

Unsere Leistungen



2010

Inhalt	Seite
Unsere Mitglieder	5
Familienversicherung	5
Unsere Leistungen	6
Krankheitsverhütung und -früherkennung	6
Ärztliche Behandlung	9
Arznei- und Verbandmittel	10
Heilmittel	11
Hilfsmittel	11
Sehhilfen	12
Krankengeld	12
Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	13
Krankenhausbehandlung	13
Häusliche Krankenpflege	13
Haushaltshilfe	14
Fahrkosten	14
Zahnärztliche Behandlung	15
Zahnersatz	15
Kieferorthopädische Behandlung	17
Rehabilitationsleistungen	18
Härtefallregelungen	18
Mutterschaft	20
Mutterschaftsgeld	20
Empfängnisregelung	20
Elterngeld	21
Kostenerstattung	21
Wahltarife	21
Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	22
Urlaub, Auslandsaufenthalt	23
Die Beiträge	25
Leistungen der Pflegeversicherung	26
Unser Service	27
Unsere Verwaltung	28
Unser Krankenhaus	29
Vorsorgekasse Hoesch Dortmund.....	31

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Sie wollen sich informieren – wir möchten Ihnen gerne alle Fragen beantworten.

Mit dieser Broschüre geben wir Ihnen den Leistungskatalog unserer Betriebskrankenkasse an die Hand. Sie finden darin die breite Palette der Leistungen aufgeführt, auf die Sie Anspruch haben.

Ergeben sich darüber hinaus Fragen, besuchen Sie uns oder rufen Sie uns an, damit wir Sie individuell beraten können. Unsere Mitarbeiter haben immer Zeit für Sie und Ihre ganz persönlichen Anliegen.

Die Betriebskrankenkasse ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts finanziell unabhängig und organisatorisch selbständig. Sie wird vom Verwaltungsrat und dem hauptamtlichen Vorstand sachkundig geleitet. Der Verwaltungsrat setzt sich aus den gewählten Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die laufenden Verwaltungsgeschäfte erledigt der Vorstand mit seinen Mitarbeitern. Ihr Arbeitgeber hat keine Akteneinsicht, bekommt keine Auskunft über Krankheits- oder andere schutzwürdige Daten. Unsere Mitarbeiter sind auf Verschwiegenheit besonders verpflichtet. Was ihnen anvertraut wird, ist Unbefugten nicht zugänglich. Darauf können Sie sich verlassen.

Unsere Mitglieder

In der Betriebskrankenkasse sind grundsätzlich alle Beschäftigten der Betriebe unseres Zuständigkeitsbereiches versichert.

Aber auch die Ehegatten und Kinder unserer BKK-Mitglieder, die selbst bei einer anderen Krankenkasse versichert sind, können Mitglied bei uns werden.

Da die Betriebskrankenkasse satzungsmäßig geöffnet ist, kann darüber hinaus nahezu jeder Mitglied werden.

Ein Wechsel wird mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam – gerechnet von dem Monat an, in dem das Mitglied den Austritt erklärt. Wer also zum 1.4. in unsere Kasse wechseln möchte, muss seiner bisherigen Kasse spätestens am 31.1. die Kündigung einreichen. An die Wahl der Krankenkasse sind Sie grundsätzlich 18 Monate gebunden.

Die Regelungen über Beginn und Ende der Versicherungspflicht/Mitgliedschaft sind nicht mit den Bestimmungen über die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse gekoppelt. Demzufolge ist es unabhängig von der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetz zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts grundsätzlich erforderlich, die Zugehörigkeit zur bisherigen Krankenkasse formell durch eine Kündigung der Mitgliedschaft zu beenden.

Freiwillig können Sie sich bei unserer Betriebskrankenkasse weiterversichern, wenn die Pflichtversicherung beendet ist.

Wichtig ist, dass immer die Möglichkeit besteht, von einer anderen Krankenkasse oder einer Ersatzkasse in die Betriebskrankenkasse überzuwechseln. Sie haben sofort den vollen Anspruch auf alle BKK-Leistungen.

Familienversicherung

Unsere Betriebskrankenkasse bietet Versicherungsschutz für die ganze Familie. Ohne zusätzliche Beitragszahlung sind der Ehegatte sowie die Kinder bis 17 Jahre mitversichert. Für Kinder, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, besteht der Anspruch bis 24 Jahre. Der Anspruch verlängert sich um den Zeitraum, um den eine Schul- oder Berufsausbildung wegen Erfüllung des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes unterbrochen bzw. verzögert wurde. Ist das Kind wegen einer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten, entfällt jegliche Altersgrenze. Jugendliche im Alter von 18 bis 22 Jahren sind auch dann als Angehörige versichert, wenn sie nicht erwerbstätig sind.

Dies gilt auch für die Kinder von **familienversicherten** Kindern (Enkel).

Auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sind familienversichert. Pflegekinder und zur Adoption vorgesehene Kinder gehören ebenfalls zu den anspruchsberechtigten Angehörigen.

Ehegatten und Kinder, auf die sich die Familienversicherung nicht oder nicht mehr erstreckt, können selbst Mitglied der Betriebskrankenkasse werden.

Die Familienversicherung ist eine eigenständige Versicherung. Die Angehörigen haben die gleiche rechtliche Stellung wie die Mitglieder. Sie können Leistungen selbst beantragen und in Anspruch nehmen.

Vom Leistungsanspruch ausgenommen sind Familienangehörige, die eigene Einnahmen zum Lebensunterhalt von jeweils mehr als 365 Euro im Monat beziehen.

Für Familienangehörige, die ausschließlich Einnahmen aus einer geringfügigen Beschäftigung erzielen, beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

Kinder können dann nicht mitversichert sein, wenn bei Verheirateten ein Elternteil nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist und ein Monatseinkommen von mehr als 4.162,50 Euro hat, das gleichzeitig höher als das Einkommen des versicherten Elternteils ist.

Für **Arbeitnehmer**, die am 31.12.2002 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Versicherungsvertrag versichert waren, beträgt die Einkommensgrenze 3.750 Euro.

Dabei bleiben Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, unberücksichtigt.

Voraussetzung für die Leistungen aus der Familienversicherung ist auch, dass der Angehörige keinen Anspruch gegenüber einer anderen Krankenkasse hat.

Bei mehrfachen Ansprüchen aus der Familienversicherung (Vater und Mutter sind zum Beispiel selbst versichert) wählen die Eltern die für die Familienversicherung zuständige Krankenkasse. Ein erneutes Wahlrecht kann jederzeit ausgeübt werden.

Nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz haben auch Lebenspartner gleichen Geschlechts Ansprüche im Rahmen der Familienversicherung. Unter den oben genannten Voraussetzungen können auch sie – und ihre Kinder – familienversichert sein, wenn sie in einer „eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft“ leben. Die Lebenspartner werden dann Ehegatten gleichgestellt.

Unsere Leistungen

Rund 96% der Leistungen sind einheitlich für die Versicherten aller Krankenkassen, auch der Ersatzkassen, gesetzlich festgelegt.

Der Verwaltungsrat unserer Betriebskrankenkasse füllt den gesetzlich vorgesehenen Freiraum durch Mehrleistungen im Rahmen der Satzung nach den besonderen Bedürfnissen unserer Versicherten optimal aus. Im Vordergrund stehen insbesondere Krankheitsverhütung und -früherkennung.

Krankheitsverhütung und -früherkennung

Den vielschichtigen Angeboten zur Gesundheitssicherung haben wir uns schon seit Jahren besonders intensiv gewidmet. Gerade die Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen bieten eine große

Chance, dem Ausbruch einer Krankheit vorzubeugen oder Krankheiten im Frühstadium zu erkennen und erfolgreich zu behandeln.

Im Rahmen der Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung kommen in Betracht:

- Leistungen der primären Prävention. Diese zielen auf die Ausschaltung schädlicher Faktoren vor deren Wirksamwerden. Hierbei handelt es sich um
 - Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sowie zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht.
 - Maßnahmen zur Förderung der Herz- und Kreislauffunktion sowie zur Förderung des Muskel- und Skelettsystems
 - Maßnahmen zur Vermeidung stressabhängiger Krankheiten
 - Maßnahmen zur Reduktion bzw. Entwöhnung von Genuss- und Suchtmitteln

Werden die Maßnahmen von uns durchgeführt, sind sie für die Versicherten kostenfrei. Zu den Teilnahmegebühren für Kurse und Seminare, die von anderen Stellen durchgeführt werden, zahlen wir Zuschüsse in Höhe von 80 % der Gebühren, maximal 80 Euro. Die Kostenübernahme ist unabhängig vom Handlungsfeld auf zwei Kurse im Kalenderjahr begrenzt. Vereinsbeiträge oder Beiträge zu Fitness-Studios und Ähnlichem werden nicht übernommen.

- Untersuchungen zur Vermeidung von Zahnerkrankungen, die schon im Kindergarten oder in der Schule einsetzen. Bei Versicherten im Alter von 6 bis 17 Jahren kann halbjährlich eine solche Untersuchung beim Zahnarzt durchgeführt werden. Für ältere Versicherte wird eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung einmal in jedem Kalenderjahr angeboten.

- Ambulante Vorsorgeleistungen am Wohnort, die insbesondere ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln beinhalten.

- Ambulante Vorsorgeleistungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in anerkannten Kurorten, wenn die Behandlung am Wohnort nicht ausreicht und für die Krankheitsverhütung die geologischen und klimatischen Besonderheiten des Kurortes wichtig sind. Wir übernehmen die Kosten der kurärztlichen Behandlung, der Arzneien und der Heil- und Hilfsmittel. Bei Heilmitteln müssen die Versicherten ab 18 Jahre eine Zuzahlung von 10 % der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung leisten. Zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, An- und Abreise und Kurtaxe zahlen wir den Höchstzuschuss von 13 Euro täglich.

- Stationäre Vorsorgeleistungen in einer Vorsorgeeinrichtung, wenn die ambulante Vorsorgekur nicht ausreicht. Wir übernehmen die medizinischen Vor-

sorgeleistungen sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die Zuzahlung beträgt für die Versicherten täglich 10 Euro. Zu den Fahrkosten beträgt die Zuzahlung je Fahrt 10 %, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise zu den Härtefällen.

- Vorsorgeleistungen für Mütter sowie Mutter-Kind-Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen. Die Eigenbeteiligung beträgt für die Versicherten täglich 10 Euro. Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise zu den Härtefällen. Väter sind in gleicher Weise wie Mütter anspruchsberechtigt.
- Zuschüsse zu Kindererholungskuren, die privat oder von den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege durchgeführt werden, in Höhe von 13 Euro kalendertäglich.
- Kostenübernahme für Schutzimpfungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf Basis der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen hat. Dies gilt analog für Impfleistungen aufgrund von Urlaubsreisen ins Ausland, nicht jedoch für beruflich bedingte Auslandsreisen.
Neben diesen Impfungen, die als Pflichtleistung von allen Kassen erbracht werden, übernehmen wir die Kosten für folgende Impfungen gegen:

Grippe ohne Altersbeschränkung
FSME für Versicherte, die in Risikogebiete reisen
Hepatitis B zur Komplettierung des Impfschutzes für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben
Rotaviren bis zur 26. Lebenswoche

Darüber hinaus können wir unseren Versicherten folgenden Service ganzjährig anbieten:

- Kostenlose schriftliche Ausarbeitung einer individuellen Impfberatung binnen dreier Arbeitstage.
- Fragen zum Inlandsimpfschutz für Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden beantwortet.
- Für Auslandsaufenthalte erfolgt eine individuelle Information zu notwendigen Impfungen und Prophylaxemaßnahmen.

Der Service wird durch pharmazeutische Fachkräfte angeboten. Die Inhalte werden ständig den neuesten Empfehlungen angepasst.

Auf dem Gebiet der Krankheitsfrüherkennung übernehmen wir:

- Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kinder.

Von der Geburt bis zum Alter von 13 Jahren sollten insgesamt elf Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen werden. Sie dienen der Früh-

erkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Weiterentwicklung des Kindes erheblich stören können. Keine dieser wichtigen Untersuchungen sollte versäumt werden. Kinder können nicht selbst entscheiden. Die Verantwortung der Eltern ist groß, und rechtzeitig erkannte Schäden oder Fehlentwicklungen sind meist zu beheben oder zu mindern.

■ **Krebs-Früherkennungsuntersuchungen für Frauen und Männer.**

Wir übernehmen einmal jährlich die Kosten für die nach dem Lebensalter gestaffelten Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

Die Untersuchungen beziehen sich für Frauen ab 20 Jahre auf den Unterleib, ab 30 Jahre zusätzlich auf die Brust sowie ab 50 Jahre auch auf den Mastdarm und den übrigen Dickdarm.

Zusätzlich haben Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres alle 24 Monate Anspruch auf eine Untersuchung der Brust (Mammographie-Screening).

Bei Männern ab 45 Jahre erstrecken sich die Untersuchungen auf Prostata und Genitalbereich sowie ab 50 Jahre auch auf den Mastdarm und den übrigen Dickdarm.

Unabhängig vom Geschlecht haben Versicherte ab 20 Jahre jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs.

Alle Versicherten ab 50 Jahre können jährlich einmal ihren Stuhl auf verborgenes Blut untersuchen lassen. Ab 55 Jahre können Sie sich dann entscheiden, und zwar entweder

- für die Spiegelung des gesamten Dickdarmes (Koloskopie) mit einer Wiederholung nach zehn Jahren oder
- für die Untersuchung des Stuhles auf verborgenes Blut alle zwei Jahre.

■ Sind Sie 35 Jahre oder älter, bieten wir Ihnen darüber hinaus in zweijährigem Rhythmus eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung an, mit der insbesondere Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie die Zuckerkrankheit frühzeitig erkannt werden sollen.

Da die besten Vorsorge-Programme nichts nützen, wenn keiner hinget, bitten wir alle Versicherten, die vorhandenen Möglichkeiten auch wirklich in Anspruch zu nehmen.

Ärztliche Behandlung

Ärztliche Behandlung erhalten Sie zeitlich unbegrenzt durch alle zugelassenen Vertragsärzte. Dem Arzt gegenüber weisen Sie sich durch Vorlage der Krankenversichertenkarte als Versicherter der Betriebskrankenkasse aus. Die Krankenversichertenkarte ist dem Arzt vor der ersten Behandlung vorzulegen. Sollte dies nicht möglich sein, so ist der Nachweis innerhalb von zehn Tagen nachzureichen.

Versicherte ab 18 Jahre zahlen **pro Quartal**, in dem ein Arzt aufgesucht wird, 10 Euro als so genannte Praxisgebühr, es

sei denn, die Inanspruchnahme erfolgt auf Überweisung. Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise zu den Härtefällen.

Vorsicht:

Wer die Zahlung der Praxisgebühr verweigert, erhält eine Zahlungsaufforderung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Wer dann gegen diesen Bescheid **ohne triftigen Grund** Klage vor dem Sozialgericht erhebt, dem wird vom Gericht ein Kostenbetrag von mindestens 150 Euro auferlegt.

Die Zahlung entfällt, wenn der Arzt ausschließlich aufgrund einer Schutzimpfung, einer Früherkennungsuntersuchung oder im Rahmen der Schwangerenvorsorge aufgesucht wird.

Ein besonderes Angebot bieten wir unseren Versicherten unter der Tel.-Nr. 0231/8447777 montags bis freitags von 8:00 bis 18:00 Uhr: den Arzt-Termin-Service. Wir vereinbaren für Sie zeitnahe Termine beim Arzt.

Darüber hinaus haben wir unser Leistungsangebot ausgebaut: Durch einen Vertrag über die ärztliche Versorgung mit klassischer Homöopathie bei speziell ausgebildeten Ärzten.

Zum Angebot gehören eine homöopathische Erstanamnese, Folgeanamnesen, Arzneimittelauswahl sowie Abstimmung mit teilnehmenden Apotheken.

Eine Liste der teilnehmenden Ärzte und Apotheken in Ihrer Nähe finden Sie über unsere Internetseite oder per Telefon 0800 8738740.

Arznei- und Verbandmittel

Die Kosten für erforderliche Arzneien,

soweit sie nicht als unwirtschaftlich von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind, und Verbandmittel werden ebenfalls von uns übernommen, wenn sie ein Vertragsarzt verordnet. Der Arzt verschreibt alle klinisch erprobten Arzneien, die er aufgrund seiner besonderen Sachkenntnis zur Heilung oder Linderung von Krankheiten für notwendig hält. Eine Übernahme von Medikamenten der „Bagatellmedizin“, zum Beispiel Grippe-mittel oder Mittel gegen Reisekrankheiten, dürfen wir für Versicherte, die älter als 17 Jahre sind, nicht übernehmen. Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung von Erektionsstörungen, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.

Versicherte ab 18 Jahre haben die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung für jedes verordnete Mittel an die abgebende Stelle zu entrichten. Sie beträgt 10%, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Für eine Vielzahl von Arzneimitteln wurden im Rahmen der Kostendämpfung Festbeträge vereinbart. Wird von Ihnen ein Mittel gewählt, dessen Preis höher ist

als der entsprechende Festbetrag, so haben Sie neben der vom Preis abhängigen Zuzahlung die Differenz zwischen dem Festbetrag und dem tatsächlichen Abgabepreis in voller Höhe selbst zu zahlen.

Auch bei der Arzneimittelversorgung können wir unseren Versicherten einen besonderen Service bieten: die Arzneimittelberatung durch einen renommierten Dortmunder Apotheker. Dieser beantwortet alle Fragen rund um das Thema Arzneimittel. Sie können Ihre Fragen telefonisch unter 0800 8738740 stellen und um Rückruf durch den Apotheker bitten. Die Fragen werden unmittelbar weitergeleitet und innerhalb von 24 Stunden beantwortet.

Heilmittel

Zum Leistungskatalog der Betriebskrankenkasse gehören auch Heilmittel. Es handelt sich dabei um ausgewählte Verfahren, die der Heilung, Besserung oder Linderung von Krankheiten dienen.

Einige Beispiele: Medizinische Bäder, Massagen, Sprachheilbehandlungen, Inhalationen, Krankengymnastik, Bestrahlungen.

Die richtige Anwendung zu verordnen ist Aufgabe des Arztes. Wir haben durch Verträge mit Lieferanten und Behandlern sichergestellt, dass Sie die verordneten Heilmittel in Anspruch nehmen können. Dazu stehen Ihnen selbstverständlich auch unsere eigene Abteilung für physikalische Therapie im Hüttenhospital (Näheres ist im

Abschnitt „Unser Krankenhaus“ beschrieben) sowie die Physiotherapie im Aha Aktiv-Haus zur Verfügung.

Versicherte ab 18 Jahre haben zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung von 10% sowie 10 Euro je Verordnung an die abgebende Stelle zu leisten.

Betragen zum Beispiel die Kosten für sechs Massagen und sechs Fangopackungen 90 Euro, beträgt Ihre Eigenleistung 19 Euro. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen abgegeben werden.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, mit deren Hilfe versucht wird, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine Körperbehinderung auszugleichen. Dazu zählen unter anderem: Hörgeräte, Krankenfahrstühle, orthopädische Schuhe, Prothesen.

Wir übernehmen die Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel mit Ausnahme bestimmter Mittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen bzw. mit geringem Abgabepreis. Dies gilt ebenso für die notwendigen Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen, wie auch die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel und deren Unterhaltung. Die Kosten für Hörgeräte-Batterien dürfen jedoch nur für Versicherte bis 17 Jahre übernommen werden.

Versicherte ab 18 Jahre haben die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung für jedes abgegebene Hilfsmittel an die abgebende Stelle zu entrichten. Sie beträgt 10%, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro.

Für Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und Stoma-Artikel besteht eine bundesweite Festbetragsregelung.

Auch für andere Hilfsmittel wurden Festbeträge eingeführt. Wählen Sie eine aufwendigere Ausführung, müssen Sie zusätzlich die Mehrkosten zwischen dem Festbetrag und dem Abgabepreis selbst zahlen.

Vor Beschaffung eines Hilfsmittels ist ein Antrag auf Kostenübernahme zu stellen, dem ein Kostenvoranschlag und gegebenenfalls ein ärztliches Attest beizufügen sind. Dies wird in den meisten Fällen vom Hilfsmittel-Anbieter in die Wege geleitet.

Sehhilfen

Anspruch auf Versorgung mit Brillengläsern haben grundsätzlich nur noch Kinder bis 17 Jahre. Bei einer erneuten Versorgung können die Kosten nur bei einer Veränderung der Sehstärke von mindestens 0,5 Dioptrien übernommen werden. Diese Einschränkung gilt nicht für Kinder bis zu 13 Jahren. Kosten für das Brillengestell werden nicht übernommen.

Für Versicherte ab 18 Jahre werden Brillengläser nur übernommen, wenn sie auf beiden Augen eine schwere Seheinträchtigung aufweisen, die der

Stufe 1 der von der WHO empfohlenen Klassifikation entspricht.

Die Kosten für Kontaktlinsen tragen wir für die genannten Personenkreise nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Werden Kontaktlinsen gewählt, obwohl eine Brille ausreicht, übernehmen wir die Kosten, die wir für die erforderlichen Brillengläser aufzuwenden hätten. Pflegemittel für Kontaktlinsen werden nicht bezahlt.

Krankengeld

Krankengeld wird bei Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf des Entgeltfortzahlungsanspruchs zeitlich unbegrenzt gewährt, wegen derselben Krankheit jedoch längstens für 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Höhe des Krankengeldes richtet sich nach dem erzielten Arbeitsentgelt. Es beträgt 70 % des wegen Arbeitsunfähigkeit entgangenen Bruttolohns oder -gehalts. Bei der Berechnung ist die jeweils geltende Leistungsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Der Tagesbetrag darf 90 % des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. Somit beträgt der tägliche Höchstbetrag in diesem Jahr 87,50 Euro.

Nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraums wird das Krankengeld um den Prozentsatz erhöht, um den sich zuletzt die durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelte in der Bundesrepublik Deutschland erhöht haben.

Vom Krankengeld sind Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie zur Pflegeversicherung zu zahlen,

grundsätzlich sind sie vom Versicherten und uns je zur Hälfte aufzubringen.

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Krankengeld wird auch gezahlt, wenn der Versicherte zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege seines erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben muss. Voraussetzung ist jedoch, dass andere im Haushalt lebende Personen das Kind nicht versorgen können und das Kind höchstens 11 Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Dieses Krankengeld wird in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage gezahlt. Der Anspruch ist auf maximal 25 Arbeitstage, bei alleinerziehenden Versicherten auf maximal 50 Arbeitstage je Kalenderjahr begrenzt. Der Anspruch ruht, wenn der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt weiterzahlt.

Unbegrenzt wird das Krankengeld gezahlt, wenn das Kind an einer Erkrankung leidet,

- die fortschreitend und sich unaufhalt-sam verschlimmernd verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine schmerz- und beschwerdelindernde Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebens-erwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

In diesen Fällen ist nicht Voraussetzung, dass eine andere im Haushalt leben-

de Person das Kind nicht versorgen könnte.

Krankenhausbehandlung

Die Kosten einer notwendigen Krankenhausbehandlung übernehmen wir zeitlich unbefristet in voller Höhe. Diese Leistung beinhaltet Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Pflegeklasse, ärztliche Behandlung und Pflege, Operationskosten und Arzneimittel. Es besteht also Anspruch auf eine Versorgung, wie sie nach Art und Schwere der Krankheit notwendig ist. Selbstverständlich übernehmen wir auch die Kosten für Operationen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, Organverpflanzungen und ähnliches.

Innerhalb eines Kalenderjahres haben Versicherte ab 18 Jahre für längstens 28 Tage 10 Euro je Kalendertag an das Krankenhaus zu zahlen. Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise zu den Härtefällen.

Häusliche Krankenpflege

Wir gewähren häusliche Krankenpflege durch einen Krankenpfleger, eine Krankenschwester, vergleichbares Pflegepersonal oder eine selbstbeschaffte Ersatzkraft. Voraussetzung ist, dass eine notwendige Krankenhausbehandlung nicht durchgeführt beziehungsweise verkürzt wird. Der Anspruch besteht grundsätzlich bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. Eine Verlängerung ist möglich. Die Kosten für häusliche Krankenpflege dürfen nicht übernommen werden, wenn eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die Pflege übernehmen kann.

Als häusliche Krankenpflege wird Behandlungspflege auch dann erbracht, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Versicherte ab 18 Jahre haben zu den Kosten der häuslichen Krankenpflege für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme je Kalenderjahr eine Zuzahlung von 10% zu leisten. Darüber hinaus fällt je Verordnung von häuslicher Krankenpflege eine Zuzahlung von 10 Euro an. Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise zu den Härtefällen.

Haushaltshilfe

Versicherte erhalten Haushaltshilfe oder angemessenen Kostenersatz, wenn sie zu Lasten der Betriebskrankenkasse stationär behandelt werden, häusliche Krankenpflege, medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen und ihnen deshalb die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.

Weitere Voraussetzungen sind:

- die Weiterführung des Haushalts durch eine andere im Haushalt lebende Person ist nicht möglich,
- im Haushalt befindet sich ein Kind bis zu 11 Jahre oder
- ein älteres Kind ist behindert und auf Hilfe angewiesen.

Haushaltshilfe wird auch gewährt, wenn sie wegen Schwangerschaft, einer Haus-

entbindung oder einer ambulanten Entbindung im Krankenhaus notwendig ist. Darüber hinaus wird Haushaltshilfe gewährt, wenn und solange dem Versicherten oder seinem familienversicherten Ehegatten die Weiterführung des Haushalts allein wegen einer Krankheit nicht möglich ist.

Allerdings müssen auch hier die in der linken Spalte genannten Voraussetzungen erfüllt sein.

Diese Form der Haushaltshilfe wird als satzungsmäßige Mehrleistung längstens für einen Zeitraum von vier Wochen je Kalenderjahr gewährt.

Wenn von uns eine Haushaltshilfe nicht gestellt werden kann, werden die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft bis zu bestimmten Höchstbeträgen ersetzt. Handelt es sich bei den selbstbeschafften Ersatzkräften um Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad, ist keine Erstattung möglich. In solchen Fällen können jedoch Fahrkosten und Verdienstaufschlag in einem bestimmten Rahmen ersetzt werden.

Versicherte ab 18 Jahre haben zu den Kosten der Haushaltshilfe je Kalendertag eine Zuzahlung von 10%, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro zu leisten. Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise zu den Härtefällen.

Fahrkosten

Wir übernehmen die aus zwingenden medizinischen Gründen notwendigen Fahrkosten anlässlich einer stationären Kran-

kenhausbehandlung. Darüber hinaus werden Fahrkosten übernommen, wenn

- es sich um Rettungsfahrten handelt und diese im Zusammenhang mit einer BKK-Leistung stehen,
- ein Transport mit fachlicher Betreuung in einem Krankenwagen notwendig wird oder
- durch die ambulante Behandlung eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist.

Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die BKK und können nur noch in ganz besonderen Ausnahmefällen übernommen werden.

Der Versicherte hat je einfache Fahrt eine Zuzahlung von 10 %, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro zu leisten. Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise zu den Härtefällen.

Die Fahrkosten werden in voller Höhe übernommen, wenn die Fahrt durch uns veranlasst wurde, zum Beispiel anlässlich von Untersuchungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Zahnärztliche Behandlung

Auch diese Leistung erhalten Sie zeitlich unbegrenzt. Sie haben die freie Wahl unter den zugelassenen Zahnärzten. Wir übernehmen die vollen Kosten auch für

besondere zahnärztliche Leistungen wie beispielsweise die Kieferbruch- und Parodontosebehandlung.

Die Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal (s. Abschnitt „Ärztliche Behandlung“) entfällt, wenn der Zahnarzt ausschließlich aufgrund der zahnärztlichen Untersuchungen zur Erlangung des erhöhten Festzuschusses beim Zahnersatz aufgesucht wird.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gehören nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor.

Zahnersatz

Die Versorgung mit Zahnersatz schließt ein:

- festsitzenden Zahnersatz, zum Beispiel Zahnkronen, Brücken, Stiftzähne
- herausnehmbaren Zahnersatz, Teil- und Vollprothesen, Reparaturen.

Für die hierzu erforderlichen zahnmedizinischen Leistungen (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen) wird ein befundbezogener Festzuschuss übernommen, unabhängig davon, für welche Versorgungsform Sie sich entscheiden. Die Höhe des Festzuschusses beträgt 50 % der Kosten für die Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung Ihrer

Zähne erhöht sich der Festzuschuss jedoch um 20 % auf 70 %, wenn Ihr Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt. Im Jahr 2010 wird der um 20 % erhöhte Festzuschuss jedoch nur gewährt, wenn zusätzlich seit 2005 die im Gesetz vorgesehenen Untersuchungen in Anspruch genommen worden sind. Der Festzuschuss erhöht sich um weitere 10 %, wenn die Untersuchungen lückenlos seit 2000 in Anspruch genommen worden sind. Ausnahmen sind grundsätzlich nicht vorgesehen.

Darum beachten Sie unseren Hinweis:

Suchen Sie Ihren Zahnarzt mindestens einmal jährlich auf. Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahren sollten sich einmal halbjährlich einer individuellen zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchung unterziehen.

Vor Beginn der Behandlung erstellt der Zahnarzt – für Sie kostenlos – einen Heil- und Kostenplan, den Sie der Betriebskrankenkasse zur Genehmigung und zur Festsetzung des Festzuschusses und somit auch zur Bestimmung Ihres Anteils vorlegen müssen.

Sollte Ihr Zahnersatz nicht den gewünschten Sitz haben oder andere Mängel aufweisen, beanstanden Sie dies bitte sofort beim Zahnarzt. Die Mängelbeseitigung und sogar eine Neuanfertigung ist dann für Sie kostenlos. Hilft Ihnen der Zahnarzt nicht, wenden Sie sich bitte umgehend an uns. Innerhalb von zwei Jahren können

Mängelrügen gegenüber dem Zahnarzt geltend gemacht werden.

Wenn das monatliche Bruttoeinkommen bestimmte Einkommensgrenzen nicht übersteigt, übernehmen wir den doppelten Festzuschuss, angepasst an die Höhe der für Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten. Nehmen Versicherte, die unter diese Regelung fallen, bei der Zahnersatzversorgung ausschließlich Leistungen der Regelversorgung in Anspruch, so übernehmen wir also auch die ggf. im Einzelfall über den doppelten Festzuschuss hinausgehenden tatsächlich entstehenden Kosten.

Für das Jahr 2010 betragen die Einkommensgrenzen monatlich:

- 1.022 Euro für den Versicherten,
 - 1.405,25 Euro, wenn ein Angehöriger im gemeinsamen Haushalt lebt,
 - 1.660,75 Euro, wenn zwei Angehörige im Haushalt leben.
 - Für jeden weiteren Angehörigen erhöht sich der Betrag um 255,50 Euro.
- Dies gilt auch für Versicherte, die
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII
 - Hilfe im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz,
 - Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz,
 - Arbeitslosengeld II nach dem Sozialgesetzbuch II,
 - Ausbildungsförderung nach dem Bun-

desausbildungsförderungsgesetz oder dem Sozialgesetzbuch III erhalten oder bei denen

- die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Liegen die Voraussetzungen für den doppelten Festzuschuss nicht vor, erhalten die Versicherten zusätzlich einen Betrag, um den die Festzuschüsse (50 %) das Dreifache der Differenz zwischen ihren monatlichen Bruttoeinnahmen und der für den doppelten Festzuschuss maßgebenden Einnahmegränze übersteigen.

Beispiel:

Bei einem alleinstehenden Versicherten mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von 1.122 Euro ist Zahnersatz erforderlich, für den im Rahmen der Regelversorgung ein Festzuschuss von 500 Euro gezahlt wird. Da das Einkommen den Grenzbetrag für den doppelten Festzuschuss (1.022 Euro) übersteigt, hätte der Versicherte einen Eigenanteil von 500 Euro zu zahlen. Er erhält jedoch im Rahmen der gleitenden Härtefallregelung einen zusätzlichen Betrag von 200 Euro, so dass sich der Eigenanteil auf 300 Euro reduziert. Der zusätzliche Betrag wird errechnet aus der Differenz zwischen 1.022 und 1.122 Euro (= 100 Euro). Dieser Differenzbetrag wird mit drei multipliziert. Das Ergebnis (300 Euro) wird von dem Festzuschuss in Höhe von 500 Euro in Abzug gebracht.

Bei der Anwendung der gleitenden Härtefallregelung ist es unerheblich, ob der Versicherte den Zahnersatz als Regelversorgung erhalten hat, ein über die Regelversorgung hinausgehender gleichartiger Zahnersatz gewählt wurde oder eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung vorlag.

Zusätzliche Hinweise zum Zahnersatz entnehmen Sie bitte unserer Broschüre „Es geht um Ihr Geld – Zahnersatz“.

Kieferorthopädische Behandlung

Die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung werden durch uns zunächst in Höhe von 80 % übernommen. Voraussetzung ist allerdings, dass eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung für Versicherte, die zu Beginn der Behandlung älter als 17 Jahre sind, werden nur in Ausnahmefällen (z.B. bei schwerer Kieferanomalie) übernommen.

Den vom Versicherten zunächst zu tragenden Anteil an den Behandlungskosten in Höhe von 20 % erstatten wir, wenn die Behandlung erfolgreich abgeschlossen worden ist.

Der Eigenanteil verringert sich für das zweite und jedes weitere Kind auf 10 %, wenn bei mehreren Kindern gleichzeitig kieferorthopädische Maßnahmen durchgeführt werden.

Rehabilitationsleistungen

Der Bereich der Rehabilitation umfasst medizinische, berufsfördernde und allgemeine soziale Maßnahmen, die der Wiedereingliederung des kranken Menschen dienen. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation übernehmen wir alle notwendigen Leistungen für Versicherte mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen und für solche Personen, die hiervon bedroht sind. Dazu zählen insbesondere:

- ambulante Rehabilitationsleistungen am Wohnort wie Maßnahmen der physikalischen Therapie (medizinische Bäder, Inhalationen und ähnliches, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Belastungserprobung und Arbeitstherapie und ambulanten Rehabilitationssport unter ärztlicher Aufsicht).
- Leistungen der ambulanten Rehabilitation, die als Komplexleistungen oder teilstationär erbracht werden. Die Zuzahlung beträgt für die Versicherten 10 Euro je Behandlungstag, wobei die Zahl der Behandlungstage im Regelfall bei 20 liegt.
- Stationäre Rehabilitationsleistungen in einer Rehabilitationseinrichtung, wenn ambulante Leistungen nicht ausreichen. Dazu gehören ärztliche Behandlung, Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, bei Bedarf gesundheitspädagogische Leistungen sowie die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und die erforderlichen Fahrkosten. Für jeden Kalender-

tag der Behandlung müssen Sie einen Eigenanteil von 10 Euro entrichten. Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise zu den Härtefällen.

- Rehabilitationsleistungen für Mütter sowie Mutter-Kind-Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen. Die Eigenbeteiligung beträgt für die Versicherten täglich 10 Euro. Bitte beachten Sie hierzu unsere Hinweise zu den Härtefällen.

Väter sind in gleicher Weise wie Mütter anspruchsberechtigt.

- Betriebliche Wiedereingliederung durch stundenweise Steigerung der Arbeitszeit bis zur vollen Arbeitsbelastung nach langer Krankheit.

Vergleichbare Maßnahmen werden durch andere Sozialversicherungsträger gewährt. Wenn wir Rehabilitationsleistungen nicht selbst erbringen können, leisten wir auch bei der Beratung und Antragstellung zuverlässige Unterstützung. Wir sind Anlaufstelle für Leistungen aller Sozialversicherungsträger.

Härtefallregelungen

Wir haben bei den einzelnen Leistungsbereichen darauf hingewiesen, dass Sie bei bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten müssen, – allerdings nur bis zur so genannten Belastungsgrenze. Dies gilt nicht für die Zuzahlung beim Zahnersatz.

Diese beträgt 2% Ihrer Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen.

Der Gesetzgeber hat diese Regelung für Frauen, die ab dem **2. April 1987 geboren sind**, mit weiteren Voraussetzungen versehen, damit die geringere Belastungsgrenze von 1 Prozent später einmal gelten kann: Sie müssen, wenn sie später an Gebärmutterhalskrebs (Zervix-Karzinom) erkranken sollten, zusätzlich nachweisen, dass sie eine **ärztliche Beratung** über die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs in Anspruch genommen haben. Diese Beratung können Frauen ab dem Alter von 20 Jahren nutzen.

Von dieser Neuregelung erstmals betroffen sind im **Kalenderjahr 2010** jene jungen Frauen, die im Jahr 1990 geboren sind. Denn sie werden 2010 20 Jahre alt. Für die Inanspruchnahme der Beratung bleiben ihnen 2 Jahre Zeit. **Nur wenn in dieser Zeit eine Beratung durchgeführt wird, kann später die Belastungsgrenze von 2 auf 1 Prozent gesenkt werden!**

Beispiel:

Versicherte geb. am	5. 7. 1990
Beratung möglich ab	5. 7. 2010
Beratung muss erfolgen bis	4. 7. 2012

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen und die

Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet. Dabei werden jedoch Familienabschläge berücksichtigt.

Abweichend davon ist bei Versicherten,

- die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten oder Arbeitslosengeld II beziehen oder
- die in einem Alten-, einem Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht sind und die Kosten der Unterbringung von einem Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen werden,

als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ein Betrag von jährlich 4.308 Euro maßgeblich. Für Versicherte in München gelten höhere Beträge.

Daraus ergeben sich Zuzahlungen von maximal 86,16 Euro pro Jahr. Für chronisch Kranke reduziert sich die Zuzahlung auf maximal 43,08 Euro.

Wir haben für den Nachweis der Zuzahlungsbeträge ein Quittungsheft entwickelt. Mit diesem Quittungsheft können Sie alle Zuzahlungen übersichtlich

erfassen. Wenn Sie im Laufe dieses Jahres die jeweilige Belastungsgrenze überschreiten, reichen Sie uns Ihr ausgefülltes Heft sofort ein. Wir werden Sie dann für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreien und Ihnen die Beträge erstatten, die oberhalb Ihrer Belastungsgrenze liegen. Bitte fordern Sie das Quittungsheft bei uns an.

Der örtlich zuständige Träger der Sozialhilfe gibt den in Heimen lebenden Sozialhilfeempfängern ein Darlehen in Höhe des jährlichen Zuzahlungshöchstbetrages. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt in 12 Monatsraten durch Verrechnung mit dem Taschengeld. Damit werden die Zuzahlungsverpflichtungen gleichmäßig auf das Jahr verteilt und finanzielle Engpässe für in Heimen lebende Sozialhilfeempfänger am Jahresbeginn vermieden. Sollte ein Heimbewohner dieser Regelung mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht widersprechen, besteht selbstverständlich die Möglichkeit, die Vorauszahlung aus eigenen Mitteln selbst im Verhältnis zur BKK zu entrichten.

Mutterschaft

Mutter und Kind gilt unsere besondere Aufmerksamkeit. Schon vor der Entbindung sind Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen, um Komplikationen zu vermeiden. Ärztliche Behandlung, Arzneien, von Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen oder Gynäkologen geleitete Geburtsvorbereitungskurse, Verband- und Heilmittel, Hebammenhilfe, häusliche Pflege, Haus-

haltshilfe sowie die Kosten der Entbindung werden voll bezahlt.

Mutterschaftsgeld

Mutterschaftsgeld gewähren wir für Frauen in einem Arbeitsverhältnis für sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld für zwölf Wochen nach der Entbindung. Das Mutterschaftsgeld beträgt 13 Euro je Kalendertag. Die Differenz zum bisherigen Nettoarbeitsentgelt zahlt der Arbeitgeber.

Frauen, die nicht in einem Arbeitsverhältnis stehen, aber Anspruch auf Krankengeld haben (Bezieher von Arbeitslosengeld), erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes.

Empfängnisregelung

Unser Leistungsangebot umfasst auch die ärztliche Beratung über die Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der erforderlichen Untersuchung und der Verordnung empfängnisverhütender Mittel. Zusätzlich haben Versicherte bis zum Alter von 19 Jahren Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden. Auch die Kosten einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs werden von uns übernommen, ebenso die in diesem Zusammenhang anfallenden Krankenhauskosten. Liegt Arbeitsunfähigkeit vor und besteht kein Anspruch auf Fortzahlung

des Arbeitsentgeltes, zahlen wir Krankengeld.

Bei einem rechtswidrigen, aber straflosen Schwangerschaftsabbruch werden die Leistungen, die sich unmittelbar auf den Abbruch der Schwangerschaft erstrecken und zu seiner Durchführung im Regelfall notwendig sind, nicht übernommen.

Elterngeld

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhalten aus Anlass einer Entbindung Elterngeld. Das Elterngeld ist jedoch keine Leistung der Krankenversicherung. Selbstverständlich erteilen wir Ihnen Informationen und helfen Ihnen bei der Antragstellung.

Kostenerstattung

Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen für mindestens ein Jahr Kostenerstattung wählen. Hierüber müssen Sie uns vor Inanspruchnahme der Leistungen schriftlich informieren.

Die Wahl der Kostenerstattung kann auf einzelne Leistungsbereiche beschränkt werden.

Sollten Sie sich für die Kostenerstattung entscheiden, sind Sie gegenüber den Leistungserbringern (Ärzte, Zahnärzte usw.) Privatpatient. Die Wahl ist dabei grundsätzlich auf Leistungen beschränkt, die von Vertragsärzten/-zahnärzten sowie anderen gesetzlich und vertraglich zugelassenen Leistungserbringern ausgeführt werden. Ausnahmen sind nach vorheriger Zustimmung durch uns möglich.

Der Kostenerstattungsanspruch besteht höchstens in Höhe der Leistung, die wir als Sachleistung tragen müssten. Dazu sind Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch bezahlte spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.

Außerdem werden 5%, mindestens 2,50 Euro und maximal 25 Euro, vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Abzug gebracht. Einzelheiten werden in unserer Satzung geregelt.

Wahltarife

Der Gesetzgeber hat den Kassen die Möglichkeit gegeben, den Versicherten Wahltarife anzubieten. Unsere Satzung sieht mittlerweile acht unterschiedliche Wahltarife vor. Vier Wahltarife können wir interessierten bzw. betroffenen Versicherten anbieten, ohne Rücksicht auf weitere Akteure im Gesundheitswesen nehmen zu müssen.

Bei dem Wahltarif Prämienzahlung können Versicherte eine Beitragsrückzahlung (Prämie) erhalten, wenn sie und ihre Angehörigen im Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Dabei sind Leistungen zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten sowie Leistungen für Kinder bis 17 Jahre für den Anspruch auf Beitragsrückzahlung ebenso unschädlich wie für den Selbstbehalt. Der Rückzahlungsbetrag entspricht einem vollen Monatsbeitrag und umfasst bei Beschäftigten auch den vom Arbeitgeber zu zahlenden Anteil.

Bei Wahl des Tarifs Selbstbehalt können Versicherte, die Kostenerstattung für alle Leistungsbereiche gewählt haben, zwischen drei Selbstbehalt-Tarifen wählen. Mit der Wahl eines dieser Tarife erhalten Sie für ein Kalenderjahr im Voraus eine Beitragsermäßigung ausgezahlt.

Freiwillig versicherte Selbständige und die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten können einen Tarif wählen, der ihnen gegen entsprechende Prämienzahlung einen Anspruch auf Krankengeld einräumt.

Für alle drei Wahltarife gilt, dass der Versicherte mindestens drei Jahre an den Tarif gebunden ist. Während dieser dreijährigen Bindungsfrist kann die Mitgliedschaft grundsätzlich nicht gekündigt werden. Nähere Einzelheiten zu den Wahltarifen sind in unserer Satzung geregelt.

Versicherte, die in dem Wahltarif strukturierte Behandlung für

- Diabetes mellitus Typ 1 oder
- Diabetes mellitus Typ 2 oder
- Brustkrebs oder
- Koronare Herzkrankheit oder
- Asthma oder
- chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

eingeschrieben sind, profitieren von einer optimal abgestimmten Therapie nach dem aktuellen Stand der Medizin.

Für die Ausgestaltung der weiteren Wahltarife, insbesondere zur hausarztzen-

trierten Versorgung, sind wir auf vertragliche Vereinbarungen mit den Ärzten bzw. Ärzteverbänden angewiesen. Durch eine gesetzliche Änderung waren die Krankenkassen verpflichtet, spätestens bis 30.6. 2009 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen entsprechende Verträge zu schließen.

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Wir wollen, dass Sie gesund bleiben. Ausgehend von dieser Maxime bieten wir Ihnen seit Jahren Maßnahmen zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten an. Um das gesundheitsbewusste Verhalten unserer Versicherten noch stärker zu fördern, wollen wir zusätzliche finanzielle Anreize setzen. Wir nutzen hierzu ein Bonussystem, das sich aus zwei Komponenten zusammensetzt: einem Pflichtteil und einem variablen Teil.

Der Pflichtteil ist vollständig nachzuweisen und daneben sind aus den fünf Punkten des variablen Teils drei einmal innerhalb eines Jahres nachzuweisen. Dies jedoch immer unter der Voraussetzung, dass der Versicherte grundsätzlich zur Inanspruchnahme der Leistung berechtigt ist.

Beispiel:

Ein 37-jähriger Mann nimmt im Jahre 2010 die ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit in Anspruch; ebenso die Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Prostata und des Geni-

talbereichs nimmt er nicht in Anspruch, da diese erst für Männer ab 45 Jahre angeboten wird. Gleichwohl sind die persönlichen Voraussetzungen des Pflichtteils im Falle unseres Beispiels erfüllt. Wird dieser Versicherte im Jahre 2010 erstmals Vater eines Kindes, so ist weitere Voraussetzung für die Erfüllung des Pflichtteils, dass für das Kind alle im Jahre 2010 angebotenen Kinderuntersuchungen in Anspruch genommen werden.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ist vom Arzt oder dem Anbieter der Leistung auf der BKK Bonus-Karte quittieren zu lassen.

Der Bonus beträgt 50 Euro und wird bei Erfüllung jeder weiteren Voraussetzung aus den Punkten 4 – 8 um jeweils 10 Euro bis auf maximal 70 Euro aufgestockt.

Die acht Punkte im Überblick:

1. Der Versicherte nimmt ab dem Alter von 35 an der alle zwei Jahre durchzuführenden ärztlichen Gesundheitsuntersuchung teil.
2. Der Versicherte nimmt an der jährlich/zweijährlich durchzuführenden Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil (Frauen ab 20, Männer ab 35 Jahren)
3. Mitversicherte Kinder nehmen die vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Kalenderjahres vollständig in Anspruch.
4. Der Versicherte nimmt mindestens alle zwei Jahre eine qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention in Anspruch.

5. Der Versicherte treibt regelmäßig Sport (z. B. Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein bzw. in einem qualitätsgesicherten Fitness-Studio oder Nachweis durch ein Sportabzeichen).
6. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt zwischen 18 und 27
(Body-Maß-Index =
Körpergewicht : Körpergröße im Quadrat)
Beispiel: Männlicher Versicherter, 1,75 m groß und 74 kg schwer
 $74 : 3,06 (1,75 \times 1,75) =$ Body-Maß-Index von 24
7. Der Versicherte ist seit mindestens sechs Monaten Nichtraucher.
8. Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen.

Die BKK Bonus-Karte ist bis zum 31.3. des Folgejahres bei uns einzureichen. Die Gutschrift erfolgt dann bis zum 30.4. Voraussetzung ist, dass zum **Zeitpunkt der Auszahlung** eine ungekündigte Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse Hoesch besteht.

Urlaub, Auslandsaufenthalt

Wer in der Bundesrepublik Deutschland seinen Urlaub verbringt und krank wird, kann mit der Krankenversichertenkarte ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen.

Erkranken Sie jedoch während eines Auslandsaufenthaltes, sollten Sie Folgendes wissen:

Der umfassende Versicherungsschutz der Betriebskrankenkasse endet grundsätzlich an den Grenzen der Bundesrepublik.

In folgenden Ländern können die Versicherten der Betriebskrankenkasse Leistungen nach dem jeweils dort geltenden Recht in Anspruch nehmen:

Belgien

Bosnien-Herzegowina*

Bulgarien

Dänemark

Estland

Finnland

Frankreich

Griechenland

Großbritannien

Irland

Island

Italien

Kroatien*

Lettland

Liechtenstein

Litauen

Luxemburg

Malta

Mazedonien*

Montenegro*

Niederlande

Norwegen

Österreich

Polen

Portugal

Rumänien

Schweden

Schweiz

Serbien*

Slowakei

Slowenien

Spanien

Tschechien

Türkei*

Tunesien*

Ungarn

Zypern (griech. Teil)

* Es bestehen spezielle Sozialversicherungsabkommen

Wenn Sie vorhaben, in diese Länder zu reisen, beantragen Sie rechtzeitig vor Reisebeginn die für diese Staaten geltenden Merkblätter und eine Europäische Krankenversicherungskarte. Diese befindet sich auf der Rückseite der „normalen“ Krankenversichertenkarte.

Dennoch können wir nicht garantieren, dass die benötigten Leistungen immer kostenlos gewährt werden. Teilweise werden die Europäischen Krankenversicherungskarten trotz aller internationaler Vereinbarungen von den Ärzten im Ausland nicht angenommen.

Sie werden dann nur gegen Privathonorar behandelt. In diesem Fall können Sie einen Antrag auf Kostenerstattung bei der zuständigen Krankenkasse Ihres Aufenthaltsortes stellen. Legen Sie hierzu bitte Ihre Europäische Krankenversicherungskarte und die spezifizierten und quittierten Rechnungen vor.

Die ausländische Krankenkasse wird dann eine Kostenerstattung nach ihren Vorschriften prüfen.

Ist es Ihnen nicht möglich, sich an die ausländische Krankenkasse zu wenden, kön-

nen Sie die quittierten und spezifizierten Rechnungen bei uns vorlegen. Wir prüfen dann, welcher Betrag Ihnen erstattet werden kann. Das wird der Betrag sein, den die ausländische Krankenkasse nach ihren Vorschriften hätte zahlen müssen.

Deshalb empfehlen wir dringend, für jede Auslandsreise eine private Reisekrankenversicherung abzuschließen. Nur so können Sie Geldverluste vermeiden.

Die Übernahme der Behandlungskosten in Ländern, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht, ist generell nicht möglich. Eine Ausnahme gilt für chronisch Kranke, die sich aufgrund ihrer Erkrankung bei Reisen in „Nicht-Abkommens-Staaten“ nicht privat versichern können.

Sie müssen dies aber in jedem Fall vor Antritt der Reise bei uns feststellen lassen. Informieren Sie sich bei Reisen in „Nicht-Abkommens-Staaten“ unbedingt vorher bei uns über Ihren Krankenversicherungsschutz.

Die Kosten für einen Rücktransport aus dem Ausland können wir in keinem Fall übernehmen.

Versicherte sind auch berechtigt, in den anderen EU-Staaten gezielt bestimmte medizinische Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Die BKK kann dann die Kosten „nach deutschen Sätzen“ erstatten. Dies kann für den Versicherten aber mit finanziellen Risiken (z. B. mit Abschlägen) verbunden sein. Falls Sie eine Behandlung im Ausland planen, sprechen Sie bitte vorher unbedingt mit uns.

Die Beiträge

Die umfassenden und hochwertigen Leistungen unserer Betriebskrankenkasse werden in erster Linie durch die Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Für mitversicherte Angehörige werden keine Beitragszuschläge erhoben.

Mit Wirkung ab 1.1.2009 hat die Bundesregierung die Beitragssätze für alle Krankenkassen einheitlich festgesetzt.

Für Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld gilt der allgemeine Beitragssatz; er beträgt zurzeit 14,0 %.

Für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld gilt der ermäßigte Beitragssatz; er beträgt zurzeit 13,4 %.

Der Beitrag wird aus dem Bruttoarbeitsentgelt bis zu Beitragsbemessungsgrenze (3.750 Euro) berechnet. Bei Arbeitnehmern zahlt der Arbeitgeber den halben Beitrag.

Der Beitrag für die Betriebskrankenkasse wird vom Lohn oder Gehalt einbehalten und zusammen mit den Beitragsanteilen zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie zur Pflegeversicherung vom Arbeitgeber an uns abgeführt.

Beitragssatz für Rentner und Versorgungsbezieher

Für Rentner gilt ebenfalls der allgemeine Beitragssatz von 14,0 %.

Beiträge aus Versorgungsbezügen, zu denen unter anderem Werksrenten und Zusatzversicherungen im öffentlichen Dienst gehören, sind zu entrichten, wenn der

monatliche Versorgungsbezug den Betrag von 127,75 Euro übersteigt.

Der Beitragssatz für Versorgungsbezieher unserer Betriebskrankenkasse beträgt ebenfalls 14,0 %.

Zusätzlicher Beitragssatz

Für alle gesetzlich Krankenversicherten gilt ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 %. Die daraus resultierenden Beiträge sind nach dem Willen der Bundesregierung von den Versicherten allein zu zahlen.

Leistungen der Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung bezieht alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen automatisch mit ein. Ein besonderer Antrag zur Aufnahme in die Pflegeversicherung ist nicht erforderlich. Zuständig für die Versicherten unserer Betriebskrankenkasse ist die BKK Pflegekasse Hoesch.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.

Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen. Das Gesetz unterscheidet drei Stufen der Pflegebedürftigkeit:

- Stufe 1: erhebliche Pflegebedürftigkeit
- Stufe 2: Schwerpflegebedürftigkeit
- Stufe 3: Schwerstpflegebedürftigkeit

Je nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit übernimmt die BKK Pflegekasse die Kosten der Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste bis zu monatlich 440 Euro bei erheblicher Pflegebedürftigkeit, 1.040 Euro bei Schwerpflegebedürftigkeit oder 1.510 Euro bei Schwerstpflegebedürftigkeit.

Für Schwerstpflegebedürftige kann die Leistung in Härtefällen bis auf 1.918 Euro pro Monat erhöht werden.

Wer auf die Hilfe durch professionelle Pflegedienste verzichtet, hat Anspruch auf ein Pflegegeld, das in der Höhe ebenfalls nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt ist. Dabei wird vorausgesetzt, dass eine Pflegeperson die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Pflegebedürftigen sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je nach Pflegestufe monatlich 225 Euro bei erheblicher Pflegebedürftigkeit, 430 Euro bei Schwerpflegebedürftigkeit oder 685 Euro bei Schwerstpflegebedürftigkeit.

Darüber hinaus ist es möglich, Pflegegeld und Sachleistung zu kombinieren. Wer die Sachleistung nur teilweise in Anspruch nimmt, erhält daneben ein vermindertes anteiliges Pflegegeld. Dadurch soll dem Pflegebedürftigen eine seinen Bedürfnissen entsprechende Gestaltung der Hilfen ermöglicht werden.

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, stellt die BKK Pflegekasse für eine notwendige Ersatzpflege einen Betrag von maximal 1.510 Euro zur Verfügung. Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt, die nicht erwerbsmäßig pflegt, dürfen die Aufwendungen der BKK Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Diese Leistung wird für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gewährt.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Die BKK Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro, für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro und für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.510 Euro monatlich. Für Schwerstpflegebedürftige kann die BKK Pflegekasse in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen bis zu 1.825 Euro monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Schwerstpflegebedürftigkeit weit übersteigt.

Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Zusatzleistungen wie

besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen haben die Pflegebedürftigen zu tragen.

Einzelheiten auch zu den weiteren Leistungen der Pflegeversicherung können Sie einer besonderen Broschüre unserer BKK Pflegekasse entnehmen.

Unser Service

Die in dieser Broschüre enthaltenen Informationen stellen eine gekürzte Zusammenfassung dar. Unser Versicherungs- und Leistungsangebot ist vielfältiger. Deshalb wiederholen wir unser Angebot:

Besuchen Sie uns oder rufen Sie uns an. In einem persönlichen Gespräch lassen sich alle Fragen schnell, gründlich und zu Ihrer Zufriedenheit beantworten.

Wenn Sie durch Krankheit verhindert sind, zu uns zu kommen oder ein persönliches Gespräch in Ihrer häuslichen Atmosphäre vorziehen, besuchen und beraten unsere Außendienst-Mitarbeiter Sie in Ihrer Wohnung.

Unsere Verwaltung

In unserer Hauptverwaltung in **Dortmund** können Sie uns von Montag bis Freitag in der Zeit von 7:30 Uhr bis 17:00 Uhr erreichen, und zwar unter

Kirchderner Str. 47-49, 44145 Dortmund
Tel.: 02 31/8 44 66 00
Fax: 02 31/8 44 49 95

Daneben können Sie die Mitarbeiter in unseren Geschäftsstellen – wenn keine abweichenden Öffnungszeiten angegeben sind – grundsätzlich von 8:00 Uhr bis 15:30 Uhr erreichen.

Geschäftsstelle Dortmunder Stadtwerke
Degglingstraße 30, 44141 Dortmund
Telefon: 02 31/9 55 21 94

Geschäftsstelle Phoenix
Hörder Burgstraße 18, 44263 Dortmund
Telefon: 02 31/4 27 11 42

Berg, Geschäftsstelle
Ravensburger Straße 128 - 134
88276 Berg
Telefon: 07 51/89 13 33

Hagen, Geschäftsstelle
Grüntaler Straße 11
58089 Hagen
Telefon: 0 23 31/12 82 35
Kassenstunden:
8:00 Uhr bis 12:30 Uhr
13:00 Uhr bis 15:00 Uhr

Hamm, Geschäftsstelle
Kissingerweg, 59067 Hamm
Telefon: 0 23 81/42 06 32

Hohenlimburg, Geschäftsstelle
Oeger Straße 120, 58119 Hagen
Telefon: 0 23 34/91 23 83

Isselburg, Geschäftsstelle
Schüttensteiner Straße 26
46419 Isselburg
Telefon: 0 28 50/91 03 56

Kreuztal-Ferndorf, Geschäftsstelle
Aherweiden 1, 57223 Kreuztal-Ferndorf
Telefon: 0 27 32/5 99 48 32

Lippstadt, Geschäftsstelle
Beckumer Str. 87, 59555 Lippstadt
Telefon: 0 29 41/7 41 32 32

Geschäftsstelle FALKE
Beckumer Str. 150, 59555 Lippstadt
Telefon: 0 29 41/9 78 52 11

Meinerzhagen, Geschäftsstelle
Derschlager Str. 23
58540 Meinerzhagen
Telefon: 0 23 54/92 45 17

Olpe, Geschäftsstelle
Dorfstraße, 57462 Olpe-Lütringhausen
Telefon: 0 27 61/96 24 23
Kassenstunden:
Donnerstag von 9:00 Uhr bis 14:30 Uhr

Schwerte, Geschäftsstelle

Eisenindustriestraße, 58239 Schwerte
Telefon: 0 23 04/10 62 81

Siegen, Geschäftsstelle

Eiserfelder Straße 70, 57072 Siegen
Telefon: 02 71/3 03 07 85

Kassenstunden:

Mo und Fr von 8:00 Uhr bis 12:00 Uhr
Mittwoch von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Viersen, Geschäftsstelle

Heiligenstraße 70, 41751 Viersen
Telefon: 0 21 62/1 02 75 70

Kassenstunden:

Montag von 8:00 Uhr bis 12:00 Uhr
13:30 Uhr bis 15:30 Uhr
Di, Mi und Fr von 8:00 Uhr bis 12:00 Uhr
Donnerstag von 13:30 Uhr bis 15:30 Uhr

Witten, Geschäftsstelle

Schloßstraße 5 – 7, 58456 Witten
Telefon: 0 23 02/97 51 95

Kassenstunden:

Mo – Do von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr
12:30 Uhr bis 15:30 Uhr
Freitag von 8:00 Uhr bis 12:00 Uhr

Unser Krankenhaus

Das Hüttenhospital Dortmund-Hörde, eine Eigeneinrichtung der Betriebskrankenkasse Hoesch, wurde schon vor mehr als 150 Jahren gegründet.

Die idyllisch inmitten einer Parkanlage gelegene Klinik am südlichen Stadtrand von Dortmund-Hörde steht nicht nur der ThyssenKrupp-Belegschaft und ihren Familienangehörigen, sondern der gesamten Bevölkerung offen.

Hinter seiner traditionsreichen Fassade verbirgt sich ein neuzeitlicher Krankenhausbetrieb, in dem den Patienten 144 Betten vorwiegend in Ein-, Zwei- und Dreibettzimmern zur Verfügung stehen.

Das Hüttenhospital verfügt über Abteilungen für Innere Medizin und Geriatrie sowie eine Tagesklinik für geriatrische Patienten.

Geriatrie ist die Heilkunde am älteren, zumeist an mehreren Krankheiten leidenden Menschen. Ihr Hauptziel ist die Förderung der Selbständigkeit und Alltagskompetenz der Betroffenen, um ihnen wieder zu einer möglichst eigenständigen Lebensgestaltung zu verhelfen.

- Behandelt werden schwerpunktmäßig akute und chronische Erkrankungen aus der internistischen Domäne im Alter, insbesondere Patienten mit so genannten Vielfacherkrankungen
- ferner Folgen des Schlaganfalls mit zahlreichen Funktionsdefiziten

- auch vorübergehende, meist in Zusammenhang mit der Primärerkrankung auftretende Hirnleistungsstörungen
- degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates, Schwäche und Mobilitätseinschränkungen in Folge operativer Eingriffe
- assoziierte physische und psychosoziale Störungen
- und mit Hilfe konsiliarischer Betreuung andere Krankheiten oder Störungen, die als Begleiterscheinungen auftreten

Hierzu ist ein Behandlungsteam mit zahlreichen Kompetenzen erforderlich. So arbeiten im Hüttenhospital insbesondere folgende Berufsgruppen zum Wohl der Patienten zusammen:

- Ärztinnen und Ärzte mit den fachlichen Schwerpunkten / Qualifikation Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Physikalische Therapie und Rehabilitation, Klinische Geriatrie, Rettungsdienst
- Krankenschwestern und -pfleger
- Krankengymnasten
- Ergotherapeuten
- Sprachtherapeuten
- Physikalische Therapeuten
- Sozialarbeiterinnen

Soweit es im Einzelfall geboten und möglich ist, fördern wir den Anschluss von Patienten und ihren Angehörigen an Selbsthilfegruppen.

Neben dem stationären und teilstationären Bereich können die Patienten auch

ambulante Leistungen in Anspruch nehmen. In der Physikalischen Therapie können folgende Anwendungen genommen werden:

Elektrophysikalische Behandlungen, Kurzwelle, Mikrowelle, Elektrisieren, Heißluft, Ultraschall, Nemectrodyn/Iontophorese, Elektroaugmassage, Ultra-Reizstrom, Eistherapie, Fango, Phonophorese, Unterwassermassage, Stangerbad, Übungen im Bewegungsbad, Medikamenten-Inhalation, Massagen aller Art, Lymphdrainage.

Krankengymnastik und Bewegungsübungen, auch nach Vojta und Bobath, führen unsere Krankengymnasten durch.

Die ambulanten Leistungen können von Montag bis Freitag nach vorheriger Abstimmung in Anspruch genommen werden.

Sie erreichen das Hüttenhospital telefonisch unter 02 31/46 19 – 0.
www.huettenhospital.de

Vorsorgekasse Hoesch Dortmund

Eine Versicherung, die Ihnen viele Vorteile bringt: die **VKH**

- Ein Name verpflichtet durch Seriösität, Solidarität und Sicherheit: Die Vorsorgekasse Hoesch Dortmund beweist das Vertrauen ihrer Mitglieder seit über 85 Jahren als bewährte Vorsorge-Einrichtung für die ganze Familie.
- Günstige Beiträge und überdurchschnittliche Gewinnausschüttungen durch geringe Verwaltungskosten und hohe Verzinsungen.
- Alle erwirtschafteten Überschüsse fließen an die Mitglieder zurück.
- Die VKH war die erste Sterbekasse unter der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), die auch eine Erlebensversicherung bis 8.000 Euro anbietet.
- Die VKH ist staatlich beaufsichtigt und versicherungsmathematisch kontrolliert.
- Die VKH verlangt keine Gesundheitsprüfung.

Die VKH ist seit 1988 auch für Personen außerhalb des ThyssenKrupp-Konzerns geöffnet. So können alle von den guten Konditionen der VKH profitieren und Mitglied werden.

Eine Mitgliedschaft ist bis zu einem Eintrittsalter von 70 Jahren möglich.

Warum eine Sterbegeldversicherung?

Sehr häufig kommen Todesfälle plötzlich

und unerwartet und bringen dann neben dem menschlichen Schicksal und Leid auch noch finanzielle Sorgen mit sich.

Hier sorgt die Sterbegeldversicherung ggf. mit einer Unfallzusatzversicherung für die hinterbliebenen Familienmitglieder vor, die hohen Beerdigungskosten für ein angemessenes und würdiges Begräbnis abzudecken.

Sie haben die Möglichkeit, den Beitrag für Ihre Sterbegeldversicherung monatlich zu entrichten oder aber einen Tarif mit Einmalzahlung zu wählen.

Warum empfiehlt sich der Abschluss einer Lebensversicherung für den Todes- und Erlebensfall?

Diese spezielle Lebensversicherung bietet für die ganze Familie einen doppelten Schutz:

Für den Todesfall wird rechtzeitig Vorsorge getroffen, um die Familie des Verstorbenen finanziell abzusichern.

Für den Erlebensfall wird rechtzeitig ein zusätzliches finanzielles Polster geschaffen, das zur Ergänzung der Absicherung des Lebensstandards auch im Alter dient, wenn die gesetzliche Rente nicht mehr alleine zur Abdeckung sämtlicher Kosten ausreicht.

Kinder können bereits ab Geburt eigenständig versichert werden. Schaffen Sie ein Startkapital für den Eintritt ins Berufsleben, das Studium oder den Führerschein.

So werden für alle Lebensabschnitte und alle Lebensalter sichere Vorsorgeformen getroffen!

Die VKH ist mit rund 125.000 Mitgliedern das größte deutsche Versicherungsunternehmen dieser Art.

Darüber hinaus führt die VKH zur Ausweitung und Stärkung der Versicherten-gemeinschaft seit Jahren die Werbeaktion „Mitglieder werben Mitglieder“ durch. Die Werbung neuer Mitglieder wird mit einer Werbepremie von 10 Euro bis 20 Euro je neues Mitglied entsprechend der abgeschlossenen Versicherungssumme belohnt. Werden Sie also aktiv!

Wenn Sie Fragen haben oder genauere Informationen zu den Tarifen der VKH wünschen, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle der VKH:

Vorsorgekasse Hoesch Dortmund
Sterbegeldversicherung VVaG
Oesterholzstr. 124
44145 Dortmund

Service-Telefon (kostenlos)
08 00/3 80 50 00
Zentrale Rufnummer der VKH
02 31/4 77 98 60
Internet: www.vkh-online.de
E-Mail: info@vkh-online.de

Wir suchen Versicherte, die sich selbst
für ihre **Gesundheit** stark machen.

BKK Hoesch

Öffentlichkeitsarbeit
Kirchderner Str. 47-49
44145 Dortmund

Tel. 0800 8 738 740
Fax 0231/844-6119

home: www.BKKHoesch.de
e-mail: info@BKKHoesch.de

BKK Hoesch

