



**RWE**

# **Betriebskrankenkasse RWE SATZUNG**

**Stand:  
79. Satzungsantrag vom 26.11.2020**

## Übersicht zur Satzung

Inhalt der Satzung	Seite
Präambel	4
Artikel I	5
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse	5
§ 2 Verwaltungsrat	7
§ 3 Vorstand	10
§ 4 Widerspruchsausschuss	11
§ 5 Kreis der versicherten Personen	12
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft	13
§ 7 Aufbringung der Mittel	14
§ 8 Bemessung der Beiträge	14
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	14
§ 10 Fälligkeit der Beiträge	14
§ 10b Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG	15
§ 11 Höhe der Rücklage	15
§ 12 Leistungen	16
§ 12a Zusätzliche Leistungen	17
§ 12b Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten	24
§ 12c Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	26
§ 12d Persönliche elektronische Gesundheitsakte	26
§ 13 Kostenerstattung	27
§ 13a Kostenerstattung Wahlarzneimittel	29
§ 14 Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit	30
§ 15 Primärprävention	30
§ 16 Schutzimpfungen	31
§ 16a Medizinische Vorsorgeleistungen	32

§ 16b	Leistungsausschluss	32
§ 16c	Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung	32
§ 16d	Wahltarif besondere Versorgung	34
§ 16e	Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme	34
§16g	Wahltarife Krankengeld	35
§ 17	Kooperation mit der PKV	41
§ 18	Aufsicht	41
§ 19	Mitgliedschaft zum Landesverband	41
§ 20	Bekanntmachungen	41
Artikel II		42
Inkrafttreten		42
Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung		43
Anlage zu § 12b der Satzung der Betriebskrankenkasse RWE		45

## **Präambel**

Die BKK RWE ist die Krankenkasse für Familie und Betrieb. Sie ist der aktive Partner ihrer Versicherten bei der Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie der Behandlung von Krankheiten und Beeinträchtigungen. Ihr Handeln richtet sich nach dem Bedarf und den Interessen ihrer Versicherten auf der Grundlage von Gesetz und Satzung.

Die BKK RWE fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Versicherten am Arbeitsplatz und in der Lebenswelt. Sie trägt damit zur Gestaltung einer gesundheitsgerechten Umwelt bei. Sie fühlt sich der präventiven Erhaltung der Gesundheit ihrer Versicherten verpflichtet.

Die BKK RWE wird jetzt und in Zukunft ein hohes Maß an Qualität bei ihren Leistungen erbringen. Sie geht verantwortlich mit den Beiträgen ihrer Versicherten und Arbeitgebern um und arbeitet nach wirtschaftlichen Grundsätzen.

Die BKK RWE ist der natürliche Partner der Unternehmen in allen Fragen der Sozialversicherung und Gesundheitsförderung. Ihr Betriebs-Service dokumentiert die enge Verbindung zu den Unternehmen.

Die BKK RWE pflegt die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Versicherten, Arbeitgebern und Vertragspartnern. Sie fördert Eigeninitiative, Kreativität und berufliches Weiterkommen Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ermöglicht eine schöpferische Kooperation.

Unsere Versicherten, die Unternehmen und die Vertragspartner sollen unser Handeln an den obengenannten Grundsätzen messen. Für die BKK RWE bedeuten diese Verpflichtungen Anstrengungen ständiger Innovation auf einem durch Wettbewerb geprägten Markt.

# Artikel I

## Inhalt der Satzung

### § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

#### **Betriebskrankenkasse RWE**

Sie ist errichtet worden am 01. Januar 2004.

Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in **29225 Celle, Welfenallee 32**.

- II. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe der folgenden Unternehmen:

1. **Wintershall Dea Deutschland AG**, Hamburg, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein).
2. **RWE AG**, Essen, (bundesweit).
3. **RWE Power AG**, Essen und Köln, (bundesweit).
4. **Amprion GmbH**, Dortmund, (bundesweit).
5. **RWE Service GmbH**, Dortmund, (bundesweit).
6. **Kernkraftwerke Lippe-Ems GmbH**, Lingen/Ems.
7. **innogy Consulting**, Essen, (bundesweit).
8. **Lechwerke AG**, Augsburg.
9. **Süwag Energie AG**, Frankfurt a.M., (bundesweit).
10. **RWE Fuel Cells GmbH**, Essen, (bundesweit)  
- Bereich EZ-D –.
11. **SPIE SAG GmbH**, Langen, (bundesweit).
12. **Thyssengas GmbH**, Essen, (bundesweit).
13. **LEW Netzservice GmbH (LNS)**, Augsburg, (bundesweit).
14. **LEW Service & Consulting GmbH (LSC)**, Augsburg, (bundesweit).
15. **LEW Verteilnetz GmbH (LVN)**, Augsburg.
16. **RWE IT GmbH**, Dortmund, (bundesweit).
17. **Bayerische Elektrizitätswerke GmbH**, Augsburg.
18. **RWE Supply & Trading GmbH**, Essen, (bundesweit).

19. **Westnetz GmbH**, Dortmund, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz).
20. **innogy SE**, Essen, (bundesweit).
21. **Syna GmbH**, Frankfurt a. M., (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Bayern, Hessen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz).
22. **Süwag Vertrieb AG & Co KG**, Frankfurt a.M., (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen).
23. **Süwag Netzservice GmbH**, Frankfurt a.M., (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Hessen, Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz).
24. **RWE Technology International GmbH**, Essen, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Nordrhein-Westfalen).
25. **innogy Gas Storage NWE GmbH**, Dortmund, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt).
26. **innogy Gastronomie GmbH**, Essen, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz).
27. **RWE Generation SE.**, Karlstein, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen).
28. **innogy Metering GmbH**, Mülheim an der Ruhr, (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen).
29. **RWE Group Business Services GmbH (GBS)**, Essen, (bundesweit).
30. **Süwag Grüne Energien und Wasser GmbH**, Frankfurt a.M., (sowie auf sämtliche Betriebsstätten in Hessen, Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz).
31. **iSwitch GmbH**, Essen.
32. **NAFTA Speicher GmbH & Co. KG**, Schechen
33. **innogy Innovation GmbH**, Essen
34. **RWE Nuclear GmbH**, Essen
35. **Decadia GmbH**, Essen

## § 2 Verwaltungsrat

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

Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt zwischen dem Vorsitzenden und dessen Stellvertreter von Jahr zu Jahr am 01.01. des Kalenderjahres.

- II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 10 Versichertenvertreter und 5 Vertreter der im Kassenbereich (§ 1 Abs. II) näher bezeichneten Arbeitgeber oder deren Stellvertreter an.

Folgende Arbeitgeber benennen die Vertreter und Stellvertreter, denen auf der Arbeitgeberseite die Stimmenanteile zustehen:

**RWE AG**  
**DEA Deutsche Erdoel AG**  
**RWE Power AG**  
**innogy SE**  
**Westnetz GmbH**

Jeder Arbeitgebervertreter hat wie jeder Versichertenvertreter eine Stimme.

Für die Vertretung der Arbeitgebervertreter gilt persönliche Stellvertretung. Ist bei einer Abstimmung nicht die in der Satzung genannte Anzahl der Versichertenvertreter anwesend, wird der Stimmenanteil der Arbeitgebervertreter auf den der Versichertenvertreter festgesetzt. Die Verteilung der Stimmenanteile der Arbeitgebervertreter wird durch Vereinbarung der Arbeitgebervertreter geregelt.

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

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere folgende Aufgaben vorbehalten:

1. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Betriebskrankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind;
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,

4. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
  5. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,
  6. den Vorstand zu überwachen,
  7. gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse 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 Öffnung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen,
  10. über die Auflösung der Betriebskrankenkasse zu beschließen.
  11. für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der Prüfer zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
- IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung und stellt Geschäftsordnungen für die sonstigen Ausschüsse auf.
- V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va. Zur Erledigung bzw. zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.
- 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 mindestens 8 Versichertenvertreter und mindestens 3 Arbeitgebervertreter anwesend sind.
- 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 bei

1. Angleichung von Bestimmungen der Satzung an geänderte Gesetze oder höchstrichterliche Rechtsprechung,
2. Änderung von Bestimmungen der Satzung aufgrund von Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
3. Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung des Verwaltungsrates oder eines seiner Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
4. Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates in schriftlichem Verfahren abschließend erledigt werden sollen.

Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

### **§ 3 Vorstand**

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

Er hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

- 1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
  - 2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
  - 3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
  - 4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
  - 5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen.
  - 6. die Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse abzuschließen,
  - 10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der Betriebs-krankenkasse.
  - V. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

## **§ 4 Widerspruchsausschuss**

- I. Zur Entscheidung über die Widersprüche und den Erlass von Widerspruchsbescheiden wird der Vorstand der Betriebskrankenkasse RWE bestimmt.
- II. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt der Vorstand.
- III. Der Vorstand wird des Weiteren dazu bestimmt, die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Absätze 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Absatz 2, 3 u. 5 OWiG wahrzunehmen.

## **§ 5 Kreis der versicherten Personen**

### **§ 5 Kreis der versicherten Personen:**

- I. Der Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen umfasst:
  1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
  2. alle anderen Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten nach den Bestimmungen des SGB V.
- II. Nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der Betriebskrankenkasse nur dann beitreten, wenn sie beim Beitritt noch nicht 35 Jahre alt sind.
- III. Die in Absatz I Nr. 1 und 2 genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den in Gesetz und Satzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
  1. sie zu dem in § 1 Abs. 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 oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse versichert ist,
  5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht und nunmehr versicherte Rentner sind,
  6. sie bei einer/einem Betriebskrankenkasse/Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren und diese am Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitglieds vorhanden ist.

#### IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen (§10 SGB V) erfüllt sind. Sind die gesetzlichen Voraussetzungen mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Betriebskrankenkasse.

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist.
- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals 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 Betriebskrankenkasse 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 Zusatzbeitragssatzes nach § 242 a 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 Betriebskrankenkasse 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 erstmalig 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 Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht.

Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Eingang der Austrittserklärung bei der Betriebskrankenkasse.

- IV. Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 16 g gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen des § 16 g Absatz XVII und XVIII gekündigt werden.

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht.

## **§ 8 Bemessung der Beiträge**

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

## **§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz**

Die Krankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,40% monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes.

## **§ 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 der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

## **§ 10a unbesetzt**

## **§ 10b Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG**

Übertragung der Ausgleichsverfahren U1 und U2 gem. § 9 Abs. 2 Nr. 5 i.V.m. § 8 Abs. 2 AAG

- I. Die Durchführung des U1-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte übertragen (§ 9 Abs. 2 Nr. 5 i.V.m. § 8 Abs. 2 AAG).
- II. Die Durchführung des U2-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird ab 1.1.2008 der Betriebskrankenkasse der BMW AG, Dingolfing, übertragen (§ 9 Abs. 2 Nr. 5 i.V.m. § 8 Abs. 2 AAG).
- III. Der Einzug der Umlagen U1 und U2 erfolgt durch die Betriebskrankenkasse RWE. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen U1 werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagebeiträge zur U2 werden an die Betriebskrankenkasse der BMW AG, Dingolfing, weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- IV. Hinsichtlich des U1-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderliche Verwaltungsakte zu erlassen.
- V. Hinsichtlich des U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird der Betriebskrankenkasse der BMW AG, Dingolfing Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird die Betriebskrankenkasse der BMW AG ermächtigt, die für die Durchführung des U2-Verfahrens erforderliche Verwaltungsakte zu erlassen.

## **§ 11 Höhe der Rücklage**

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenen Betrages der Ausgaben.

## § 12 Leistungen

### I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung
- zur Früherkennung von Krankheiten
- zur Behandlung einer Krankheit
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Empfängnisverhütung
- bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX.

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

### 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 erbracht, wenn Ansprüche nach dem SGB XI mit mindestens Pflegegrad 2 nicht bestehen und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf die Notwendigkeit der Erbringung von Behandlungspflege - längstens aber auf 3 Monate für den Behandlungsfall - begrenzt. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i.V. m. § 61 Satz 3 SGB V.

### III. Haushaltshilfe

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten im eigenen Haushalt auch dann Haushaltshilfe, wenn aufgrund einer akuten Erkrankung die Weiterführung des Haushalts nach ärztlicher Bestätigung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Die Voraussetzung, dass sich ein Kind im Haushalt befindet, entfällt. Der Anspruch besteht für längstens 6 Monate pro Behandlungsfall. Soweit Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 nach dem SGB XI vorliegt, besteht kein Anspruch auf Haushaltshilfe nach dieser Satzungsregelung.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 i.V. m. § 61 Satz 1 SGB V.



## § 12a Zusätzliche Leistungen

Die Betriebskrankenkasse RWE stellt nach § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) folgende zusätzliche Leistungen zur Verfügung:

### I. Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer

#### a) Nicht zugelassene Krankenhäuser

1. Die Betriebskrankenkasse RWE übernimmt bei Krankenhausbehandlung abweichend von § 108 SGB V auch Kosten für stationäre Behandlung somatischer Erkrankungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern, sofern und solange die Voraussetzungen der Behandlungsnotwendigkeit gemäß § 39 SGB V erfüllt sind und es sich bei dem Leistungserbringer um eine nach § 107 Abs. 1 SGB V vergleichbare Einrichtung handelt. Die Kostenübernahme ist auf die Kosten begrenzt, die bei Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus vergütet worden wären.
2. Die Kostenerstattung setzt die vorherige Zustimmung der BKK auf Basis einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung vor Beginn der Krankenhausbehandlung voraus.
3. Die Zuzahlung richtet sich nach § 39 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V. Teil.

#### b) Ambulante Behandlung

1. Versicherte können ambulante medizinische Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch setzt voraus, dass die Betriebskrankenkasse RWE mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung nach Nr. 2 getroffen hat, die diese Behandlung einschließt.
2. Die Betriebskrankenkasse RWE trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V und orientiert am Bedarf der Versicherten Vereinbarungen über die Erbringung ambulanter medizinischer Leistungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, die in ihrem Fachgebiet spezialisiert sind. Ferner setzt der Abschluss einer Vereinbarung voraus, dass die Leistungserbringer über eine Qualifikation wie im 4. Kapitel des SGB V genannte zugelassene Leistungserbringer verfügen und eine zumindest qualitativ gleichwertige Versorgung sicherstellen.
3. Über Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden, werden keine Vereinbarungen getroffen.
4. Für die veranlassten Leistungen gelten § 13 Nr. 3 und 4 S. 2 entsprechend.

## **II. Medizinische Vorsorge und Rehabilitation**

### **a) Vorsorgeleistungen**

#### **1. Vorsorgeuntersuchung im Sport**

1.1 Versicherte können nach ärztlicher Bescheinigung eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Entsprechung der S 1 - Leitlinie „Vorsorgeuntersuchung im Sport“ der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention in Anspruch nehmen, welche nach den Grundsätzen der Leitlinie dazu geeignet und notwendig ist, Herz-Kreislauf- oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden.

#### **1.2 Die sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung umfasst**

- Anamnese,
- klinische Untersuchung,
- Elektrokardiogramm in Ruhe und Belastung (Ergometrie),
- H1-Basislabor, kleines Blutbild, Glukose,
- ein ausführliches Gespräch über Lebensstilveränderung, Trainingsempfehlung und Trainingsplanung und
- einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht

1.3 Werden für den behandelnden Arzt im Rahmen der Untersuchung nach § 12a II. a) Nr. 1.1 Anhaltspunkte erkennbar, dass neben den in § 12a II. a) Nr. 1.2 aufgeführten Maßnahmen zusätzlich eine Laktatbestimmung erforderlich ist, können Versicherte diese Leistung auf der Grundlage dieser ärztlichen Empfehlung zusätzlich im Anspruch nehmen.

1.4 Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht werden, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.

1.5. Die Betriebskrankenkasse RWE erstattet 90 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 117,00 Euro für die Leistungen nach Nr. 2 Buchstabe A-F jährlich, für die Leistung nach Nr. 3 90 v. H. des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 23,00 Euro jährlich. Zur Erstattung sind spezifizierte Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

1.6. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens ein Jahr vergangen ist.

2. Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus, erstattet die Betriebskrankenkasse RWE die Kosten für folgende von Ärzten durchgeführte oder veranlasste Vorsorgeleistungen in Höhe von 100 vom Hundert, insgesamt jeweils maximal 100 Euro jährlich, soweit eine familiäre oder medizinische Vorbelastung des Versicherten vorliegt:

- Brustkrebsuntersuchung durch blinde und sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherinnen (MTU),
- Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung (Mammografie unter 50 Jahren, Ultraschalluntersuchung –„Sono-Check“),
- Gesundheitsuntersuchung („Check-Up“)
- Intima-Media-Dicke-Messung.

Für die

- weiterführende Diagnostik und optimierte Nachsorge beim kolorektalen Karzinom bei Risikopersonen

erfolgt eine Erstattung in Höhe der Vertragsätze. Hierüber führt die Betriebskrankenkasse RWE ein Verzeichnis im Sinne des § 12a Nr.1 Buchstabe b) Nr. 4 der Satzung.

### **III Zahnärztliche Behandlung**

Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus, erstattet die Betriebskrankenkasse RWE die Kosten für folgende, von Zahnärzten durchgeführte Leistungen in Höhe von 100 vom Hundert, insgesamt jeweils maximal 100 Euro jährlich:

- Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung,
- Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 15, 14, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss.

### **IV Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Über die in §§ 31 und 34 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Ansprüche zur Arzneimittelversorgung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse RWE die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie sowie für schwangere Versicherte Arzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium, Folsäure oder Jodid als Mono- oder Kombinationspräparate, in Höhe von 100 vom Hundert, insgesamt maximal 100 Euro jährlich, wenn diese durch einen Arzt verordnet wurden. Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der Versorgung ausgeschlossen wurden, werden nicht erfasst.

## **V Osteopathische Behandlung**

1. Versicherte können auf ärztliche Veranlassung Leistungen der Osteopathie in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Leistung nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung in den Bereichen parietale und viszerale 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.
2. Die Betriebskrankenkasse RWE übernimmt die Kosten für eine Sitzung je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet wird der Rechnungsbetrag, jedoch nicht mehr als 60,-€ pro Sitzung. Die Erstattung erfolgt nach Vorlage der Originalrechnung sowie der ärztlichen Verordnung.

## **VI Schwanger-/Mutterschaftsleistungen**

1. Über die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Schwanger- und Mutterschaftsleistungen hinaus, erstattet die Betriebskrankenkasse RWE die Kosten für von nach § 134a SGB V zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Hebammen durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse für den Vater, sofern dieser bei der Betriebskrankenkasse RWE versichert ist, in Höhe von 100 vom Hundert, insgesamt maximal 100 Euro jährlich.
2. Der Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nimmt, erstattet die Betriebskrankenkasse RWE Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme in den letzten Wochen der Schwangerschaft entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Erstattet werden der Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten für die Rufbereitschaft der Hebamme bis zu einem Betrag von 300 Euro einmal je Schwangerschaft. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet. Zur Erstattung ist der Betriebskrankenkasse RWE die Originalrechnung der Hebamme für die Rufbereitschaft vorzulegen.

3. Für folgende, von einem Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigt ist, durchgeführte oder veranlasste Schwangerschaftsleistungen, erstattet die Betriebskrankenkasse RWE die Kosten in Höhe von 100 vom Hundert, jeweils maximal 100 Euro jährlich, wenn die Leistungen mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegen zu wirken:
- Toxoplasmosetest, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
  - B-Streptokokken-Untersuchung,
  - Ultraschalluntersuchungen, sofern keine Leistung nach den Mutterschafts-Richtlinien,
  - Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierungs-Test (FisH-Test)
  - Ringelröteln/Windpocken-Test  
Nur bei schwangeren Frauen mit einem erhöhten Ansteckungsrisiko (z. B. Kontakt zu Personen mit möglichem Erreger).
  - Zytomegalie-Test  
Nur bei schwangeren Frauen, die bereits ein Kind haben, welches das 6. Lebensjahr nicht überschritten hat.
  - Biomarker Präeklampsie

## **VII Künstliche Befruchtung**

Die Betriebskrankenkasse RWE übernimmt 100% der mit dem Behandlungsplan nach § 27a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten. Die Bestimmungen des § 27 a SGB V bleiben unberührt.

Die Kostenerstattung kann nur auf der Basis einer spezifizierten Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers erfolgen.

## **VIII Professionelle Zahnreinigung**

Die Betriebskrankenkasse RWE gewährt den Versicherten einmal im Kalenderjahr einen Zuschuss für die Inanspruchnahme einer "Professionellen Zahnreinigung" (PZR) durch einen Vertragszahnarzt oder einen nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten zahnärztlichen Leistungserbringer. Der Zuschuss beträgt 25,-€. Für die Erstattung des Zuschusses ist der Betriebskrankenkasse RWE die Originalrechnung einzureichen.

## **IX Qualifizierte Zweitmeinung bei onkologischen Indikationen**

1. Die Betriebskrankenkasse RWE gewährt ihren Versicherten nach § 27b Absatz 6 SGB V über die gesetzlich geregelte Zweitmeinung nach § 27b SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) hinaus zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zu angeratenen Therapieempfehlungen.

Der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei folgenden Indikationen (ICD10-Gliederung):

- A00-B99 - Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
- C00-D48 - Neubildungen
- D50-D90 - Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- E00-E90 - Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- F00-F99 - Psychische und Verhaltensstörungen
- G00-G99 - Krankheiten des Nervensystems
- H00-H59 - Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
- H60-H95 - Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
- I00-I99 - Krankheiten des Kreislaufsystems
- J00-J99 - Krankheiten des Atmungssystems
- K00-K93 - Krankheiten des Verdauungssystems
- L00-L99 - Krankheiten der Haut und der Unterhaut
- M00-M99 - Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- N00-N99 - Krankheiten des Urogenitalsystems
- O00-O99 - Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- P00-P96 - Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
- Q00-Q99 - Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- S00-T98 - Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend.

2. Das Zweitmeinungsverfahren wird durch zur Leistungserbringung zugelassene Ärztinnen und Ärzte oder zur Leistungserbringung zugelassene medizinische Versorgungszentren oder zur Leistungserbringung ermächtigte Ärztinnen und Ärzte oder zur Leistungserbringung ermächtigte Einrichtungen oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erbracht. Die Zweitmeiner müssen die besonderen Anforderungen nach § 27b Absatz 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Absatz 2 und Absatz 3 Zm-RL erfüllen. Entsprechend § 7 Absatz 6 Zm-RL geben die Zweitmeiner eine Erklärung gegenüber der Betriebskrankenkasse RWE oder der Einrichtung oder der Managementgesellschaft ab.
3. Im Zweitmeinungsverfahren holen die Versicherten durch die Zweitmeiner nach Nr. 2 eine unabhängige, neutrale ärztliche zweite Meinung ein, ob die ärztlich angeratene Therapieempfehlung die medizinisch notwendige und sachgerechte

Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhalten die Versicherten eine Empfehlung (Zweitmeinung). Die Erbringung einer Zweitmeinung umfasst neben der eigenständigen Bewertung und Beratung der Versicherten ärztliche Untersuchungsleistungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu der angeratenen Therapieempfehlung medizinisch erforderlich sind. Im Rahmen der Indikationsstellung bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen, soweit sie dem Zweitmeiner von den Versicherten zur Verfügung gestellt wurden. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es den Versicherten frei, die Therapieempfehlung durchführen zu lassen. Das Zweitmeinungsverfahren hat den Vorgaben des § 8 Zm-RL (Aufgaben der Zweitmeiner) zu entsprechen. Unter Einhaltung berufsrechtlicher und vertragsärztlicher Vorgaben können telemedizinische Möglichkeiten genutzt werden.

4. Die Kosten der Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Betriebskrankenkasse RWE in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Betriebskrankenkasse RWE abgerechnet.

## **X Hilfsmittel – Einlagen**

Die Betriebskrankenkasse RWE erstattet über die in § 33 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Ansprüche auf Hilfsmittel hinaus sensomotorische/propriozeptive Einlagen bei chronischen Schmerzsymptomatiken, bei schwerwiegenden muskuläre Dysbalancen, bei statischen Veränderungen des Bewegungsapparates sowie bei gravierenden Fuß- und Zehenfehlstellungen bis zu einem Betrag von maximal 100,00 Euro.

Zur Erstattung der Kosten sind der Betriebskrankenkasse RWE die spezifizierten Originalrechnungen eines Orthopädieschuhmachers sowie eine ärztliche Verordnung vorzulegen.

## **XI unbesetzt**

- XII** Über die im SGB V geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die Betriebskrankenkasse RWE die Kosten für den Einsatz einer festsitzenden Retentionsspanne (sog. „festsitzender Retainer“) zu Beginn der Retentionsbehandlung, soweit ein festsitzender Retainer bei einer Kontaktpunktabweichung an den Frontzähnen im Unterkiefer nicht bereits als Kassenleistung (KIG-Einstufung mit Behandlungsbedarfsgrad E3 und E4) erbracht wird. Die Kosten werden je Kiefer in Höhe von 100,00 EUR, jedoch nicht mehr als in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten übernommen, wenn die Betriebskrankenkasse RWE die Kosten für die bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene kieferorthopädische Behandlung getragen hat. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse RWE die spezifizierten Originalrechnungen des Leistungserbringers sowie die zahnärztliche oder kieferorthopädische Verordnung vorzulegen.

### **XIII Nicht als Regelleistung verordnungsfähige Hilfsmittel (Lichttherapiegeräte)**

1. Die Betriebskrankenkasse RWE erstattet die Kosten für nicht als Regelleistung verordnungsfähige Hilfsmittel für eine Lichttherapie, sofern
  - a) dessen Anwendung medizinisch notwendig ist, um eine leichte bis mittelschwere Acne vulgaris (ICD-Code L70.0) zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde
  - b) die Verordnung des Hilfsmittels durch einen Facharzt für Hautkrankheiten erfolgte und
  - c) es sich um CE zertifiziertes Gerät mit Blaulicht (Wellenlänge 420-480nm) und Rotlicht (Wellenlänge 630-790nm) handelt.
2. Die Betriebskrankenkasse RWE erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Hilfsmittel nach Absatz I. einmalig in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages, insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 150 € pro Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der Betriebskrankenkasse RWE die spezifizierten Originalrechnungen des Herstellers und die ärztliche Verordnung hierüber vorzulegen.

### **§ 12b Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten**

- I. Der Basisbonus beträgt kalenderjährlich 100 € in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ 50 € als Direktauszahlung. Um den Basisbonus zu erhalten, muss der jeweilige Versicherte mindestens zwei der folgenden Voraussetzungen innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen:
  - Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder qualitätsgesicherten Fitnessstudio (durch zertifizierte Anbieter oder Übungsleiter)
  - Schutzimpfung nach § 20i SGB V, § 16 der Satzung der Betriebskrankenkasse RWE
  - Gesundheitskurs zur Primärprävention (§ 20 SGB V, § 15 der Satzung der Betriebskrankenkasse RWE, Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes)
  - Kinderfrüherkennungsuntersuchung U7/U7a bis U11
  - Jugendgesundheitsuntersuchung J1 und J2
  - 2 x Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung nach § 21, 22 SGB V.



II. Nach Erreichen des Basisbonus hat der jeweilige Versicherte die Möglichkeit, einen Zusatzbonus zu erhalten.

Hierfür stehen dem jeweiligen Versicherten Maßnahmen aus den nachfolgend genannten Betätigungsfeldern zur Wahl:

- Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung nach SGB V
- Zahnvorsorge nach § 55 SGB V
- Mutterschaftsvorsorge nach SGB V
- Gesundheits-Check-up nach SGB V
- Hautkrebs-Screening nach SGB V
- BKK-Aktivwoche
- BKK Well-Aktiv
- Teilnahme an öffentlichen Sportveranstaltungen, die von qualifizierten Übungsleitern durchgeführt werden und bei denen eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht sowie für die eine Vorbereitung erfolgt (Volks/Stadtläufe, Radtouren, regelmäßige Lauftreffs).
- Erwerb des Deutschen Sportabzeichen, eines Leistungsabzeichen
- Deutschen Schwimmverbandes bzw. der DLRG, ein Leistungsabzeichen des Bundes Deutscher Radfahrer
- Nachweis des vollständigen Impfschutzes laut Schutzimpfungsrichtlinie entsprechend der Empfehlungen der ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts.

Die einzelnen Maßnahmen müssen aus verschiedenen Betätigungsfeldern stammen und innerhalb des Kalenderjahres der Teilnahme am Bonusprogramm abgeschlossen sein.

Pro erfüllter Maßnahme hat der Versicherte einen Anspruch in Höhe von 20 € in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ als Direktauszahlung in Höhe von 10 €. Der maximal zu erreichende Zusatzbonus beträgt kalenderjährlich 100 € in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ als Direktauszahlung von 50 €.

III. Das Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten ist ein zweistufiges Bonusmodell. Das Bonusprogramm besteht aus dem Basisbonus und darauf aufbauend aus dem Zusatzbonus. Jeder Versicherte hat Anspruch auf ein eigenes Bonuskonto, welches nicht auf andere Versicherte übertragbar ist.

Die in Anspruch genommenen Leistungen sind durch den Versicherten mittels einer Bonuskarte, bzw. eines Bonusheftes nachzuweisen. Die Inanspruchnahme ist durch den Arzt oder Leistungserbringer zu bestätigen. Für die Zuordnung zum anspruchsberechtigten Bonusjahr ist das Datum der Inanspruchnahme maßgeblich.

Der maximal zu erreichende Bonus im jeweiligen Kalenderjahr beträgt 200 € in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ 100 € als Direktauszahlung.

Der jeweilige Versicherte entscheidet jährlich in der Teilnahmeerklärung darüber, ob er den Bonus in Form einer Wertgutschrift auf dem Bonuskonto oder alternativ die Direktauszahlung wählt. Spätester Anmeldeschluss für die Teilnahme am laufenden

Bonusprogramm ist jeweils der 31.12. des Jahres. Anmeldungen, die nach dem 31.12. des Jahres eingehen, können erst für das folgende Bonusjahr berücksichtigt werden. Bonusjahr ist das jeweilige Kalenderjahr. Kann die Wertgutschrift auf dem Bonuskonto bzw. die Direktauszahlung nicht im laufenden Jahr eingelöst werden, so ist diese spätestens bis zum 31. März des Folgejahres einzulösen. Nach dem 31. März des Folgejahres verfällt der Bonus. Eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Betrages auf das Folgejahr ist nicht möglich.

- IV. Der Anspruch besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung eine ungekündigte Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bei der Betriebskrankenkasse RWE besteht. Der Anspruch verfällt bei vorzeitiger Beendigung der Teilnahme am Bonusprogramm.
- V. Wählt der Versicherte die Wertgutschrift auf dem Bonuskonto, kann er das erreichte Guthaben gegen Vorlage von Originalrechnungen für die folgenden fünf Bereiche
- Alternative Heilmethoden,
  - Zahnbehandlung,
  - Sport und Prävention,
  - Individuelle Gesundheitsleistungen,
  - Besondere Maßnahmen für Schwangere und Familien.

zur Erstattung von Gesundheitsausgaben nach seinen individuellen Bedürfnissen einsetzen. Die einsetzbaren Gesundheitsausgaben richten sich nach der Anlage zu § 12b der Satzung, die Bestandteil der Satzung ist.

## **§ 12c Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

- I. Die Betriebskrankenkasse RWE schließt auf Antrag des Arbeitgebers mit diesem einen Vertrag, der die Voraussetzungen der Bonusgewährung, deren Nachweise sowie die Höhe des Bonus regelt.

Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden von der Betriebskrankenkasse RWE nach § 20b SGB V erbracht. 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 anhand geeigneter Unterlagen nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.

Der Bonus beträgt 20 vom Hundert der Aufwendungen, die vom Arbeitgeber im Rahmen des vereinbarten Programms nach Abs. I für die betriebliche Gesundheitsförderung eingesetzt werden.

Die Höhe des Bonus darf kalenderjährlich nicht mehr als einen Monatsbeitrag betragen, max. 1.000 €.

- II. Dieser Bonus ist vom Arbeitgeber vollständig für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verwenden. In dem Vertrag kann auch vereinbart werden, dass dem Arbeitgeber der Bonus vollständig oder teilweise in Form von Beratungsleistungen gewährt wird. Der Bonus wird für jedes vereinbarte Programm nur einmal gewährt.
- III. Betriebskrankenkasse-RWE-Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus in Höhe von 10€, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 2 Satz 2 SGB V zertifiziertem Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers vollständig teilnehmen.

## **§ 12 d Persönliche elektronische Gesundheitsakte**

- I. Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Betriebskrankenkasse RWE ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.
- II. Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Vertrags mit der Betriebskrankenkasse RWE für die Versicherten tätig wird.
- III. Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Nr. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die Betriebskrankenkasse RWE, jedoch höchstens in Höhe von bis zu 10 € pro Versicherten und Kalenderjahr.
- IV. Die einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit einschließlich aller sich daraus für die Datenverarbeitung ergebenden Erfordernisse werden gewahrt.

## § 13 Kostenerstattung

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Betriebskrankenkasse 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.
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch die ärztliche Verordnung nachzuweisen.
4. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Der Erstattungsbetrag wird regelhaft in Höhe von 30 v. H. der ausgewiesenen Rechnungslegung ermittelt und erstattet. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.
5. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. 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 BKK davon Kenntnis erhält.
6. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat 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 % - maximal 50,00 - für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.

7. Abweichend von Ziffer 6 können in einem anderen Mitgliedsstaat 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 Betriebskrankenkasse 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.

## **§ 13a Kostenerstattung Wahlarzneimittel**

1. Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Absatz 1 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen,
  - (1) als dasjenige, für das die BKK eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder
  - (2) das gemäß § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.
2. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen und Verordnungen vorzulegen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.
3. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um
  - 30 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 drei preisgünstigsten Arzneimittelzu kürzen.
4. § 13 Abs. V Nr. 3, 4 und 6 gelten.

## **§ 14 Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit**

- I. 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 Nettoarbeitsentgelt nicht überschreiten.
- II. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
- III. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

## **§ 15 Primärprävention und Gesundheitsförderung**

- I. Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Handlungsleitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:
  1. Bewegungsgewohnheiten:
    - a. Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
    - b. Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
  2. Ernährung:
    - a. Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
    - b. Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
  3. Stressmanagement:
    - a. Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
    - b. Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)
  4. Suchtmittelkonsum:
    - a. Förderung des Nichtrauchens)
    - b. gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums
- II. Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt. Leistungen, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der entstandenen Kosten, max. aber 160,-€ je Kalenderjahr gewährt.

- III. Die Betriebskrankenkasse RWE beteiligt sich an den Kosten der BKK-Aktivwoche. Sie wird durch die Gesundheitsservice gemeinnützige Gesellschaft und Rehabilitation mbH (Gesundheitsservice gGmbH) in Leverkusen durchgeführt. Die Betriebskrankenkasse RWE zahlt zur BKK-Aktivwoche für das Präventivprogramm im Rahmen der gesetzlichen Leistungen für Erwachsene einen Zuschuss in Höhe von maximal 160,00 € bzw. von maximal 110,00 € für Kinder ab 6 Jahren.
- IV. Werden Leistungen nach Absatz II als auch nach Absatz III in einem Kalenderjahr in Anspruch genommen, erstattet die RWE Betriebskrankenkasse hierfür im Kalenderjahr maximal 160,-€, bei Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V maximal insgesamt 200,-€.

## **§ 16 Schutzimpfungen**

- I. Die BKK RWE übernimmt ärztlich empfohlene nicht in der Richtlinie nach § 20 d Abs. 1 SGB V aufgeführte Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber).
- II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt abweichend von Abs. I auch folgende ärztlich empfohlene Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes durchgeführt werden:
  - Typhus
  - Japanische Enzephalitis
  - Gelbfieber
  - Cholera
  - Hepatitis A + B
  - Meningokokken-Meningitis
  - Polio
  - Tetanus
  - Tollwut
  - Poliomyelitis
  - Diphtherie
  - Frühsommer-Meningoenzephalitis.

## **§ 16a Medizinische Vorsorgeleistungen**

- I. Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, für eine mindestens 2-wöchige Maßnahme 100,- € und für eine mindestens 3-wöchige Maßnahme 150,- €.
- II. Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, kalendertäglich 25,-€.

## **§ 16b 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 Leistungsanspruchnahme 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.

## **§ 16c Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung**

- I. Die Betriebskrankenkasse 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 vertrags-ärztliche 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. Der Versicherte verpflichtet sich schriftlich gegenüber der Betriebskranken-kasse, nur einen von ihm aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Hausärzte gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt ebenfalls unberührt. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Während dieser Zeit kann ein anderer als der gewählte Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem im Bestätigungsschreiben der Betriebskrankenkassen genannten Zeitpunkt.
- IV. Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten aus Absatz 3,
- wird er im Falle eines wiederholten Verstoßes aus der hausarzt-zentrierten Versorgung ausgeschlossen. Der Ausschluss kann befristet erfolgen.
- Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).
- V. 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.

- VI. Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Die barrierefreie Zugänglichkeit der Widerrufsbelehrung richtet sich nach § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben. Das Widerrufsrecht gilt nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26. Februar 2013 abgegeben worden sind.

## **§ 16d Wahltarif besondere Versorgung**

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen 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.

## **§ 16e Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme**

- I. Die Betriebskrankenkasse 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 aufgeführt, die entsprechend der jeweils ausgesprochenen Zulassung ergänzt wird.

## **§ 16f unbesetzt**

## **§16g Wahltarife Krankengeld**

### **Allgemeines**

- I. Die BKK RWE bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an.

### **Anspruch**

- II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit 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 BKK RWE 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 (bspw. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte. 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.

Mitglieder oberhalb einer Altersgrenze von 65 Jahren können den Wahltarif Krankengeld nur wählen, wenn unmittelbar zuvor (nahtlos) bereits eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestand.

- III. Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang der Wahlerklärung ereignet hat.

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 180. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif S180),
2. bei nach dem KSVG versicherten Mitgliedern ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif K).

Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor der Wahl des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld.

Für Arbeitsunfähigkeiten, die im Zeitraum zwischen der Wahl und dem Beginn der Laufzeit des Tarifs nach Absatz XVI festgestellt wurden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich in dieser Zeit ereignet hat.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die einen Krankengeldwahltarif der BKK RWE zwischen dem 01.01.2009 und dem 31.07.2009 gewählt haben, besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird. Für vor dem 01. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. August 2009.

- IV. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz III genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.

- V. 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 BKK RWE nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK RWE kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.

VI. 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.

VII. 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, die von öffentlich rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen bezogen werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVII oder XVIII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK RWE.

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

### Höhe

VIII. 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 BKK RWE.

IX. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK RWE sein Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommenssteuerbescheid) nachzuweisen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts / Arbeitseinkommens ist der BKK RWE unverzüglich anzuzeigen. 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.

- X. Ein über den versicherten Krankengeldanspruch hinausgehender Anspruch auf Leistungen oder Zuschüsse, insbesondere Zuschüsse zu ggf. bestehenden Beitrags- /Prämienverpflichtungen zu anderen (Sozial-) Leistungsträgern, besteht im Rahmen dieser Tarife. Die Höhe wird anhand des tatsächlichen Zahlbetrags analog der gesetzlichen Bestimmungen zum Krankengeld nach § 44 SGB V ermittelt.

### **Zahlung**

- XI. 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. § 45 Abs. 8 SGB IX gilt entsprechend; das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

### **Dauer**

- XII. Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit (aufgrund derselben Erkrankung) für längstens 360 Tage innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer).

Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit endet der Krankengeldanspruch unabhängig von dem Drei-Jahreszeitraum spätestens mit Ablauf des 360. Tages.

Sofern im letzten Drei-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen Drei-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.

- XIII. Abweichend von Absatz XII besteht bei nach dem KSVG versicherten Mitgliedern nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.

### **Ruhen**

- XIV. Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht 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.
- XV. 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 §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I entsprechend.

### **Wahl / Beginn / Laufzeit**

- XVI. Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK RWE folgt. Wird der Tarif gleichzeitig mit Begründung einer Mitgliedschaft bei der BKK RWE gewählt, beginnt die Laufzeit des Tarifs gleichzeitig mit dem Beginn der Mitgliedschaft. Die Mindestbindungsfrist an die Tarife beträgt drei Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit der Tarife.

Für Mitglieder, die einen Krankengeldwahltarif zwischen dem 01.01.2009 und dem 31.07.2009 gewählt haben, beginnt der Tarif am 01. August 2009, wenn die Wahl bis zum 30.09.2009 erfolgt.

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

### **Kündigung**

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

- XVIII. 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 Prämienerrhöhung um mehr als 10 v. H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

### **Prämien**

1. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie in dem Tarif S180 für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten 9,25 €.
2. Für die nach dem KSVG versicherten Mitglieder beträgt der Beitrag in Tarif K 17,50 € monatlich.



## **§ 17 Kooperation mit der PKV**

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

## **§ 18 Aufsicht**

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesversicherungsamt in Bonn.

## **§ 19 Mitgliedschaft zum Landesverband**

Die Betriebskrankenkasse gehört dem BKK-Landesverband Mitte als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

## **§ 20 Bekanntmachungen**

- I. Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und im Internet ([www.bkkewe.de](http://www.bkkewe.de)).

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist eine Woche.

Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

- II. Die BKK veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf ihrer Internetpräsenz zum 30.11. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Zudem werden diese Angaben nachrichtlich in der Mitgliederzeitschrift der BKK veröffentlicht. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

## **Artikel II**

### **Inkrafttreten**

1. Die Verwaltungsräte haben diese Satzung am 24.03.2011 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am Tag nach dem Tage der Veröffentlichung in Kraft.
3. Gleichzeitig tritt die Satzung vom 01.01.2009 und den dazu ergangenen Satzungenachträgen 1 bis 8 außer Kraft.

Celle, den 24.03.2011

Der Vorsitzende  
des Verwaltungsrates

---

Dr. Heinz-Willi Mölders  
BKK RWE

## **Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung**

### **Entschädigungsregelung für die Erstattung von Kosten für die Mitglieder der Selbstverwaltung**

Einen Anspruch haben die Mitglieder der Selbstverwaltung der Betriebskrankenkasse RWE unter der Berücksichtigung der Beschlüsse des Verwaltungsrats bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit, insbesondere für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrats und dessen Ausschüssen sowie der Widerspruchsausschüsse.

#### **A Ersatz von baren Auslagen bei Inlands -und Auslandsdienstreisen**

##### **Fahrkosten**

Es werden erstattet:

- a) Bei Benutzung
  - der Bahn oder eines Schiffes der Fahrpreis der 1. Klasse einschließlich der Zuschläge und Schlafwagenkosten,
  - eines privaten PKW ein Kilometergeld in Höhe von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer,
  - eines Flugzeuges die Kosten für die Economy-Klasse.
- b) Zubringerkosten
- c) Die mit der Dienstreise in Verbindung stehenden üblichen Nebenkosten, wie Parkgebühren, Telefon- und Portoauslagen.

##### **Tagegeld**

Die Höhe des Tagegeldes richtet sich nach der Dauer der Dienstreise. Gezahlt werden bei

- eintägigen Auswärtstätigkeiten ab einer Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 14 €
- mehrtägigen Auswärtstätigkeiten für den An- und Abreisetag 14 €
- für Kalendertage mit 24-stündiger Abwesenheit 28 €

## **Übernachtungsgeld/-kosten**

- a) Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig und nachgewiesen sind.
- b) Wird des Amtes wegen unentgeltlich Verpflegung gewährt, so wird das Tagegeld für das Frühstück um 20 vom Hundert, für Hauptmahlzeiten um jeweils 40 vom Hundert des vollen Tagegeldes gekürzt.

## **B Pauschbetrag für Zeitaufwand**

Für die Teilnahme an Sitzungen, einschließlich der Gruppenvorbesprechungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag von 60 Euro gezahlt.

Bei mehreren Sitzungen am selben Tag wird der Pauschbetrag für Zeitaufwand nur einmal gewährt. Dies gilt auch dann, wenn Sitzungen sowohl der Kranken- als auch der Pflegekasse stattfinden.

# **Anlage zu § 12b der Satzung der Betriebskrankenkasse RWE**

## **Liste der einsetzbaren Gesundheitsausgaben bei Wahl „Bonuskonto“**

Versicherte, die das „Bonuskonto“ wählen, erhalten einen Zuschuss zu den Kosten der nachfolgend aufgeführten Leistungen. Dies gilt nur, sofern die Betriebskrankenkasse RWE nicht aufgrund anderer Vorschriften leistungspflichtig ist oder der anderweitige Leistungsanspruch bereits ausgeschöpft ist.

### **Alternative Heilmethoden:**

- Heilpraktiker (alle Verfahren nach Hufeland-Verzeichnis)
- Anthroposophische Medizin
- Akupunktur außerhalb der gesetzlichen Leistungen
- Bachblütentherapie
- Kyrotherapie
- Irisdiagnostik
- Eutonie
- Chelattherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin
- Heliotherapie
- Ayurveda
- Reflexzonenmassage
- Elektrotherapie
- Chiropraktik
- Atemtherapie
- progressive Muskelentspannung
- Neuraltherapie
- alternative Krebstherapie
- Heileurythmie
- Eigenbluttherapie
- Yoga / Meditation
- Hydrotherapie
- Shiatsu
- Feldenkrais
- autogenes Training
- QiGong
- Osteopathie
- Phytotherapie
- Misteltherapie
- Eigenharntherapie
- Tanztherapie
- Dorntherapie
- Magnetfeldtherapie

## **Zahnbehandlung:**

- Kunststofffüllungen
- Bleaching
- Implantate
- Zuzahlungen für Versorgungen außerhalb der Regelversorgung
- professionelle Zahnreinigung
- privat zu tragende Kosten bei kieferorthopädischer Behandlung

## **Sport und Prävention:**

- Mitgliedschaftsgebühr Fitnessstudio/Sportverein
- Fitnesskurse
- Startgeld für öffentliche Sportveranstaltungen bei denen eine körperliche Ausdauerleistung im Mittelpunkt steht
- Erste-Hilfe-Kurs
- Sehtest
- Fahrsicherheits-Training
- Wearables
- Fitnesstracker

## **Gesundheit:**

- PSA-Wert-Messung
- Brillen und Kontaktlinsen
- Massagen außerhalb der gesetzlichen Leistungen
- Gewichtsreduktion außerhalb § 20 SGB V (nachgewiesene Teilnahme an gewichtsreduzierenden Maßnahmen)
- MRSA-Dekolonisation
- Ultraschalluntersuchung
- Glaukomuntersuchung, Gesichtsfeldmessung
- Blutzuckerstreifen
- Malaria-Prophylaxe
- Osteoporose Untersuchung (Knochendichte-Messung)
- Vitamin D-Bestimmung
- Hilfsmittel außerhalb der gesetzlichen Leistungen
- Hyaluronsäure-Injektion bei Kniearthrose
- Hyperbare Sauerstofftherapie beim Hörsturz
- Laser-Behandlung
- Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung
- Stoßwellentherapie

- Biofeedback-Therapie bei Migräne
- M2-PK Stuhltest zur Darmkrebsfrüherkennung
- podologische Fußpflege über die gesetzliche Leistung hinaus
- kombinierte Balneo-Phototherapie
- ambulante Kuren im Ausland
- rezeptfreie Arzneimittel
- ärztliches Gesundheitsattest

#### **Leistungen für Schwangere und Familien:**

- Nabelschnurblut
- PEKIP
- Baby-Wassergymnastik
- Babymassage
- Kinderturnen
- Kindertanzen
- sonstige Kinder-Fitnesskurse außerhalb § 20 SGB V
- Erste-Hilfe-Kurs am Kind
- Zuckerbelastungstest als Vorsorge.