkrwe.de

Biomarker-Diagnoseverfahren bei Brustkrebs ●

Neu erkrankte Brustkrebspatientinnen können mithilfe des Biomarker-Verfahrens unter Umständen eine belastende Chemotherapie vermeiden. Die BKK RWE hat hierzu als eine der ersten Krankenkassen mit der Medizinischen Hochschule Hannover MHH einen Vertrag geschlossen. Lesen Sie hierzu auch *Zweitmeinung Krebs*.

BKK Extra-Plus: Zusatzversicherungen für individuellen Gesundheitsschutz

Machen Sie Ihren Gesundheits-Rundumschutz komplett: Durch unsere Kooperation mit der Barmenia Krankenversicherung a.G. können Sie Ihren Krankenversicherungsschutz ganz individuell ergänzen. Kunden der BKK RWE erhalten den Zusatzschutz zu günstigen Beiträgen. Mehr dazu unter www.bkkrwe.de/BKKExtraPlus.

BKK MedPlus – bessere Leistungen für chronisch Kranke ●

Mit unserem Programm BKK MedPlus können wir chronisch kranken Versicherten qualifizierte, speziell auf das jeweilige Krankheitsbild zugeschnittene Behandlungsprogramme anbieten. Diese sogenannten Disease-Management-Programme (DMP) wurden von Ärzten und Wissenschaftlern entwickelt, um eine verbesserte und umfassende medizinische Versorgung zu garantieren. Das Gesundheitsprogramm umfasst folgende chronische Erkrankungen:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Asthma
- chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD).

In vielen Bundesländern werden unsere Gesundheitsprogramme erfolgreich umgesetzt. Die Einschreibung erfolgt auf freiwilliger Basis und ohne zusätzliche Kosten für Sie. Mit BKK MedPlus erhalten BKK RWE-Versicherte die optimale Therapie - ganz individuell und angepasst an den aktuellen Gesundheitszustand.

Die Experten der BKK MedPlus-Hotline beraten Sie gern: Tel: 0180 / 699 33 33, montags bis freitags von 8:00 - 20:00 (20 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz, max. 60 Cent pro Anruf aus dem Mobilfunk).

Bonusprogramm Clever & Fit

Ihr gesundheitsbewusstes Verhalten wird jetzt besonders belohnt. Wenn Sie und Ihre Familienmitglieder regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen teilnehmen, bleiben Sie nicht nur länger gesund, sondern profitieren auch von unserem neuen Bonusprogramm. Melden Sie sich einfach zum Bonusprogramm der BKK RWE an und profitieren doppelt (Einzelheiten zum Bonusprogramm ab Seite 18).

Brillen und Kontaktlinsen

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und für schwer sehbeeinträchtigte Versicherte übernehmen wir die Kosten für augenärztlich verordnete Brillengläser bei vertragsgemäßer Ausführung in Höhe der vereinbarten Festbeträge. Brillenfassungen gehören nicht zum Leistungsumfang. Bei Bedarf bezahlen wir für Kinder und Jugendliche auch Mehrstärkengläser und – unter besonderen Voraussetzungen – Kontaktlinsen und Kunststoffgläser. Bei Kindern sind aus Sicherheitsgründen immer Kunststoffgläser zu empfehlen und werden bis zur Vollendung der allgemeinen Schulpflicht natürlich auch von uns bezahlt.

Anspruch auf neue Brillengläser besteht nur, wenn sich die Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat. Diese Einschränkung gilt nicht für Kinder bis 14 Jahren.

Echotherapie ●

Die BKK RWE bietet Ihren Versicherten die Kostenübernahme für die schonende Behandlung von gutartigen Knoten in der Schilddrüse oder der Brust. Die innovativen Behandlungskonzepte wurden vom Gesundheitsverbund Nord entwickelt. Mithilfe der Echotherapie lassen sich gutartige Knoten schonend behandeln – ohne Operation, Narben und Vollnarkose. Sie werden mit therapeutischem Ultraschall förmlich geschmolzen. Derzeit bieten acht Zentren diese schonende Methode an.

Fahrkosten

Wir übernehmen die Kosten

- für die Hin- und Rückfahrt bei stationärem Krankenhaus- oder Kuraufenthalt
- für Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch wenn sich keine stationäre Behandlung anschließt)
- für Krankentransporte, wenn aus medizinischen Gründen der Einsatz eines Krankentransportwagens erforderlich ist
- für Fahrten zur ambulanten Behandlung, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.

Dabei sieht der Gesetzgeber eine Selbstbeteiligung von 10 Prozent der Fahrkosten vor, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Bei Rehabilitationsleistungen gilt diese Regelung nicht.

Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung dürfen wir nur in besonderen Ausnahmen nach vorheriger Genehmigung übernehmen. Wir beraten Sie gerne.

Fissurenversiegelung der kleinen Backenzähne

Auch bei der Vermeidung von Zahnerkrankungen setzen wir uns für Sie ein. Die Fissurenversiegelung der kariesfreien Prämolaren (das sind die kleinen Backenzähne hinter den Eckzähnen) im bleibenden Gebiss gehört zu unserem Leistungspaket. Dabei füllt der Zahnarzt die feinen Rillen und Furchen der Kauflächen mit einem speziellen Kunststoff auf, so dass Speisereste und Bakterien keinen Raum mehr finden. Die Kariesanfälligkeit der Kauflächen kann damit um 70 bis 90 Prozent verringert werden. Lassen Sie sich von Ihrem Zahnarzt beraten. Wir erstatten Ihnen bis zu 100 Euro im Jahr für diese Fissurenversiegelung der kariesfreien Backenzähne im bleibenden Gebiss.*

Gesundheitskarte

Jede/r BKK RWE-Versicherte erhält unsere praktische Gesundheitskarte ab Vollendung des 15. Lebensjahres mit einem Lichtbild. Einfach beim Arzt bzw. Zahnarztbesuch vorlegen! Dies gilt im Übrigen auch für die üblichen Vorsorgeuntersuchungen.

Häusliche Krankenpflege

Wir übernehmen die Kosten der häuslichen Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung zwar notwendig, aber nicht ausführbar ist oder wenn die Notwendigkeit dadurch entfällt.

Häusliche Krankenpflege kann auch zur Unterstützung der ambulanten ärztlichen Behandlung dienen, wenn keine im Haushalt lebende Person die Pflege übernehmen kann.

Die häusliche Krankenpflege umfasst medizinische Hilfeleistungen. Hinzu kommen im Einzelfall die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Die gesetzlich vorgeschriebene Eigenbeteiligung für Versicherte ab 18 Jahren beträgt 10 Prozent der Kosten, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr, sowie 10 Euro pro ärztliche Verordnung.

Haushaltshilfe

Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn es ihnen wegen eines Krankenhaus- oder Kuraufenthalts oder wegen einer akuten Erkrankung nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen. Voraussetzung ist, dass keine im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann. Unsere Extra-Leistung: Wir erstatten Ihnen bis zu 26 Wochen im Jahr die Kosten auch dann, wenn kein Kind im Haushalt zu versorgen ist. Grundsätzlich können wir Ihnen eine Fachkraft stellen oder vermitteln. Ist dies nicht möglich oder wünschen Sie eine Person Ihres besonderen Vertrauens, dann erstatten wir Ihnen die Kosten für eine von Ihnen eingesetzte Pflegeperson in angemessener Höhe. Sprechen Sie uns an.

Die Eigenbeteiligung für Haushaltshilfe beträgt je Kalendertag 10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro.

Heilmittel

Heilmittel sind alle Dienstleistungen, die helfen sollen, eine Krankheit zu heilen, ihr Fortschreiten zu verhüten oder die Beschwerden zu lindern.

Bei ärztlich verordneten Heilmitteln wie Massagen, Bädern oder Krankengymnastik übernimmt Ihre BKK RWE die notwendigen Kosten bis auf die gesetzliche Selbstbeteiligung von 10 Prozent je einzelner Leistung zuzüglich eines Betrages von 10 Euro je Verordnung. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von dieser Zuzahlung vollständig befreit.



UNSERE EXTRA-LEISTUNGEN –
EXKLUSIV FÜR UNSERE VERSICHERTEN.

Hilfsmittel

Hilfsmittel gleichen eine körperliche Behinderung aus oder lindern sie (z. B. Prothesen, Krankenfahrstühle, orthopädische Schuhe). Vor der Bestellung oder Anfertigung des Hilfsmittels benötigen wir eine ärztliche Verordnung. Für diese Leistung ist eine Selbstbeteiligung vorgesehen. Sie beträgt 10 Prozent des Endpreises, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

Hospiz

Hospize sind spezielle Pflegeeinrichtungen für Schwerkranke und Sterbende, die im Krankenhaus oder zu Hause nicht mehr versorgt werden können. Ein Arzt bescheinigt die medizinische Notwendigkeit. Die unerlässlichen Formalitäten im Zusammenhang mit dem Hospizantrag erledigen wir unbürokratisch für Sie. Bei der stationären Versorgung eines Schwerkranken oder Sterbenden in einem Hospiz übernehmen wir die Kosten bis auf evtl. Zusatzkosten wie Telefon- oder Fernsehanschluss.

Kardiagnostik ●

Für die schonende und präzise Diagnose von koronarer Herzkrankheit können unsere Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen eines der modernsten Verfahren in Anspruch nehmen: Das Grönemeyer Institut für MikroTherapie in Bochum untersucht das Herz detailliert und nicht-invasiv mit einem Kardio-Computertomographen (CT) oder Kardio-Magnetresonanztomographen (MRT).

Kinderpflege-Krankengeld

BKK RWE-Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben müssen. Voraussetzung ist ferner, dass eine andere in Ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Jeder Versicherte hat je Kind Anspruch auf 10 Arbeitstage im Jahr, alleinerziehende Versicherte besitzen einen Anspruch von jährlich 20 Arbeitstagen.

Krankengeld

Bei Arbeitsunfähigkeit im Krankheitsfall zahlt Ihre BKK RWE – nach Ablauf der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung – das gesetzlich höchstmögliche Krankengeld. Von diesem Betrag werden dann im Regelfall noch die gesetzlichen (Arbeitnehmer-) Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung abgezogen. Von den Beiträgen zur Krankenversicherung sind Sie während der Bezugszeit von Krankengeld befreit! Dieser Anspruch ist zeitlich unbefristet. Ausnahme: Krankengeld können Sie wegen derselben Krankheit für bis zu 78 Wochen innerhalb von drei Jahren bekommen.

Krankenhaus

Wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist, übernehmen wir die Kosten für ärztliche Behandlung, operative Leistungen, Medikamente, Unterkunft und Verpflegung in einem Vertragskrankenhaus, zeitlich unbegrenzt. Die gesetzlichen Zuzahlungen betragen 10 Euro pro Kalendertag und sind auf höchstens 28 Tage je Kalenderjahr begrenzt. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind davon befreit.

- Privat im Krankenhaus ●

Ist eine stationäre Behandlung erforderlich, übernehmen wir EU-weit die Kosten für die Behandlung in privaten Krankenhäusern, wenn diese eine wenigstens gleichwertige Versorgung gewährleisten können. Vor Beginn der Behandlung benötigt die BKK RWE eine ärztliche Verordnung und eine Kostenübersicht zur Zustimmung. Wir ersetzen unseren Versicherten die Kosten, die bei der Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus in Deutschland übernommen worden wären. Darüber hinaus entstehende Kosten trägt der Versicherte. Ganz wichtig: Sprechen Sie uns bereits im Vorfeld der Behandlung an, damit wir Sie umfassend informieren können.

Krankenhausaufenthalt von Kindern ●

Heute ist es selbstverständlich, dass Eltern während eines Krankenhausaufenthaltes in der Nähe ihres Kindes bleiben können. Bei medizinischer Notwendigkeit rechnet das Krankenhaus die Kosten für die Begleitperson direkt mit uns ab. In allen anderen Fällen übernimmt die BKK RWE die Kosten für die Begleitperson, wenn das Kind jünger als 9 Jahre ist, bis zu einer Höhe von 45 Euro pro Tag.

Krankheitsverhütung und -früherkennung

Unseren Versicherten steht eine breite Palette an Maßnahmen zur Krankheitsverhütung und -früherkennung zur Verfügung:

- Früherkennung in der Schwangerschaft

Lesen Sie hierzu den Abschnitt *Mutterschaft*

- Vorsorge für Kinder und Jugendliche

Beginnend mit der Entbindung sollten die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 für Säuglinge und (Klein-)Kinder bis 5 Jahren in Anspruch genommen werden. Zusätzlich übernehmen wir den Kindergartencheck U7a und den Grundschulcheck U10 (in einigen Bundesländern, für Kinder von 7 bis 8 Jahren). Hinzu kommen zwei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen im 3. bis 4. bzw. 5. bis 6. Lebensjahr. Besonders wichtig ist auch die Jugend-Gesundheitsuntersuchung J1 zwischen 12 und 13 Jahren.

Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren haben in jedem Kalenderhalbjahr Anspruch auf eine zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung.

- Vorsorge für Erwachsene

• Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung

Erwachsene ab 18 Jahren haben einmal jährlich Anspruch auf eine zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung. Lesen Sie hierzu auch *Fissurenversiegelung der kleinen Backenzähne* und *Professionelle Zahnreinigung*

• Gesundheits-Check-up ab 35 Jahre

Ab 35 Jahren haben Sie alle zwei Jahre kostenlos die Möglichkeit, einen Gesundheits-Check-up durchführen zu lassen. Dabei wird z. B. überprüft, ob Diabetes, Herz-Kreislauf- oder Nieren-Erkrankungen vorliegen oder Risikofaktoren vorhanden sind.

• Gesundheits-Check-up unter 35 Jahre ●

Wir ermöglichen auch unseren Versicherten, die noch nicht 35 Jahre alt sind, den umfassenden Gesundheits-Check-up. Jeder, der familiär oder medizinisch vorbelastet ist, kann sich bei seinem Arzt durchchecken lassen. Für ihre Versicherten übernimmt die BKK RWE die entstehenden Kosten bis zu einer Höhe von 100 € im Jahr.*

• Haut-Check

Außerdem hat jeder Erwachsene ab 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch darauf, möglichst im Zusammenhang mit dem Check-up, seine Haut gründlich untersuchen zu lassen.

• Messung der Halsschlagader ●

Die meisten Menschen sterben an einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall. Ursache ist häufig eine Verengung der Gefäße (Atherosklerose). Bei Verdacht auf Atherosklerose kann eine Intima-Media-Dicke-Messung (dabei wird die Dicke der Gefäßwand der Halsschlagader gemessen) mittels Ultraschall durchgeführt werden. Die BKK RWE übernimmt die entstehenden Kosten bis zu einer Höhe von 100 € im Jahr.*

• Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung ●

Die Aufforderung zu mehr Gesundheitsbewusstsein und Bewegungsfreude ist ab einem bestimmten Alter oder nach längerer Trainingspause meist verbunden mit dem Rat, vor Trainingsbeginn einen fachärztlichen Fitness-Check zu absolvieren. Die BKK RWE bietet ihren Versicherten bundesweit die Möglichkeit, sich von einem Sportmediziner (teilnehmende Ärzte unter www.dgsp.de) auf Herz und Nieren testen zu lassen. Die Gesundheitsuntersuchung enthält neben internistischen und orthopädischen Untersuchungen ein ausführliches Gespräch über die Themenbereiche Lebensstilveränderung, Trainingsempfehlung und Trainingsplanung. Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine Laktatbestimmung zur Leistungsdiagnostik und Trainingssteuerung sinnvoll sein. Die teilnehmenden Ärzte des DGSP rechnen die erbrachten Leistungen direkt als Privatliquidation ab, BKK RWE-Versicherte bekommen von ihrer BKK RWE 90 Prozent, maximal 140 Euro, erstattet.*

• Schutzimpfungen und Reiseimpfenschutz ●

Für unsere Versicherten übernehmen wir sämtliche für das Bundesgebiet empfohlenen Schutzimpfungen. Gerade bei Reisen ins ferne Ausland besteht ein Risiko, sich mit einer Infektionskrankheit anzustecken. Damit Sie gesund aus dem Urlaub zurückkommen, erstatten wir die Kosten für ärztlich empfohlene Reiseschutzimpfungen: Typhus, Japanische Enzephalitis, Gelbfieber, Cholera, Hepatitis A + B, Meningokokken-Meningitis, Tetanus, Tollwut, Poliomyelitis, Diphtherie und Frühsommer-Meningoenzephalitis.*

Krebsfrüherkennung

Bei der frühestmöglichen Erkennung von Krebs bestehen gute Heilungschancen. Daher können unsere Versicherten Maßnahmen in Anspruch nehmen, die eine Früherkennung möglich machen.

- Krebsvorsorgeuntersuchung

Frauen ab 20 und Männer ab 45 Jahren haben Anspruch auf jährlich eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung zur Krebsfrüherkennung. Der Arzt untersucht im Rahmen der Früherkennungsrichtlinien bei Frauen ab 20 Jahren die Genitalorgane und entnimmt Untersuchungsmaterial aus dem Gebärmutterhalskanal, das auf Krebszellen untersucht wird.

Ab dem Alter von 30 Jahren kommt eine Brustuntersuchung hinzu. Bei Männern ab 45 Jahren werden die äußeren Genitalorgane, die Prostata und die Lymphknoten in der Region durch Abtasten untersucht.

- Früherkennung von Darmkrebs

Alle Versicherten ab 50 Jahren können kostenlos an unserem Vorsorgeprogramm zur Früherkennung von Darmkrebs teilnehmen.

Ab 55 Jahren können Sie sich für eine Spiegelung des Dickdarms (Koloskopie) mit einer Wiederholung nach zehn Jahren entscheiden oder alle zwei Jahre eine Stuhluntersuchung durchführen lassen.

- Früherkennung von Brustkrebs

Die Mammografie ist eine Röntgenuntersuchung der Brust und gilt als beste Methode zur Früherkennung von Brustkrebs, bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren gehört sie deshalb zu den von den Krankenkassen bezahlten Vorsorgeuntersuchungen.

• Die **Ultraschalluntersuchung der Brust (Mamma-Sonografie)** ● ist insbesondere bei jüngeren Frauen eine Alternative zur Mammografie, da sie häufig ein dichtes Brustgewebe haben. Eine Mammografie führt hier häufig nicht zu einem klaren Untersuchungsergebnis. Wenn eine medizinische oder familiäre Vorbelastung vorliegt, übernimmt die BKK RWE die Kosten für beide Untersuchungen auch für Frauen unter 50 Jahren bis zu einer Höhe von je 100 Euro im Jahr.*

• Wir übernehmen die Kosten für Untersuchungen im Rahmen des Programms **Discovering hands®**: ● Dieses Programm nutzt die ausgesprochen ausgeprägten Fähigkeiten Sehbehinderter im Bereich des Tastsinns. Speziell ausgebildete sehbehinderte Frauen (Medizinische Tastuntersucherinnen, MTU) ertasten in einer sehr ausführlichen Untersuchung Veränderungen im Brustdrüsengewebe. Die Untersuchung erfolgt in der Praxis der am Programm teilnehmenden Frauenärzte. Zum Thema Krebs siehe auch *Biomarker-Verfahren; Zweitmeinung Krebs*.

Über diese Vorsorgeangebote hinaus bieten wir Ihnen zahlreiche Broschüren, Ratgeber und sonstige Informationen rund um die Gesundheit an. Wir stellen für Sie auch gerne den Kontakt zu Selbsthilfegruppen her.

Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Kuren)

Kuren können helfen, drohende Erkrankungen oder Fehlentwicklungen (vor allem bei Kindern) zu verhindern oder überstandene Krankheiten dauerhaft zu überwinden. Sie zeigen auch Wege zu einer gesünderen Lebensweise. Wenn die bisherige Behandlung am Wohnort nicht ausreicht und Ihr Arzt eine Kur für erforderlich hält, unterstützen wir Sie gerne.

Allerdings: Für reine Erholungsaufenthalte ohne gezielte Kurmaßnahmen dürfen wir keine Kosten übernehmen oder Zuschüsse zahlen. Eine Kur ist kein Urlaub, sondern eine besondere Gesundheitsmaßnahme, an deren Erfolg Sie aktiv mitarbeiten. Bei stationären Rehabilitationskuren trägt in der Regel der Rentenversicherungsträger die Kosten. Wir beraten Sie gerne.

- Ambulante Rehabilitation

Bei ambulanten Kuren in einem anerkannten Kurort übernehmen wir die Kosten für kurärztliche Behandlung sowie Kurmittel (Bäder, Massagen etc.).



UND, HABEN SIE'S GEHECKT?
FRÜHERKENNUNG KANN IHR LEBEN RETTEN.

Außerdem erhalten Sie einen Zuschuss für Ihre Aufwendungen wie z. B. Unterkunft, Verpflegung und Fahrkosten für eine mindestens 2-wöchige Maßnahme in Höhe von 200,00 € und für eine mindestens 3-wöchige Maßnahme 300,00 €. Chronisch kranke Kleinkinder erhalten einen kalendertäglichen Zuschuss in Höhe von 25 €. Die Kosten weisen Sie durch die Originalabrechnung des Hotels oder der Pension nach. Wenn Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen Sie einen gesetzlich vorgesehenen Eigenanteil von 10 % der Kosten für Kurmittel, zusätzlich 10 € pro ärztlicher Verordnung.

- Kinderkuren

Kuren für Kinder bezahlen wir in voller Höhe. Bei Kindern bis zu acht Jahren fährt auch die Mutter oder der Vater auf unsere Kosten mit. Sie können dann im Rahmen der Möglichkeiten selbst an den Angeboten teilnehmen.

- Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren

Kuren in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einem gleichwertigen Haus bezahlen wir in voller Höhe; lediglich 10 € sind kalendertäglich von Ihnen zu tragen.

- Stationäre Kuren

Reicht eine ambulante Kur nicht aus oder sprechen andere Gründe dagegen, wird die Kur stationär in einer Klinik durchgeführt. Sind wir der zuständige Kostenträger, übernehmen wir die Kosten für ärztliche Behandlung, Kurmittel (Bäder, Massagen etc.), Kurtaxe, Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten (bei Vorsorgekuren beträgt die Zuzahlung 10 %, mindestens 5 € und höchstens 10 € je Fahrt). Wenn Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen Sie einen gesetzlich vorgesehenen Eigenanteil von 10 € pro Tag. Bei stationären Rehabilitationskuren im Rahmen einer sogenannten „Anschlussrehabilitation“ und bei besonderen Indikationen ist Ihre Kostenbeteiligung auf maximal 28 Tage begrenzt.

- Mit uns „kuren“ Sie am besten

Für Ihre Versorgung arbeiten wir seit Jahren mit qualifizierten Häusern zusammen, um Ihnen ein Höchstmaß an medizinischer Qualität zu bieten. Mit uns kuren Sie in qualitätsgeprüften Therapie-

zentren in den schönsten Kurorten Deutschlands, bei ambulanten Vorsorgeleistungen auch im europäischen Ausland.

Mikrotherapie ●

Im Kampf gegen den Rückenschmerz bieten wir unseren Versicherten bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen gemeinsam mit dem Grönemeyer Institut für MikroTherapie in Bochum und Berlin ein neues Behandlungskonzept an, das meist ganz ohne Operation auskommt: Ambulante schmerz- und mikrotherapeutische sowie (neuro)chirurgische Eingriffe an der Wirbelsäule sind nach dem neuen Verfahren noch schonender und bedeuten eine noch geringere Belastung für den Organismus.

Mutterschaft

Wir übernehmen die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung entstehenden Kosten. Bei den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft informiert der Frauenarzt die werdende Mutter über die zu erwartenden Veränderungen und die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik. Außerdem gibt er ihr Verhaltenshinweise. Die Inhalte der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegt. Bitte sprechen Sie uns zu den einzelnen Leistungen an.

- Früherkennung ●

Darüber hinaus bietet die BKK RWE umfassende Früherkennung für Mutter und Kind. Werden die Untersuchungen durchgeführt, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, erstattet die BKK RWE bei einem konkreten individuellen Untersuchungsanlass die Kosten für diese Untersuchungen bis zu einer Höhe von je 100 €*.

Die Originalquittung mit der Angabe, dass die Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaft/Geburt erfolgt, reichen Sie bitte bei uns ein. Im Zweifelsfall sprechen Sie uns an, bevor Sie die Leistung in Anspruch nehmen. Wir beraten Sie gern.

- **Die Nackenfaltenmessung** ● wird (bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung) per Ultraschall durchgeführt und ermittelt das Risiko für eine mögliche Chromosomenabweichung oder einen Herzfehler.

- **Der Toxoplasmosestest** ● ist eine Blutuntersuchung für Schwangere mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z. B. Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen) für eine Infektion durch den Toxoplasma-Parasiten (enthalten z. B. in Katzenkot, rohem Fleisch oder Gemüse).

Toxoplasmose kann beim Kind schwere Schädigungen verursachen. Bei Infektionsverdacht wird der Test im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien abgerechnet.

- **Der Triple-Test** ● (bei positiver Familienanamnese, ärztlicher Empfehlung oder besonders begründeter Indikation) berechnet mittels Ergebnis einer Blutuntersuchung, Alter und medizinischer Vorgeschichte der Mutter die Wahrscheinlichkeit einer Chromosomenschädigung.

- Zum Ende der Schwangerschaft kann eine **B-Streptokokken-Untersuchung** ● verhindern, dass eine infizierte Mutter ihr Kind während der Geburt ansteckt. Eine Infektion kann beim Neugeborenen zu schweren Erkrankungen führen. Die Untersuchung wird bei familiärer Vorbelastung oder auf ärztliche Empfehlung durchgeführt.

- In den Mutterschafts-Richtlinien sind drei **Ultraschalluntersuchungen** ● vorgesehen, bei Komplikationen oder Auffälligkeiten können weitere Ultraschalluntersuchungen angezeigt sein. Die BKK RWE bietet ihren Versicherten die Möglichkeit, darüber hinaus z. B. bei festgestellten Auffälligkeiten Ultraschall-Untersuchungen in Anspruch zu nehmen.

- **Der Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierungs-Test** ● (**FisH-Test**) ist ein Schnelltest zur Diagnostik von Trisomien aus Fruchtwasser (bei familiärer Vorbelastung oder ärztlicher Empfehlung). Bis das Ergebnis einer Fruchtwasser-Untersuchung vorliegt, vergehen etwa zwei bis drei Wochen. Der FisH-Test kann schon einige Tage nach der Punktion Ergebnisse zeigen.

- **Der Ringelröteln-/Windpocken-Test** ● (bei erhöhtem Ansteckungsrisiko, z. B. Kontakt zu evtl. infizierten Personen) untersucht das Vorliegen mütterlicher Antikörper gegen die beiden Erreger, die dem Ungeborenen gefährlich werden können. Fehlen diese Abwehrstoffe, können Vorsichtsmaßnahmen wie das Meiden von Infektionsquellen getroffen werden.

- Auch der **Zytomegalie-Test** ● (bei schwangeren Frauen, die bereits ein Kind haben, welches das 6. Lebensjahr nicht überschritten hat) kann das Ungeborene vor möglichen Schäden schützen: Das normalerweise harmlose Virus kann, wie auch Ringelröteln und Windpocken, Fehlbildungen verursachen. Fehlen Antikörper, können besondere Schutzmaßnahmen getroffen werden.

- **Folsäure** ● spielt für die Zellaktivität und damit auch die embryonale Entwicklung eine zentrale Rolle und ist in der durchschnittlichen Ernährung zu gering vertreten. Daher übernehmen wir die Folsäureversorgung bei schwangeren Frauen mit Folsäuremangel.

- **Biomarker Präeklampsie** ● (bei festgestellten Auffälligkeiten): Als erste gesetzliche Krankenkasse bundesweit übernimmt die BKK RWE diesen Test, der den Plazenta-Wachstumsfaktor PIGF bestimmt. Dieser steigt normalerweise bis zur 33. Schwangerschaftswoche kontinuierlich an. Verminderte Werte deuten auf ein erhöhtes Risiko für Präeklampsie hin.

Dabei handelt es sich um eine Kombination von Bluthochdruck, Eiweiß im Urin und Wassereinlagerungen (Ödemen), auch als Gestose oder fälschlich als Schwangerschaftsvergiftung bezeichnet.

- Vorsorgeangebot „Hallo Baby“ ●

Die Frauenärzte, die an unserem Programm „Hallo Baby“ teilnehmen, beraten Sie umfassend über Risikofaktoren und halten interessantes Informationsmaterial bereit.

- Info-Paket BabyCare ●

Mit unserem Informationspaket „BabyCare“ bieten wir unseren werdenden Müttern einen Ratgeber mit wichtigen Informationen und Tipps. Das BabyCare-Programm besteht aus einem ausführlichen Handbuch inklusive Tagebuch „myBabyCare“ und Rezeptbeihafter sowie einem persönlichen Fragebogen mit Ernährungsanalyse.

- Geburtsvorbereitung für Väter ●

Viele werdende Väter wollen Schwangerschaft und Geburt aktiv begleiten. Wir erstatten dem BKK RWE-versicherten Vater die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs, der von einer zugelassenen Hebamme durchgeführt wird, bis zu einer Höhe von 100 € jährlich.*

- Hebammen-Rufbereitschaft ●

Für eine Hausgeburt übernimmt die BKK RWE selbstverständlich – ebenso wie für eine Klinikgeburt – die Kosten. Darüber hinaus erstatten wir unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für die Rufbereitschaft der zugelassenen Hebamme rund um den errechneten Geburtstermin bis zur Höhe von 300 €.*

Darüber hinaus ...

... genießen Sie während der Elternzeit im Regelfall weiter den vollen Schutz Ihrer BKK RWE – und das beitragsfrei!

... melden Sie Ihr Neugeborenes direkt bei der BKK RWE an – Ihr Nachwuchs ist bei uns in der Regel kostenfrei familienversichert

Künstliche Befruchtung ●

Nicht immer ist eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg möglich. In manchen Fällen kann eine künstliche Befruchtung helfen. Die BKK RWE unterstützt ihre Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen über die gesetzliche Leistung von 50

Prozent hinaus: Bei Durchführung einer In-vitro-Fertilisation IVF („Reagenzglasbefruchtung“) oder einer intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (Injektion des Spermiums in die Eizelle) übernehmen wir für die gesetzlich erlaubten Versuche 100 Prozent der erstattungsfähigen Kosten je Versuch, wenn beide Ehegatten BKK RWE versichert sind.

Bitte sprechen Sie uns an, bevor Sie die Leistung in Anspruch nehmen.

Osteopathie ●

Die BKK RWE übernimmt die Kosten für bis zu sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Wir erstatten Ihnen den vollen Rechnungsbetrag, bis zu 60 € pro Sitzung. Voraussetzungen: Die osteopathische Behandlung wird durch einen Arzt veranlasst, bitte legen Sie eine entsprechende Verordnung vor. Der Behandler ist Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen oder hat eine osteopathische Ausbildung absolviert, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.*

Prävention

Fehlernährung, Bewegungsmangel und Suchtgefahren gehören zu unserem Alltag. Die BKK RWE unterstützt deshalb Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Im Rahmen unserer Präventionsangebote haben Sie vielfältige Möglichkeiten.

- Gesundheitskurse ●

Sie können z. B. jedes Jahr zwei zertifizierte Gesundheitskurse belegen und erhalten bei regelmäßiger Teilnahme die vollen erstattungsfähigen Kosten zurück – und das jährlich bis zu 320 €.

Die Gesundheitskurse müssen sich auf einen der folgenden Bereiche beziehen:

- Bewegung
- Stressbewältigung/Entspannung
- Ernährung
- Suchtprävention.

In unserer BKK RWE-Kursdatenbank finden Sie rund 120.000 zertifizierte Kurse auch in Ihrer Nähe. Mehr dazu, auch zur Kostenübernahme, unter www.bkk-rwe.de/Gesundheitskurse.

- Aktivwoche und Well-Aktiv ●

Die Alternative zu unseren Gesundheitskursen: Sie nehmen an einer Aktivwoche teil. Von der Nordseeinsel Wangerooge bis Bad Reichenhall in den Alpen – die bundesweit einzigartige Gesundheitsidee wird in 61 Kurorten eingesetzt. Es wird gewandert, geadelt, geschwommen, entspannt und meditiert. Die BKK RWE bezuschusst jedes Jahr eine der im aktuellen Online-Programm „BKK RWE-Aktivwoche“ angebotenen Präventionsmaßnahmen.

Ist Ihnen eine ganze Woche zu lang? Dann entscheiden Sie sich doch für „Well-Aktiv“. Dieses viertägige Gesundheitsprogramm widmet sich den Themen Bewegung, Entspannung und Ernährung und bietet Ihnen Präventionsmaßnahmen dazu an. Lediglich die Kosten für Anreise, Übernachtung und Verpflegung tragen Sie – den Rest übernehmen wir.

- Kooperation mit Fitnesspartner ●

Unser Kooperationspartner Fit 4 life bietet bundesweit ganz unterschiedliche Fitness- und Freizeitanlagen an – Fitness oder Kampfsport, Fußball oder Klettern, Kurse oder Aqua-Sport: Sie haben die Wahl! Die Anlagen garantieren einen einheitlichen Qualitätsstandard. Durch Ihre BKK RWE Mitgliedschaft genießen Sie Sonderkonditionen bei Fit 4 life.

Private Zusatzversicherungen

Lesen Sie hierzu *BKK ExtraPlus*.

Professionelle Zahnreinigung ●

Auch die beste Zahnpflege entfernt auf Dauer nicht alle Verunreinigungen, was Karies und Parodontose zur Folge haben kann. Daher übernimmt die BKK RWE zweimal im Jahr die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung, die in einer kassenzahnärztlichen Praxis durchgeführt wird, bis zu einer Höhe von je 50 €. In diesem Rahmen werden Ihre Zähne mit Spezialgeräten gereinigt. Die Übernahme der Kosten erfolgt im Rahmen der Kostenerstattung.*
Siehe auch *Fissurenversiegelung der kleinen Backenzähne*.

Psychotherapeutische Behandlung

Psychotherapie ist die Behandlung psychischer Probleme mithilfe anerkannter psychotherapeutischer Methoden. Viele dieser Methoden setzen auf das Gespräch. Sie helfen dem Betroffenen, wieder seelische Kraft zu entwickeln. Versicherte der BKK RWE können direkt einen zugelassenen Psychotherapeuten aufsuchen. Wir beraten Sie gerne.

Varizenbehandlung ●

Die operative Behandlung von Krampfadern zählt zu den häufigsten Einzeleingriffen in Deutschland. Alternativ zu dem herkömmlichen Stripping-Verfahren bietet die BKK RWE schonendere Techniken an, die darüber hinaus auch bessere Ergebnisse erzielen sollen. Versicherte der BKK RWE, die an behandlungsbedürftigen Varizen erkrankt sind, können die innovativen Behandlungsmethoden Radiofrequenztherapie oder endovenöse Lasertherapie in der Gefäßabteilung des Dermatologikums Hamburg nutzen.

Vollnarkose bei der Entfernung von Weisheitszähnen ●

Werden die Weisheitszähne unter Vollnarkose chirurgisch entfernt, erstattet die BKK RWE die entstehenden Kosten bis zu einer Höhe von 100 € im Jahr.*

Vorsorgemanager FamiliePlus ●

Wann steht der nächste Zahnarztbesuch oder die nächste U-Untersuchung der Kinder an? Was sind die besten Tricks im Umgang mit kleinen Trotzköpfen? Wie können Sie Ihre Balance in Stressphasen finden? Wie bleiben Sie fit bis ins hohe Alter? Mit dem Online-Vorsorgemanager FamiliePlus erhalten Sie und Ihre Familie alle gesundheitsrelevanten Informationen aus einer Hand: Vorsorge, Beratung, Tipps und Infos – immer zum richtigen Zeitpunkt.

Mehr unter www.bkk-rwe.de/FamiliePlus

Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung

Alle Versicherten der BKK RWE erhalten eine zeitlich unbegrenzte, kostenlose Zahnbehandlung per Gesundheitskarte. Wir übernehmen dabei nicht nur die Kosten im akuten Beschwerdefall, sondern auch für vorbeugende Behandlungen bzw. Beratungen über Zahnpflege und Mundhygiene sowie für eine notwendige Parodontosebehandlung. In medizinisch notwendigen Fällen können wir im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten auch die Behandlung einer Kiefer- oder Zahnfehlstellung übernehmen, wenn uns zuvor ein Behandlungsplan des Vertragszahnarztes vorgelegt wurde.

Zahnersatz

An den Kosten für Zahnersatz beteiligt sich Ihre BKK RWE grundsätzlich mit einem Festzuschuss. Dieser entspricht 50 Prozent der festgelegten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.

Ein Festzuschuss erhöht sich um 20 Prozent, wenn Sie sich in den letzten fünf Kalenderjahren mindestens einmal jährlich von einem Zahnarzt haben untersuchen lassen. Können Sie sogar zehn Jahre Vorsorge im Bonusheft nachweisen, erhöht sich der Festzuschuss um weitere 10 Prozent. In finanziellen Härtefällen können wir den Eigenanteil ganz oder teilweise übernehmen.

Vor Beginn einer Behandlung erstellt der Zahnarzt für Sie kostenfrei einen Heil- und Kostenplan, der – in Ihrem Interesse – von uns vor Behandlungsbeginn geprüft und genehmigt wird.

- Zahnersatz zum Nulltarif ●

Als BKK RWE-Versicherter erhalten Sie kostenlose Regelversorgung mit Zahnersatz. Die Voraussetzung: Einschreibung in das Versorgungsprogramm "Zahnersatz" beim teilnehmenden Vertragszahnarzt und Nachweis der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung der letzten zehn Jahre im Bonusheft. Die Versorgung erfolgt als Kassenleistung mit fortschrittlichem Zahnersatz, der ausschließlich mit den in Deutschland üblichen Materialien und Qualitätsansprüchen hergestellt wird – wirtschaftlicher und mit maximaler Sicherheit, langer Haltbarkeit, Verträglichkeit und natürlicher Ästhetik – inklusive einer Garantieverlängerung von zwei auf fünf Jahre.

Siehe auch: *Professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelung der kleinen Backenzähne.*

- Zweite Zahnarztmeinung bei Zahnersatz ●

Die Kosten für Zahnersatz können sehr hoch ausfallen, nicht alle Leistungen darf die BKK RWE übernehmen. Aber wir helfen Ihnen, Geld zu sparen:

Unter www.2te-zahnarztmeinung.de können Sie kostenlos Ihren Heil- und Kostenplan für Zahnersatz einstellen. Zahnärzte aus der jeweiligen Region machen Ihnen Vergleichsangebote. Die Ersparnis resultiert aus dem Wettbewerb der Zahnärzte vor Ort, die bei gleicher Leistung ihre Honorare reduzieren und mit ihren Dentallaboren niedrigere Preise vereinbaren.

Zuzahlungen/Eigenbeteiligungen

Für eine Reihe von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen hat der Gesetzgeber Zuzahlungen beschlossen, z. B. 10 % auf Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel, welche die Versicherten selbst tragen müssen. Für alle Versicherten gilt je Kalenderjahr eine Belastungsgrenze bei allen Zuzahlungen in Höhe von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten (außer Zahnersatz und Kieferorthopädie), wobei die Zuzahlungen und die Einnahmen aller Familienangehörigen bzw. der Lebenspartner zusammengerechnet werden. Bei Familien werden (Stand 2017) für den Ehepartner 5.355 € und für jedes familienversicherte Kind 7.356 € als Abschlag von den Gesamteinnahmen abgezogen.

Für einige Personengruppen gelten besondere Regelungen. Sobald der/die Versicherte oder ein familienversicherter Angehöriger schwerwiegend chronisch erkrankt und in Dauerbehandlung ist, gilt für die ganze Familie die maximale Belastungsgrenze von 1 Prozent. Erreichen die Zuzahlungen aller Familienmitglieder zusammengerechnet 1 Prozent der Bruttoeinnahmen, sind alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder für den Rest des laufenden Jahres von Zuzahlungen befreit.

Zweitmeinung ●

Die BKK RWE bietet für alle lebensverändernden Erkrankungen als eine der ersten Krankenversicherungen in Deutschland eine qualifizierte Zweitmeinung über unsere Gesundheitshotline an (siehe Beratung). Darüber hinaus gibt es spezielle Zweitmeinungsverfahren bei Krebserkrankungen und vor Rückenoperationen.

- Zweitmeinung Krebs ●

Die Diagnose Krebs wirft viele Fragen auf: Welche Behandlung ist die richtige? Welche Alternativen gibt es? Wo findet man den besten Spezialisten für die Krebserkrankung? Die BKK RWE unterstützt ihre Versicherten bei der Suche nach qualifizierten Antworten. Wir bieten über das Online-Portal www.krebszweitmeinung.de eine alternative Meinung durch ein Expertengremium an. Die BKK RWE ist eine der ersten Krankenkassen in Deutschland, die dieses Serviceangebot ihren Versicherten kostenlos zur Verfügung stellt.

- Zweitmeinung Rücken ●

Versicherte, bei denen in der nächsten Zeit ein operativer Eingriff an der Wirbelsäule geplant ist, können bei ausgesuchten Spezialisten eine fundierte zweite Meinung einholen. Die BKK RWE hat mit bundesweit 30 Schmerzzentren, die sich auf die Behandlung von Rückenerkrankungen spezialisiert haben, einen Vertrag geschlossen, BKK RWE-Versicherte werden dort zu ihrer geplanten Rückenoperation qualifiziert beraten, so dass eine OP unter Umständen vermieden werden kann.

Unsere Leistungen haben wir hier in übersichtlicher Form zusammengefasst. Mehr zu den einzelnen Leistungen unter www.bkkewe.de oder bei unserem Serviceteam: 0800 / 80 100 40 – kostenfrei.

Zu den genauen Voraussetzungen lassen Sie sich von uns beraten!

Die mit dem blauen Punkt ● gekennzeichneten Leistungen sind Bestandteil unseres umfassenden Programms an Zusatzleistungen – exklusiv für unsere Versicherten.

** Die Übernahme der Kosten erfolgt im Rahmen der Kostenerstattung: Der behandelnde Arzt/Zahnarzt/Leistungserbringer/zugelassene Hebamme stellt zunächst eine Privatrechnung aus, die Sie bei uns einreichen. Wir erstatten die entsprechenden Beträge. Im Zweifelsfall sprechen Sie uns an, bevor Sie eine entsprechende Leistung in Anspruch nehmen. Wir beraten Sie gern. Alle nicht speziell gekennzeichneten Leistungen werden ganz einfach über die BKK RWE-Krankenversichertenkarte abgerechnet, unsere Versicherten müssen jeweils nur den entsprechenden gesetzlichen Eigenanteil leisten.*

BONUSPROGRAMM CLEVER & FIT

Ihre Gesundheit liegt Ihnen am Herzen? Uns auch! Deshalb belohnen wir Ihr gesundheitsbewusstes Verhalten mit unserem neuen Bonusprogramm „Clever & Fit“.

Mitmachen kann jeder, der bei der BKK RWE versichert ist. Jedes einzelne Familienmitglied kann einen Bonus erzielen – in seinem eigenen Bonusheft.

Die Teilnahme ist denkbar unkompliziert: Melden Sie sich einfach per Teilnahmeerklärung für unser Bonusprogramm an. Ihre rechtsverbindliche Unterschrift ist dazu erforderlich. Die Teilnahmeerklärung gibt es auch zum Ausdrucken im Internet unter www.bkkrwe.de/bonusteilnahme

Nach erfolgter Anmeldung bekommen Sie Ihr persönliches Bonusheft und lassen sich die darin genannten Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsbausteine bestätigen bzw. abstempeln. Wenn Sie oder Ihre Familienmitglieder regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen teilnehmen, ist der Basisbonus schon so gut wie sicher:

Schon mit zwei erfüllten Gesundheitsbausteinen wird Ihnen ein Basisbonus gutgeschrieben, der Grundlage ist für den Zusatzbonus. Den erhalten Sie, wenn Sie an weiteren Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsbausteinen teilnehmen.

Ihren Bonus vergüten wir entweder per Direktauszahlung oder aber wir verdoppeln diesen, wenn Sie ihn auf einem Bonuskonto anlegen – Sie haben die Wahl.

Die zwei Stufen unseres Bonusprogramms

Basisbonus

Sie bekommen 50 Euro direkt ausgezahlt oder erhalten 100 Euro Guthaben auf Ihrem Bonuskonto, wenn mindestens zwei der folgenden Gesundheitsbausteine erfüllt sind:

- Bewegungsangebote in einem Sportverein oder einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio (bestätigt durch einen zertifizierten Anbieter oder Übungsleiter)

- Schutzimpfung (egal ob im Betrieb oder bei Ihrem Arzt)
- Gesundheitskurs zur Primärprävention
- Kinderfrüherkennungsuntersuchung U7/U7a bis U11
- Jugendgesundheitsuntersuchung J1 und J2
- 2 x zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung für Kinder und Jugendliche

Zusatzbonus

Haben Sie den Basisbonus erreicht, können Sie sich jeweils 10 Euro als Direktauszahlung oder 20 Euro für Ihr Bonuskonto für fünf der nachfolgend genannten Gesundheitsbausteine sichern:

- Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung
- Zahnvorsorge
- Mutterschaftsvorsorge
- Gesundheits-Check-up
- Hautkrebs-Screening
- BKK-Aktivwoche
- BKK Well-Aktiv
- Teilnahme an öffentlichen Sportveranstaltungen, die von qualifizierten Übungsleitern durchgeführt werden und bei denen eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht und für die eine Vorbereitung erfolgt (z. B. Volks- und Stadtläufe, regelmäßige Lauftreffs, Radtouren)
- Erwerb des Deutschen Sportabzeichens, Leistungsabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes bzw. DLRG oder des Bundes Deutscher Radfahrer
- Nachweis des vollständigen Impfschutzes laut Schutzimpfungsrichtlinie entsprechend der Empfehlungen der ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts.



**CLEVER & FIT – UNSER BONUSPROGRAMM
FÜR IHRE GESUNDHEIT.**

Doppelt Punkten

Mit „Clever & Fit“ profitieren Sie gleich zweifach: Sie fördern gezielt Ihre Gesundheit und werden dafür mit einem Bonus belohnt: Sie können sich in einem Jahr mit Basis- und Zusatzbonus maximal 100 Euro direkt auszahlen lassen oder aber Sie legen Ihr Guthaben auf einem Bonuskonto an. Das hat den Vorteil, dass die BKK RWE Ihren Bonus auf maximal 200 Euro verdoppelt.

Mit diesem Guthaben auf Ihrem Bonuskonto können Sie sich bis zum 31. März des Folgejahres zusätzliche, gesetzlich nicht vorgesehene Gesundheitsleistungen aus Bereichen Ihrer Wahl erstatten lassen wie

- Alternative Heilmethoden (z. B. traditionelle Chinesische Medizin, Heilpraktiker, Akkupunktur)
- zusätzliche Zahnbehandlungen beim Zahnarzt mit Kunststofffüllungen und Bleaching
- Sport und Prävention (z. B. Fitnessstudiogebühren, Fitnessstracker, Sehtest)
- individuelle Gesundheitsleistungen (z. B. PSA-Wertmessung, Stoßwellentherapie, Brillen und Kontaktlinsen)
- besondere Leistungen für Schwangere und Familien (z. B. PEKIP, Kinderturnen, Erste-Hilfe-Kurs am Kind)

Zur Verrechnung Ihres Bonus sammeln Sie einfach Ihre bezahlten Rechnungen und Belege aus dem laufenden Bonusjahr. Diese reichen Sie uns bitte im Original bis spätestens 31. März des Folgejahres zur Erstattung ein, danach verfällt Ihr Anspruch. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

Teilnehmen? So geht's

Teilnehmen können alle Versicherten der BKK RWE. Jedes Familienmitglied benötigt dazu ein eigenes Bonusheft. Jugendliche bis 15 Jahre benötigen die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten für ihre Teilnahme.

Jeder Versicherte entscheidet sich in der Teilnahmeerklärung für das jeweilige Kalenderjahr, ob er den Bonus als Direktauszahlung oder alternativ in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto wählt.

Spätester Anmeldeschluss für die Teilnahme am laufenden Bonusprogramm ist jeweils der 31. Dezember des Jahres. Anmeldungen, die nach dem 31. Dezember des Jahres eingehen, können erst für das folgende Bonusjahr berücksichtigt werden. Bonusjahr ist das jeweilige Kalenderjahr.

Alle Gesundheitsaktivitäten sind im jeweiligen Bonusjahr durchzuführen. Außerhalb des Zeitraumes können keine Maßnahmen berücksichtigt werden.

Diese Gesundheitsaktivitäten werden im Bonusheft mit Datum der Inanspruchnahme, Stempel und Unterschrift durch den Leistungserbringer bestätigt. Sollte dies nicht möglich sein, wird ein entsprechender Nachweis in Kopie beigelegt.

Das Bonusheft muss bis zum 31. März des Folgejahres eingereicht werden, da der erzielte Bonus sonst verfällt.

Der Basisbonus ist erfüllt, wenn mindestens zwei der genannten Gesundheitsbausteine nachgewiesen sind. Im Zusatzbonus können bis zu fünf Gesundheitsbausteine erfüllt werden.

Ein Zusatzbonus wird nur anerkannt, wenn der Basisbonus erfüllt ist.

Liste der möglichen Gesundheitsleistungen bei Wahl Bonuskonto

Alternative Heilmethoden	Neuraltherapie	Fitnessstudio/Sportverein	Malaria-Prophylaxe
Akupunktur außerhalb der gesetzlichen Leistungen	Osteopathie	Startgeld für öffentliche Sportveranstaltungen, bei denen eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht	Massagen außerhalb der gesetzlichen Leistungen
Alternative Krebstherapie	Phototherapie		Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung
Anthroposophische Medizin	Phytotherapie	Sehtest	MRSA-Dekolonisation
Atemtherapie	Progressive Muskelentspannung	Wearables	Osteoporose Untersuchung (Knochendichte-Messung)
Autogenes Training	QiGong	Gesundheit:	Podologische Fußpflege außerhalb der gesetzlichen Leistung
Ayurveda	Reflexzonenmassage	Ambulante Kuren im Ausland	PSA-Wert-Messung
Bachblütentherapie	Shiatsu	Ärztliches Gesundheitsattest	Rezeptfreie Arzneimittel
Balneotherapie	Tanztherapie	Biofeedback-Therapie bei Migräne	Stoßwellentherapie
Chelattherapie	Traditionelle Chinesische Medizin	Blutzuckerstreifen	Ultraschalluntersuchung
Chiropraktik	Yoga / Meditation	Brillen und Kontaktlinsen	Vitamin D-Bestimmung
Dorntherapie	Zahnbehandlung bei Ihrem Zahnarzt:	Gewichtsreduktion außerhalb § 20 SGB V (nachgewiesene Teilnahme an gewichtsreduzierenden Maßnahmen)	Leistungen für Schwangere und Familien:
Eigenbluttherapie	Bleaching	Glaukomuntersuchung, Gesichtsfeldmessung	Baby-Wassergymnastik
Eigenharntherapie	Implantate	Hilfsmittel außerhalb der gesetzlichen Leistungen	Babymassage
Elektrotherapie	Kunststofffüllungen	Hyaluronsäure-Injektion bei Kniearthrose	Erste-Hilfe-Kurs am Kind
Eutonie	Professionelle Zahnreinigung	Hyperbare Sauerstofftherapie beim Hörsturz	Kinderturnen
Feldenkrais	Zuzahlungen für Versicherungen außerhalb der Regelversorgung	Kombinierte Balneo-Phototherapie	Kindertanzen
Heileurythmie	Sport und Prävention:	Laser-Behandlung	Nabelschnurblut
Heliotherapie	Erste-Hilfe-Kurs	M2-PK Stuhltest zur Darmkrebsfrüherkennung	PEKIP
Heilpraktiker (alle Verfahren nach Hufeland-Verzeichnis)	Fahrsicherheits-Training		Sonstige Kinder-Fitnesskurse außerhalb § 20 SGB V
Hydrotherapie	Fitness- und Präventionskurse		Zuckerbelastungstest als Vorsorge
Irisdiagnostik	Fitnessstracker		
Kyrotherapie	Mitgliedschaftsgebühr		
Magnetfeldtherapie			
Misteltherapie			

DIE BKK RWE-PFLEGEVERSICHERUNG

Alle Mitglieder der BKK RWE sind automatisch auch pflegeversichert. Die Leistungen unserer Pflegekasse (Beitragsatz 2,55 Prozent, für Kinderlose 2,8 Prozent) sichern Sie ab gegen die erheblichen finanziellen Risiken im Falle der Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung „für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“. Um der unterschiedlichen Schwere der Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden, wird sie in Pflegegrade eingeteilt.

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss sowohl bei häuslicher als auch bei vollstationärer Pflege eine Vorversicherungszeit von zwei Jahren innerhalb der letzten 10 Jahre erfüllt sein.

Pflegegrade

Die Leistungen der Pflegeversicherung bemessen sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Welcher Pflegegrad vorliegt, richtet sich nach dem Maß der Selbstständigkeit. Dazu werden sechs verschiedenen Lebensbereiche mit Punkten bewertet und unterschiedlich gewichtet:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die entsprechende Beurteilung wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorgenommen. Dazu begutachten die Ärzte bzw. Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Pflegebedürftigkeit des Versicherten in seinem Wohnumfeld. Danach erfolgt eine Einstufung in einen Pflegegrad, bei dem körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen berücksichtigt werden.

Häusliche Pflege – Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige können grundsätzlich selbst entscheiden, ob sie Pflegesachleistungen (Pflegeeinsätze professioneller Pflegedienste, die von der Pflegekasse direkt bezahlt werden) oder die Geldleistung („Pflegegeld“, das den Pflegebedürftigen von der Pflegekasse ausgezahlt wird) in Anspruch nehmen möchten. Der Umfang der Leistungen richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad (siehe Tabelle S.24).

Pflegebedürftige können auch die sogenannte Kombinationsleistung wählen, d.h. wenn die Sachleistung nur teilweise in Anspruch genommen wurde, wird daneben ein anteiliges Pflegegeld gezahlt.

Vollstationäre Pflege

Unsere Pflegekasse übernimmt auch die Kosten für Leistungen bei vollstationärer Pflege, also in den Fällen, in denen Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 auf Dauer in einem Pflegeheim betreut werden, mit dem unsere Pflegekasse einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Voraussetzung ist, dass eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder nicht in Betracht kommt, etwa weil keine Pflegeperson vorhanden ist oder der Umfang der Pflege eine stationäre Pflege erfordert.

- Welche Kosten übernommen werden

Leistungen der vollstationären Pflege (pflegebedingte Aufwendungen, medizinische Behandlungspflege und Betreuung) übernehmen wir je nach Pflegegrad bis zu einem monatlichen Höchstbetrag von 2.005 Euro.

Umfang der monatlichen Leistungen

Pflegegrad 2: 770 Euro

Pflegegrad 3: 1.262 Euro

Pflegegrad 4: 1.775 Euro

Pflegegrad 5: 2.005 Euro



MIT DEM THEMA PFLEGE LASSEN WIR SIE
NICHT IM REGEN STEHEN.

Teilstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen in der häuslichen Pflege auch mit Leistungen der Tages- und Nachtpflege kombinieren. Darunter versteht man die zeitweise Betreuung in einer Einrichtung. Die Tagespflege bietet sich z. B. an für Pflegebedürftige, deren Pflegepersonen tagsüber berufstätig sind.

Die BKK RWE übernimmt bei der teilstationären Pflege die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Unterkunft- und Verpflegungskosten müssen privat getragen werden. In bestimmten Fällen können die Eigenanteile aber erstattet werden. Hierfür kann der Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro verwendet werden.

Leistungen	Pflegegrade	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Häusliche Pflege Pflegesachleistungen		Anspruch nur über Entlastungsbetrag	689	1.298	1.612	1.995
Häusliche Pflege Pflegegeld		-	316	545	728	901
Pflegevertretung durch nahe Angehörige Aufwendungen bis 6 Wochen im Kalenderjahr		-	474	817,50	1.092	1.351,50
Pflegevertretung erwerbsmäßig Aufwendungen bis 6 Wochen im Kalenderjahr		-	1.612	1.612	1.612	1.612
Kurzzeitpflege Aufwendungen bis 8 Wochen im Kalenderjahr		Anspruch nur über Entlastungsbetrag	1.612	1.612	1.612	1.612
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege		Anspruch nur über Entlastungsbetrag	689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag		125	125	125	125	125
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen		214	214	214	214	214
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen		2.500	2.500	2.500	2.500	2.500
Vollstationäre Pflege		125	770	1.262	1.775	2.005
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen		-	266	266	266	266
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel		40	40	40	40	40
Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes Aufwendungen in Höhe von bis zu		4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
Umwandlungsanspruch Übertragung des ambulanten Sachleistungsbetrages (40 von Hundert) auf Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag		-	275,60	519,20	644,80	798

Die Leistung umfasst auch die notwendige Beförderung. Meistens werden die Pflegebedürftigen morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht. Erkundigen Sie sich, ob die Einrichtung, die für Sie in Frage kommt, einen Fahrservice anbietet.

Für die direkte Abrechnung mit der Pflegekasse gelten folgende monatlichen Beträge:

Pflegegrad 2: 689 Euro
 Pflegegrad 3: 1.298 Euro
 Pflegegrad 4: 1.612 Euro
 Pflegegrad 5: 1.995 Euro

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können ausschließlich den Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich für die teilstationäre Pflege verwenden. Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 können die Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationspflege in Anspruch nehmen.

Bei der Suche nach einem geeigneten Pflegedienst unterstützt Sie der BKK PflegeFinder im Online-Pflegeportal www.bkkrwe.de.

Entlastungsbetrag

Unabhängig vom jeweiligen Pflegegrad haben Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, Anspruch auf einen monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro.

Grundsätzlich ist der Entlastungsbetrag zweckgebunden und kann verwendet werden für Tages- oder Nachtpflege; Kurzzeitpflege; Leistungen der ambulanten Pflegedienste, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (Grundpflege); Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Demenzcafés).

Der Anspruch auf den monatlichen Entlastungsbetrag entsteht jeden Monat neu. Nicht verbrauchte Beträge können in den Folgemonaten abgerufen werden. Die im Laufe eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommenen Beträge können bis zum 30.06. des Folgejahres genutzt werden.

Pflegebedürftige, die im Zeitraum vom 1.1.2015 bis 31.12.2016 Anspruch auf den Entlastungsbetrag hatten, diese Leistung in diesem Zeitraum aber nicht vollständig ausgeschöpft haben, können diese nicht verwendeten Leistungsbeiträge noch bis zum 31.12.2018 übertragen lassen. Mit dieser Regelung können Pflegebedürftige, die in diesem Zeitraum entsprechende Leistungen in Anspruch genommen und selbst bezahlt haben, bis spätestens 31.1.2018 gegen Vorlage entsprechender Belege eine Kostenerstattung bis zur Höhe des nicht ausgeschöpften Entlastungsbetrages beantragen. Diese Regelung gilt aber ausschließlich für Leistungsansprüche vom 1.1.2015 bis 31.12.2016. Leistungsansprüche von 2017 können nur bis zum 30.6.2018 übertragen werden.

Verhinderungspflege

Ist die Pflegeperson durch Urlaub, Krankheit oder Ähnliches verhindert, übernimmt unsere Pflegekasse für Versicherte in den Pflegegraden 2 bis 5 die Kosten für eine notwendige Ersatzpflege. Eine Ersatzpflege ist bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr möglich. Unsere Pflegeversicherung übernimmt dafür Kosten bis zu 1.612 Euro.

Außerdem können bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege (also bis zu 806 Euro) zusätzlich auf die Verhinderungspflege übertragen werden. Damit steht im Rahmen der Verhinderungspflege ein maximaler Leistungsbetrag von 2.418 Euro für eine Dauer von höchstens 6 Wochen je Kalenderjahr zur Verfügung. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird entsprechend auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet.

Alternativ kann die Ersatzpflege bei stundenweiser Verhinderung der Pflegeperson (Abwesenheit von weniger als 8 Stunden am Tag) genutzt werden. Übernehmen nahe Angehörige (nahe Angehörige sind bis zum zweiten Grade mit dem Pflegebedürftigen verwandte oder verschwägerte Angehörige) die Ersatzpflege, sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes (Höhe abhängig vom Pflegegrad) beschränkt. Aufwendungen wie Fahrkosten oder Verdienstausfall können ergänzend bis zum maximalen Leistungsanspruch von insgesamt 1.612 Euro erstattet werden.

Um die Leistung in Anspruch nehmen zu können, muss der Pflegebedürftige vor der erstmaligen Verhinderung seiner Pflegeperson mindestens sechs Monate lang häuslich gepflegt worden sein. Diese Wartezeit ist in der Regel auch dann erfüllt, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben.

Kurzzeitpflege

Manchmal kann die häusliche Pflege noch nicht, zeitweise nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden. Reicht dann auch die teilstationäre Pflege nicht aus, kann die Pflegekasse für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 die Kosten für die zeitweise vollstationäre Pflege in einer dafür zugelassenen Einrichtung übernehmen.

Dies gilt:

für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung (Krankenhausaufenthalt) des Pflegebedürftigen; bei Krankheit, Urlaub oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, wenn diese Zeit nicht mit Verhinderungspflege überbrückt werden kann; bei einer kurzfristigen erheblichen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit; in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse der BKK RWE übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 Euro pro Kalenderjahr.

Auch nicht verbrauchte Leistungsbeträge der Verhinderungspflege können für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Hierdurch wird der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege maximal verdoppelt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege angerechnet.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege. Sie können aber den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro dafür verwenden.

Pflegehilfsmittel

Für die Pflege im häuslichen Umfeld werden oftmals bestimmte Hilfsmittel benötigt - Pflegebett, Rollstuhl, Gehhilfen und anderes. Pflegebedürftige können solche Pflegehilfsmittel bei ihrer Pflegekasse beantragen, um damit ihre Pflege zu erleichtern, ihre Beschwerden zu lindern oder zu einer selbständigeren Lebensführung beitragen. Wenn die Gutachterin bzw. der Gutachter des MDK Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel konkret empfiehlt, muss ab sofort kein separater Antrag mehr gestellt werden. Die entsprechenden Empfehlungen werden direkt im Gutachten festgehalten und damit automatisch an die Kranken- bzw. Pflegekasse weitergeleitet. Hat die oder der Betroffene eingewilligt, ist der Antrag damit gestellt – in der Regel erfolgt dann auch keine weitere Prüfung mehr durch die Kasse.

Pflegebedürftige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu den Kosten der Pflegehilfsmittel eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel.

Bei sogenannten Verbrauchsartikeln - dazu zählen etwa Einmalbettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel - übernimmt die Pflegekasse der BKK RWE die Kosten in Höhe von bis zu 40 Euro im Monat. Eine Zuzahlungspflicht bei Verbrauchsartikeln besteht nicht.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Wenn ein Pflegebedürftiger zu Hause gepflegt und betreut wird, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen individuell anzupassen, z. B. durch bauliche Maßnahmen. Denn die meisten Wohnungen sind nicht auf die Pflege von pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet, die Türen können beispielsweise für einen Rollstuhl zu schmal sein, und auch die Dusche kann aufgrund ihrer hohen Einstiegshöhe nicht mehr alltagstauglich bzw. nicht behinderten- oder altersgerecht sein.

Damit Pflegebedürftige trotzdem weiter in ihrer Wohnung leben können, kann die BKK RWE-Pflegekasse unabhängig von dem jeweiligen Pflegegrad unter bestimmten Voraussetzungen Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes mit bis zu 4.000 Euro bezuschussen.

Leben mehrere Anspruchsberechtigte in einer gemeinsamen Wohnung, kann der Zuschuss für dieselbe Maßnahme für jeden Pflegebedürftigen maximal 4.000 Euro betragen. Der Gesamtzuschuss je Maßnahme ist auf 16.000 Euro begrenzt und wird gleichmäßig aufgeteilt.

Ambulant betreute Wohngruppen

Neue Wohnformen, u.a. Senioren-Wohngemeinschaften sowie Pflege-Wohn-Gemeinschaften, bieten die Möglichkeit, zusammen mit anderen Menschen in derselben Lebenssituation zu leben und Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Die monatliche Pauschale hierfür beträgt 214 Euro. Die Zahlung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Bei Bedarf sprechen Sie uns gerne an. Pflegebedürftige können bei Gründung einer Wohngruppe außerdem eine Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 2.500 Euro erhalten. Wird eine Wohngruppe gegründet, kann der Leistungsbetrag neben der Leistung für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen abgerufen werden. Insgesamt ist die Anschubfinanzierung auf 10.000 Euro je Wohngruppe begrenzt.

Soziale Absicherung der pflegenden Personen

Die BKK RWE übernimmt die Beiträge zur Rentenversicherung, wenn mindestens Pflegegrad 2 vorliegt und die Pflegeperson regelmäßig eine Person mindestens 10 Stunden pro Woche - verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage - pflegt. Die Pflegeperson darf jedoch nicht regelmäßig mehr als 30 Stunden erwerbstätig sein. Dies gilt auch für Pflegepersonen, die regelmäßig mehrere Pflegebedürftige mindestens 10 Stunden pro Woche - verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage - pflegen.

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der Leistungen, die der Pflegebedürftige erhält. Ausführliche Informationen zu diesem Thema gibt es bei der Deutschen Rentenversicherung.

Wenn die pflegerische Tätigkeit mindestens 10 Stunden in der Woche an mindestens 2 Tagen durchgeführt wird, ist die Pflegeperson darüber hinaus unfallversichert. Dies gilt auch für Pflegepersonen, die regelmäßig mehrere Pflegebedürftige versorgen.

Unfallversichert sind Pflegepersonen bei allen Tätigkeiten, die mit der Pflgetätigkeit zu tun haben, wie

z. B. auf den Fahrten zum Supermarkt, um für ihren Angehörigen einzukaufen; bei der tatsächlichen Grundpflege, wenn sie zum Beispiel Ihren Angehörigen umziehen und dabei ausrutschen; in der Wohnung des Pflegebedürftigen, auch bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie kochen oder putzen.

Der Arzt, der nach einem Unfall hinzugezogen wird, übernimmt die Meldung beim zuständigen Unfallversicherungsträger. Eine vorherige Anmeldung bei der Unfallkasse ist nicht erforderlich, und Beiträge müssen im Rahmen einer solchen Pflgetätigkeit auch nicht gezahlt werden.

Seit 2017 werden Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung versichert, wenn sie unmittelbar vor der Pflgetätigkeit versicherungspflichtig beschäftigt waren oder Anspruch auf Arbeitslosengeld hatten: Für Pflegepersonen, die sich um eine pflegebedürftige Person mit mindestens Pflegegrad 2 kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pflgetätigkeit. Weitere Voraussetzung ist auch hier, dass die Pflegeperson einen oder mehrere Pflegebedürftige wenigstens 10 Stunden wöchentlich pflegt, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage in der Woche.

Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflgetätigkeit nicht gelingt.

Pflegeunterstützungsgeld

Wenn ein Angehöriger unerwartet zum Pflegefall wird, tritt oft eine schwierige Situation ein, in der schnell eine Menge organisiert werden muss. Dafür haben Beschäftigte Anspruch auf eine bezahlte Auszeit von bis zu 10 Arbeitstagen. In einer akut auftretenden Pflegesituation kann so eine bedarfsgerechte Pflege organisiert oder eine pflegerische Versorgung sichergestellt werden. Der Pflegenden kann während dieser Zeit eine Lohnersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen: das Pflegeunterstützungsgeld. Dieses kann bis zu 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts betragen.

Pflegezeit

Für die Dauer von bis zu 6 Monaten kann ein Arbeitnehmer Pflegezeit in Anspruch nehmen und sich vollständig oder teilweise von der Arbeit freistellen lassen. Dieser Anspruch auf Freistellung besteht in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten.

In dieser Pflegezeit wird die Beitragszahlung zur Rentenversicherung von der Pflegekasse übernommen, wenn die Pflegeperson mindestens 10 Stunden in der Woche pflegt. Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, wenn der Pflegenden sich familienversichern kann. Sollte keine Familienversicherung möglich sein, muss sich der pflegende Angehörige freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und entrichtet dafür den Mindestbeitrag. Die Krankenversicherung führt automatisch auch zur Absicherung in der Pflegeversicherung. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bleibt erhalten. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse übernommen.

Familienpflegezeit

Wenn nahe Angehörige längere Zeit pflegebedürftig sind, wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für viele Familien zur Herausforderung. Dafür wurde die Familienpflegezeit eingeführt: In Unternehmen mit mindestens 25 Arbeitnehmern besteht ein Rechtsanspruch auf teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten sowie auf ein zinsloses Darlehen. Damit können Angehörige maximal 2 Jahre ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduzieren, um die Menschen zu pflegen, die ihnen nahe stehen. In dieser Zeit erhalten sie 75 Prozent ihres bisherigen Bruttolohns. Kranken- und Pflegeversicherung bestehen in dieser Zeit fort. Nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz erhält der Beschäftigte dann weiterhin so lange 75 Prozent seines Bruttolohns, bis der „Pflegevorschuss“ zurückbezahlt ist.

Um den Verdienstaufschlag während der (Familien-) Pflegezeit abzufedern, können Beschäftigte beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) ein zinsloses Darlehen beantragen, das in monatlichen Raten ausgezahlt wird.

Nach Ende der Familienpflegezeit wird dieses Darlehen dann ebenfalls in Raten wieder zurückgezahlt. Für die Dauer der Familienpflegezeit besteht ein Kündigungsschutz.

Darüber hinaus können Beschäftigte eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung bis zu 3 Monaten für die Begleitung eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase beanspruchen. Weitere Informationen dazu gibt es beim Bundesministerium für Familie.

Pflegeberatung und Pflegekurse

Einen Angehörigen zu Hause zu pflegen, ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe und nicht immer einfach. Die Pflegekasse der BKK RWE bietet daher allen Versicherten und ihren Angehörigen eine qualifizierte und umfassende Pflegeberatung an, wenn ein individueller Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

Erheblich erleichtert wird die tägliche Pflege auch durch das nötige Grundwissen und spezielle Techniken. Die Pflegekasse der BKK RWE fördert daher für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen die Teilnahme an einer individuellen Schulung, die bei Ihnen zu Hause durchgeführt wird. Damit soll die häusliche Pflege gestärkt und das ehrenamtliche Engagement von Pflegekräften unterstützt werden. Geschulte Fachkräfte vermitteln hier Basiswissen für jeden Tag, z. B. richtiges Heben und Tragen, hilfreiche Pflegehandgriffe, Tipps zur Gesundheit, Tipps zur Hygiene.

Die Pflegekurse der BKK RWE sind für Sie kostenlos. Die Kurse dauern in der Regel zwischen 8 und 12 Abende oder ein Wochenende. Eine individuelle Schulung für Angehörige bieten wir auch speziell für den Personenkreis der demenzerkrankten Menschen an. Setzen Sie sich einfach mit uns in Verbindung, unsere Ansprechpartner beraten Sie gern.

Weitere Unterstützung finden unsere Versicherten kostenlos im Online-PflegeCoach „Stark für die Pflege“. Die Alternative zum Pflegekurs zu Hause für demenzerkrankte Menschen ist der Online-Pflegekurs „Alzheimer & Demenz“. Beide Online-Angebote können über die BKK RWE-Homepage www.bkkrwe.de im Pflegeportal aufgerufen werden.

BEITRÄGE

Ab 2015 hat der Gesetzgeber die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen neu geregelt und neben den gesetzlichen Beitragssätzen einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag eingeführt, der von jeder Krankenkasse individuell festgelegt wird.

Bundeseinheitliche Beitragssätze

Für alle Krankenkassen gelten auch im Jahr 2017 die folgenden Beitragssätze:

Allgemeiner Beitragssatz 14,6 Prozent

Ermäßigter Beitragssatz 14,0 Prozent

Der ermäßigte Beitragssatz gilt grundsätzlich für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit. Das Sozialgesetzbuch sieht für bestimmte Personengruppen hiervon abweichende Regelungen vor. So gilt z. B. für die Beitragsberechnungen aus Versorgungsbezügen und gesetzlichen Renten der allgemeine Beitragssatz.

An der Tragung der bundeseinheitlichen Beitragssätze beteiligen sich Arbeitgeber und die Deutsche Rentenversicherung (für Rentenbezieher) grundsätzlich zur Hälfte.

Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Für die Mitglieder der BKK RWE gilt ab 01.01.2017 ein Zusatzbeitragssatz in Höhe von 1,3 Prozent. Der Zusatzbeitrag ist vom Mitglied allein zu tragen.

MITGLIED BEI DER BKK RWE WERDEN UND BLEIBEN

WIR SIND IMMER FÜR SIE DA!

Die BKK RWE ist eine betriebsbezogene Krankenkasse. Das bedeutet, dass wir – ganz exklusiv – nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Trägerunternehmen als Mitglieder aufnehmen. Aber auch Ehepartner, Familienangehörige und Rentner können sich unter bestimmten Voraussetzungen bei uns versichern. Und außerdem gilt: Wenn Sie einmal bei der BKK RWE versichert sind, können Sie bei uns bleiben – wenn Sie möchten, ein Leben lang. Denn wir sind immer für Sie da!

Werden auch Sie Mitglied der BKK RWE

Sie sind Arbeitnehmer in einem unserer Trägerunternehmen? Dann können Sie selbstverständlich Mitglied der BKK RWE werden. Zu den Trägerunternehmen der BKK RWE gehören folgende Gesellschaften (Stand 01.01.2017):

Amprion GmbH, Bayerische Elektrizitätswerke GmbH, DEA Deutsche Erdoel AG, innogy Consulting, innogy Gas Storage NWE GmbH, innogy Gastronomie GmbH, innogy Metering GmbH, innogy SE, iSwitch GmbH, Kernkraftwerke Lippe-Ems GmbH, Lechwerke AG, LEW Netzservice GmbH (LNS), LEW Service & Consulting GmbH (LSC), LEW Verteilnetz GmbH (LVN), RWE AG, RWE Fuel Cells GmbH (Bereich EZ-D), RWE Generation SE, RWE Group Business Services GmbH (GBS), RWE IT GmbH, RWE Power AG, RWE Service GmbH, RWE Supply & Trading GmbH, RWE Technology International GmbH, SAG GmbH, Süwag Energie AG, Süwag Grüne Energien und Wasser GmbH, Süwag Netzservice GmbH, Süwag Vertrieb AG & Co KG, Syna GmbH, Thyssengas GmbH, Westnetz GmbH.

Die Wirtschaft ist ständig im Wandel – und damit auch unsere Trägerunternehmen. Die aktuelle Liste unserer Trägerunternehmen finden Sie unter www.bkkrwe.de – Trägerunternehmen. Oder rufen Sie uns einfach an!

Außerdem können bei uns Mitglied werden:

- BezieherInnen einer gesetzlichen Rente, wenn sie früher einmal in einem Trägerunternehmen der BKK RWE beschäftigt waren

- Ehepartner der BKK RWE-Mitglieder, die selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind (z. B. als Arbeitnehmer, Rentner oder Arbeitslose)

- Ehepartner oder Kinder der BKK RWE-Mitglieder, die bei der BKK RWE familienversichert sind und eine Beschäftigung aufnehmen oder anderweitig versicherungspflichtig werden (z. B. als StudentIn)

Einmal Mitglied, immer Mitglied

Wer einmal Mitglied der BKK RWE ist, kann dies grundsätzlich ein Leben lang bleiben. Das gilt z. B. auch dann, wenn ein BKK RWE-Mitglied den Arbeitgeber wechselt, in Elternzeit geht, arbeitslos wird, in den wohlverdienten (Vor-) Ruhestand geht oder sich selbstständig macht.

EINE FAMILIE – EINE BKK RWE-VERSICHERUNG

Familienangehörige eines Mitglieds können sich bei uns unter bestimmten Voraussetzungen kostenfrei familienversichern. Auch nicht-berufstätige Ehepartner und Kinder genießen so den umfassenden Gesundheitsschutz der BKK RWE. Auch für Familienversicherte gilt das Bleiberecht: Wenn sie irgendwann in ein eigenes Arbeitsverhältnis starten, eine Berufsausbildung beginnen oder ein Studium anfangen, können Sie BKK RWE-Mitglied werden.

- Beitragsfrei mitversichert sind der Ehepartner oder der gleichgeschlechtliche eingetragene Lebenspartner und die Kinder eines Mitglieds. Voraussetzung für die Versicherung der Familienangehörigen ist jedoch, dass sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und nicht anderweitig versicherungspflichtig, versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind. Die Familienversicherung ist jedoch vorrangig gegenüber einer Versicherungspflicht als Student oder Praktikant. Das Gesamteinkommen des Familienmitglieds darf im Monat 425 Euro nicht übersteigen (gültig für 2017), bei geringfügiger Beschäftigung liegt diese Grenze bei 450 Euro.



HIER KÖNNEN SIE OHNE RISIKO
UNTERSCHREIBEN.

- Wer hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist oder versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht auf Antrag befreit ist, kann nicht beitragsfrei mitversichert werden. Dies gilt auch für Ehe- und Lebenspartner während des Mutterschutzes bzw. der Elternzeit, wenn vorher keine gesetzliche Krankenversicherung bestanden hat.

- Kinder sind grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert. Wenn Kinder nicht erwerbstätig sind, endet für sie die Familienversicherung mit der Vollendung des 23. Lebensjahres. Sie endet mit Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung befindet.

- Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Ausübung bestimmter Freiwilligendienste des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung über das 25. Lebensjahr hinaus für den entsprechenden Zeitraum.

- Ohne Altersgrenze sind Kinder mitversichert, wenn sie infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, dass die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem eine Familienversicherung bestanden hat.

- Als Kinder gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder.

Kinder sind nicht beitragsfrei versichert, wenn nur ein Elternteil Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, der andere mit den Kindern verwandte Elternteil und Ehegatte des Mitglieds aber mit seinem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt und sein Gesamteinkommen regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds.

IHR WECHSEL ZUR BKK RWE

So einfach ist der Wechsel zur BKK RWE

- 1) Kündigen Sie Ihre alte Krankenkasse und warten Sie die Kündigungsbestätigung ab.
- 2) Füllen Sie die Anmeldung zur BKK RWE aus.
- 3) Senden Sie die Anmeldung zusammen mit der Kündigungsbestätigung an die BKK RWE.
- 4) Sie erhalten von uns eine schriftliche Bestätigung der BKK RWE-Mitgliedschaft.
- 5) Ist ein Dritter (z. B. Ihr Arbeitgeber) zur Abgabe einer Meldung verpflichtet, senden wir zusätzlich eine Mitgliedsbescheinigung direkt dorthin.

Kündigungsfrist

Wenn Sie zurzeit Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und zum beitragsberechtigten Personenkreis der BKK RWE gehören (siehe *Werden auch Sie Mitglied*), können Sie Ihre aktuelle Mitgliedschaft jederzeit mit einer Frist von zwei vollen Kalendermonaten kündigen.

Die Kündigungsfrist ist grundsätzlich auch einzuhalten, wenn Sie eine neue Beschäftigung aufnehmen (Arbeitgeberwechsel).

Waren Sie zuletzt nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, können Sie die BKK RWE ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist als neue Krankenkasse wählen. Das gilt z. B. für Auszubildende, die vor Beginn ihrer Berufsausbildung über einen Elternteil familienversichert waren.

Bindungsfrist

Jede getroffene Wahlentscheidung löst eine Bindungsfrist von 18 Monaten an die gewählte Krankenkasse aus. Vor Ablauf der Bindungsfrist können Sie grundsätzlich kein erneutes Wahlrecht ausüben. Ausnahme: Bei Unterbrechung einer Mitgliedschaft für mindestens einen Kalendertag besteht auch während einer noch nicht abgelaufenen Bindungsfrist ein neues Wahlrecht mit Beginn eines neuen Versicherungstatbestandes.

Sonderkündigungsrecht

Ohne Einhaltung der Bindungsfrist haben Sie ein Sonderkündigungsrecht, wenn Ihre Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder den Zusatzbeitragssatz erhöht. Sie können die Kündigung Ihrer Mitgliedschaft in diesem Fall bis zum Ablauf des Monats erklären, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Auch hier gilt die Kündigungsfrist von zwei vollen Kalendermonaten.

Wahltarife

Nehmen Sie einen Wahltarif in Anspruch, können sich für Sie hierdurch Auswirkungen auf den Zeitpunkt eines möglichen Krankenkassenwechsels ergeben. Bitte beachten Sie die Informationen Ihrer bisherigen Krankenkasse, ob mit dem Wahltarif besondere Bindungsfristen oder Einschränkungen des Sonderkündigungsrechts verbunden sind.

Mitgliedsbescheinigung

Wenn Sie eine neue Beschäftigung aufnehmen, benötigt Ihr Arbeitgeber von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Beschäftigungsaufnahme eine Mitgliedsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse.

Wechseln Sie während einer laufenden Beschäftigung die Krankenkasse, müssen Sie Ihrem Arbeitgeber bis zum Ablauf der Kündigungsfrist die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse durch Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung nachweisen. Die Kündigung gegenüber der abgewählten Krankenkasse wird erst dadurch rechtswirksam. Ihr Arbeitgeber erhält die Mitgliedsbescheinigung direkt von uns.

Kündigungsbestätigung

Die abgewählte Krankenkasse muss Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung ausstellen. Bitte übersenden Sie uns diese zusammen mit Ihrer BKK RWE-Anmeldung.

Eine Kündigungsbestätigung ist nicht nötig, wenn Sie zuletzt nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse waren.

Laufende Leistungen

Wechseln Sie während einer laufenden Leistung (z. B. kieferorthopädische Behandlung) die gesetzliche Krankenkasse, übernimmt die BKK RWE die Kosten dieser Behandlung lückenlos weiter. Bei einem Wechsel aus der PKV sprechen Sie uns bitte vorher an.

Neue Mitglieder für die BKK RWE werben lohnt sich!

Sie sind überzeugt von unseren Leistungen und unserem Service? Dann lassen Sie sich doch einfach werben. Oder Sie empfehlen uns weiter! Jeder, der ein neues BKK RWE-Mitglied wirbt, kann sich über eine attraktive Prämie freuen – zwei Xtra-Lose der Aktion Mensch mit Gewinnchancen bis zu 1.000.000 Euro oder eine Prämie von 25 Euro in bar. Unter www.bkkewe.de/Mitgliedergewinnung können Sie uns ganz einfach weiterempfehlen.

Noch Fragen? Rufen Sie uns einfach an!
Wir beraten Sie gern.

WIR SIND FÜR SIE DA: DAS SERVICETEAM DER BKK RWE

Bei unserem Serviceteam liegen Sie mit jedem Anruf richtig.

Unsere erfahrenen Fachleute kümmern sich exklusiv um Sie, egal ob Sie Fragen zu Ihrer Mitgliedschaft, Ihren Beitragszahlungen oder zu Leistungsangelegenheiten haben.

Das Serviceteam der BKK RWE ist für Sie erreichbar und kümmert sich gerne um Ihre Fragen, Wünsche und Anliegen:

Mo. - Do. 7:30 - 16:30
Fr. 7:30 - 15:30

Sie haben die Wahl zwischen verschiedenen Telefonnummern:

05141 / 94 66 - 400
Leistungen der Kranken-
und Pflegeversicherung

05141 / 94 66 - 300
Mitgliedschaft, Beiträge,
Sonstiges

Unsere Service-Nummer
0800 / 80 100 40
(kostenfrei)

Hauptverwaltung Celle
Faxnummer:
05141 / 94 66 - 599



Anke Kallmeyer



Marc Kneisel



Alexander Leske



Alexander Prohaska



Andrea Gentemann



Judith Schröder



0231 / 13 85 09 30
Beschwerdemanagement
Melanie Schley
m.schley@bkkrwe.de



EMPFEHLEN SIE UNS WEITER UND
NUTZEN SIE IHRE VORTEILE DOPPELT!

Zentrale Postanschrift:

BKK RWE
29217 Celle

Service-Nummer:

0800 / 80 100 40

kostenfrei

E info@bkkewe.de

I www.bkkewe.de

Änderungen vorbehalten

Unsere Öffnungszeiten:

Mo. - Do. 7:30 - 16:30

Fr. 7:30 - 15:30

BKK RWE Hauptverwaltung

Welfenallee 32
29225 Celle

Geschäftsstelle Bergheim

Humboldtstr. 4 - 6
50126 Bergheim

Geschäftsstelle Dortmund

Lindemannstr. 77
44137 Dortmund

Geschäftsstelle Trier

Eurener Str. 33
54294 Trier

