

M E I N E
DAS MAGAZIN FÜR MITGLIEDER

SDK



QUALITÄT BRAUCHT WETTBEWERB
buergerversicherung-
nein-danke.de

MIT DEN AKTUELLEN
MITTEILUNGEN
JULI 2013

Pflegeversicherung
Jetzt staatliche
Förderung nutzen

Beratungs-Qualität
SDK bietet beste
Perspektiven im Vertrieb

**Liebe Mitglieder,
verehrte Leserinnen und Leser,**

diese Ausgabe „Meine SDK“ ist für mich eine ganz besondere. Zum einen, weil wir Ihnen über die Zahlen des zurückliegenden Geschäftsjahres 2012 berichten, das mit dem höchsten Überschuss in die Geschichte unserer SDK eingehen wird. Die Zahlen unterstreichen unsere Finanzkraft und, dass die SDK gut gerüstet ist für die Herausforderungen, die der Markt, die Gesellschaft und auch Sie uns künftig stellen werden.

Besonders ist diese Ausgabe „Meine SDK“ auch für mich ganz persönlich, denn es ist die letzte unter meiner Verantwortung. Fast 17 Jahre lang durfte ich als Vorstandsmitglied der SDK-Unternehmen, seit 2006 als deren Vorsitzender, dazu beitragen, unsere Unternehmen, unsere Versicherungsangebote und auch unsere Versichertengemeinschaft erfolgreich voranzubringen. Und ich habe es gerne getan. Zum 1.7.2013 bin ich kurz nach Vollendung meines 63. Lebensjahres in den Ruhestand getreten. Mein Nachfolger, Dr. Ralf Kantak, bringt große Erfahrung aus der Versicherungswirtschaft mit, um unsere SDK weiterzuentwickeln. Die Spitzenstellung der SDK, begleitet von hoher Kundenzufriedenheit, und wertvolle Marktpositionen gilt es mit Kompetenz und Zuverlässigkeit weiter zu pflegen.



Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die hervorragende Arbeit und Ihnen, sehr geehrte Mitglieder, für Ihre Treue zur SDK. Allen, die dieses Unternehmen ausmachen, wünsche ich eine gute Zukunft. Bleiben Sie gesund.

Ihr

Klaus Henkel

**Sehr geehrte Leserinnen, Leser
und Mitglieder der SDK,**

erst seit wenigen Tagen bin ich neuer Vorstandsvorsitzender der SDK-Unternehmen. Und doch kenne ich die herausragenden Qualitäten der SDK aus meiner Zeit als Vorstandsmitglied bei der Württembergischen Versicherung. Klaus Henkel, bei dem ich mich an dieser Stelle



nochmals ausdrücklich für die kollegiale Übergabe bedanke, hat mir ein bestens aufgestelltes Unternehmen mit erfahrenen, hoch qualifizierten Mitarbeitern im Innen- und Außendienst übergeben. Ich werde meine Erfahrungen und Ideen einbringen und die SDK gemeinsam mit allen Mitarbeitern weiter auf Erfolgskurs halten.

Die SDK hat ein ausgezeichnetes Tarif-Portfolio für Privatkunden und auch im Bereich der betrieblichen Vorsorge. Sie besitzt außerdem eine Spitzenposition bei der Absicherung des Pflegerisikos. Das sind sehr gute Voraussetzungen weit über das Jahr 2013 hinaus. Apropos 2013: Am 22. September entscheiden Sie bei der Bundestagswahl mit Ihrer Stimme darüber, ob es bei der Krankenversicherung auch künftig Qualität durch Wettbewerb gibt oder ob eine sogenannte „Bürgerversicherung“ eine tatsächliche Zwei-Klassen-Medizin bringt.

Meine Aufgabe wird es sein, die SDK zielstrebig weiterzuentwickeln und dabei die unverwechselbaren Qualitäten, die von Ihnen als Mitgliedern sehr geschätzt werden, zu erhalten. Ich wünsche mir, dass Sie der SDK weiterhin auf diesem Weg treu bleiben.

Ihr

Dr. Ralf Kantak



04

04 Die Legende von der Zwei-Klassen-Medizin
Duales Gesundheitssystem in der Diskussion



13

08 Wichtig wie nie: Die Pflegeversicherung
Jetzt staatliche Förderung sichern!

13 Sicherheit für Ihr größtes Kapital!
Das neue, innovative Beratungsangebot der SDK

**16 Mehr Mitarbeiter für
optimale Mitgliederbetreuung**

18 Einstiegs-Chance im SDK-Vertrieb
Karrierespektiven

20 Erfolgsfaktor Gesundheit
BGM – eine Initiative von SDK und mhplus

23 Der Gesundheitstag
Ein Tag, der bei Ihnen einiges verändern wird

24 Eine wichtige Entscheidung
Das neue Transplantationsgesetz

28 Spitzenüberschuss stärkt Finanzkraft
Geschäftsergebnisse 2012

31 Ihre Empfehlung lohnt sich
Mitglieder werben Mitglieder

32 Private Pflegeversicherung staatlich gefördert
Exklusive Vorteile für mhplus-Versicherte

33 Osteopathie – der sanfte Weg
Was die mhplus sonst noch so zu bieten hat

34 SDK-Stiftung
Anni Friesinger – unsere Markenbotschafterin im Einsatz

36 Ärztliche Zweitmeinung
Besonderer Service für Vollversicherte der SDK

37 Sonderfall: Diagnose „Krebs“
Second Opinion für Vollversicherte

38 www.derprivatpatient.de
Das Serviceportal für Privatversicherte

39 Keine Urlaubsreise ohne REISEplus

40 Gesundheitsservice der SDK
Nur für Mitglieder

41 SEPA
Internationaler Zahlungsverkehr in Europa vereinheitlicht

42 Neue Service-Rufnummern

42 Neue Datenschutzerklärung

43 Rechtliche Informationen

PDF statt Papier?

Sie möchten zukünftige Ausgaben unserer Mitgliederzeitschrift „Meine SDK“ auf digitalem Weg erhalten? Kein Problem! Folgen Sie auf www.sdk.de einfach folgendem Pfad: Mitglieder/Für Mitglieder/„Meine SDK - Onlinebezug“ und geben Sie im Formular Ihre Daten ein.

Impressum

Die Ratschläge und Empfehlungen in dieser Zeitschrift wurden vom Herausgeber und den Autoren sorgfältig erwogen und geprüft. Dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Herausgebers oder der Autoren für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Auf die Inhalte einiger mit QR-Codes verlinkter Webseiten haben wir keinen Einfluss. Für die Richtigkeit der Inhalte ist immer der jeweilige Anbieter oder Betreiber verantwortlich, weshalb wir diesbezüglich keinerlei Gewähr übernehmen.

Herausgeber
Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
0711 5778-0
sdk@sdk.de
www.sdk.de
Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.),
Rainer Dittrich, Volker Schulz
Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Roman Glaser

Druck
Gmähle-Scheel Print-Medien GmbH,
Waiblingen

Redaktion
SDK, Abteilung Marketing, Fellbach;
Wohlgemuth & Company, Stuttgart

Gestaltung, Satz
Wohlgemuth & Company, Stuttgart

Bildnachweise
Stephan Baumann: S. 21; Getty Images:
S. 8; istockphoto: S. 1, 13; Günther
Reinelt: S. 3, 34, 35, 39; SDK: S. 2, 3, 6,
7, 16, 19, 22, 23, 30, 33; stockphoto:
S. 3, 24; shutterstock: S. 8, 37; shutter-
stock/wocom: S. 4; Thinkstock: S. 52;
wocom: S. 9;

Duales Gesundheitssystem

Die Legende von der Zwei-Klassen-Medizin

Gibt es in Deutschland eine Zwei-Klassen-Medizin? Kaum eine Frage wird hierzulande bei Debatten über das Gesundheitssystem kontroverser diskutiert. Regelmäßig rückt Gesundheitspolitik und damit automatisch das duale System in den Mittelpunkt politischer Wahlprogramme. Erst recht im anstehenden Wahlkampf für die Bundestagswahlen 2013. Anfang des Jahres diskutierten Gesundheitsexperten beim 4. Symposium des SDK-Instituts für Gesundheitsökonomie darüber, ob die Legende

von der Zwei-Klassen-Medizin tatsächlich stimmt. SPD, Grüne und Linkspartei planen im Falle einer gewonnenen Wahl, die private Vollversicherung abzuschaffen und ein Einheitssystem einzuführen, Stichwort „Bürgerversicherung“. Eine ganze Reihe von Betroffenen erhebt Einspruch: Ärzte, Unternehmer, Versicherer. Und das zu recht. Die medizinische Versorgung in Deutschland gehört zu den besten der Welt. Bei einer Änderung des Systems droht ein gesundes System krank zu werden.



Vielen ist der Begriff ‚Zwei-Klassen-Medizin‘ als Schlagwort politischer Rhetorik und aus medialer Berichterstattung geläufig. Häufig wird er dabei polemisch eingesetzt und provoziert den Eindruck, dass die unterschiedliche medizinische Behandlung und Versorgung zur Alltagsrealität in Arztpraxen gehört. Aber warten gesetzlich Versicherte wirklich deutlich länger auf einen Arzttermin, auf eine Operation oder im Wartezimmer?

Der deutsche Patient – weltweit beneidet

Tenor bei den Vorträgen der sechs Experten beim SDK-Symposium: höchstens von einem ‚Zwei-Klassen-Service‘ könne die Rede sein. Die medizinische Versorgung hingegen sei in Deutschland dagegen insgesamt, ob für privat oder gesetzlich Versicherte, außerordentlich gut. In den Ländern der westlichen OECD-Welt sind die Menschen so gut wie nirgendwo anders medizinisch versorgt. Beschränkungen gibt es dennoch: Warten auf Operationstermine, Behandlungen und Arzneimittel, die nicht auf dem Leistungskatalog der Kostenträger stehen oder Zuzahlungen wie die Praxisgebühr, um überhaupt einen Arzt zu Gesicht zu bekommen. Vergleicht man die so genannten Rationierungen anderer Länder mit Deutschland, erscheint das oft schlecht geredete deutsche Gesundheitssystem in glänzendem Licht. Beispiel Wartezeiten: Schwedische Bürger warten im Durchschnitt 8,9 Monate und damit fast ein Dreivierteljahr auf einen Termin beim Facharzt. In Deutschland beträgt die Wartezeit nur 1,8 Monate. In Großbritannien stehen 5,5 Millionen Menschen auf Wartelisten, so dass bereits von der ‚britischen Krankheit‘ die Rede ist. Wenig verwunderlich, dass immer mehr Briten eine Behandlung im Ausland vorziehen oder Privat-



Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer: „Eine Einführung der Bürgerversicherung wäre der Turbo-Lader für eine Zwei-Klassen-Medizin“.



Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion: „Die Bürgerversicherung löst keines unserer Probleme“.

ärzte aufsuchen, die nicht in das britische Gesundheitssystem eingebunden sind. Das freilich können sich nur Wohlbetuchte leisten.

Die Lage ist viel besser als die Stimmung

Auf der irischen Nachbarinsel bezahlt die Bevölkerung Leistungen für Zahnersatz – Brücken, Kronen und Implantate – grundsätzlich immer aus der Privatschatulle. Ebenso in Spanien. Dort ist neben dem Zahnersatz die gesamte zahnärztliche Versorgung Privatsache. In Deutschland ist beides im Versicherungsschutz enthalten. Für Kassenpatienten allerdings nur in Form von befundorientierten Festzuschüssen. Während in Deutschland die Zuzahlung „Praxisgebühr“ zu Beginn des Jahres abgeschafft und damit die Bürger entlastet wurden, streichen andere Länder die Ausgaben für medizinische Versorgung immer weiter zusammen. Im Zuge der Eurokrise kürzte Griechenland den Gesundheitsetat 2011 um 1,4 Milliarden Euro. Ähnlich die Entwicklung in Irland, Italien und Portugal. Auch Großbritannien hat sich

einen Sparkurs im Gesundheitswesen verordnet, so dass sich die Wartezeitenproblematik weiter verschärfen dürfte. Mehr Details zum internationalen Vergleich medizinischer Versorgungssysteme sind der gleichnamigen Stu-

cherung sicher: „Eine staatliche Einheitsversicherung löst kein einziges Problem unseres Gesundheitssystems, sondern schafft nur neue. Die Einführung einer Bürgerversicherung würde nach wissenschaftlichen Unter-

Beim 4. Symposium des SDK-Instituts für Gesundheitsökonomie diskutierten Gesundheitsexperten, ob die Legende von der Zwei-Klassen-Medizin wirklich stimmt.



die des Wissenschaftlichen Instituts des PKV-Verbandes zu entnehmen. Da nur Deutschland ein duales Gesundheitssystem mit Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung hat, widerlegt der internationale Vergleich eine geläufige These: einheitliche Krankenversicherungssysteme sind keine Prophylaxe gegen die „Zwei-Klassen-Medizin“. Das Gegenteil ist der Fall. Versorgungsunterschiede sind dann höher, wenn vorenthaltene Leistungen außerhalb des staatlichen Versorgungssystems in reinen Privatpraxen oder Privatkliniken erbracht werden.

PKV sichert Qualität und Arbeitsplätze

Die Private Krankenversicherung ist ein Garant dafür, dass in Deutschland Leistungen weniger stark gekürzt werden als in anderen Ländern. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, ist sich anlässlich der Vorstellung eines Reformpapiers zur Krankenversi-

suchungen zehntausende Arbeitsplätze vernichten und der Krankenversicherung Finanzmittel in Milliardenhöhe entziehen. Nur unter Beibehaltung der Dualität von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung lässt sich unser Gesundheitssystem zukunftsfest weiterentwickeln.“ In anderem Zusammenhang sagte er: „Die Einführung der Bürgerversicherung wäre der Turbolader für eine Zweiklassenmedizin.“ Nicht nur Ärzte fürchten die negativen Konsequenzen einer Bürgerversicherung. Der Verband „Die Familienunternehmer“ fürchtet, an Wettbewerbsfähigkeit zu verlieren. Durch eine Bürgerversicherung würde sich Arbeit verteuern, so Präsident Lutz Göbel bei einer Verbandstagung in Berlin im April. Hinsichtlich der Vernichtung von Arbeitsplätzen brachte eine Untersuchung der Gewerkschaft Verdi und der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung Licht ins Dunkel. 100.000 Arbeitsplätze, davon die Hälfte binnen eines Jahres, stünden demnach auf dem Spiel. Kein

„Bürgerversicherung – Nein danke!“ ist eine Initiative von Betriebsräten in verschiedenen Versicherungsunternehmen. Sie sind vom hohen Nutzen der Koexistenz von GKV und PKV überzeugt und warnen vor den Gefahren der Bürgerversicherung. Ausführliche Informationen finden Sie unter buergerversicherung-nein-danke.de



Wunder, dass die Auftraggeber der Studie als Befürworter der Bürgerversicherung die Studie zunächst unter Verschluss gehalten haben. Selbst niedrigere Prognosen sind erschreckend. Jens Spahn, gesundheitspolitischer

von 2.000 oder 3.000 Arbeitsplätzen. Bei den privaten Versicherern dagegen sorgen sie mit ihren Modellen dafür, dass 60.000 Menschen ihren Arbeitsplatz verlieren würden.“ Das alles zeigt: Eine Bürgerversicherung birgt



Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, formulierte es vor kurzem so: „SPD und Gewerkschaften kämpfen bei Opel und Nokia oftmals mit viel Verve für den Erhalt

eine ganze Reihe gravierender Nachteile. Um die medizinische Versorgung in Deutschland werden wir weltweit beneidet. Sie ist zu kostbar für Radikaloperationen. ■

Das neue Themenheft „Blickpunkte“

Herausgegeben von der SDK-Stiftung, befasst sich das Heft mit aktuellen Fragen aus Gesundheitsökonomie und –politik und beleuchtet gesellschaftliche und soziale Bereiche. Kurz: es befasst sich mit Mensch, Gesellschaft und Sicherheit. Ausgabe Nr. 1 stellt die Frage: „Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland?“. Obwohl objektiv betrachtet höchstens von einem „Zwei-Klassen-Service“ gesprochen werden könne, hätten Versicherte häufig das Gefühl, Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten wahrzunehmen. Doch der internationale Vergleich zeige, wie gut die medizinische Versorgung in Deutschland sei.

Bestellen Sie die erste Ausgabe der SDK-Blickpunkte unter oeffentlichkeitsarbeit@sdk.de. Sie möchten das Heft lieber digital lesen? Unter www.stiftung.sdk.de steht es für Sie zum Download bereit.



Herausforderung des Gesundheitssystems

Wichtig wie noch nie: Die Pflegeversicherung

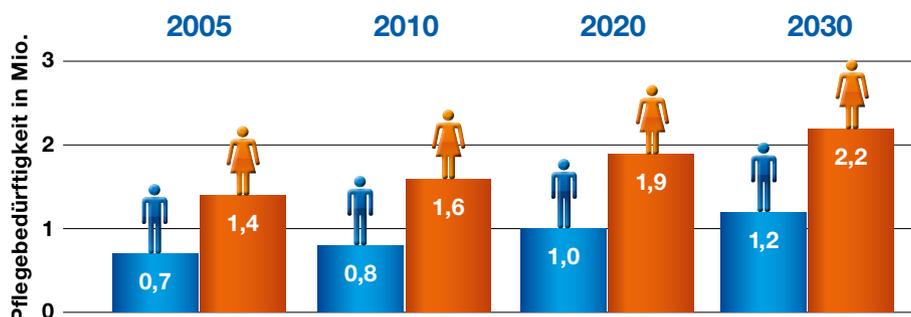
Die offiziellen Statistiken beweisen: Deutschland wird immer älter. Zum einen, weil die Lebenserwartung weiter steigt und zum anderen, weil durch die niedrigen Geburtenraten immer weniger junge Beitragszahler der stetig wachsenden Anzahl von Rentnern gegenüberstehen.

Das hat nicht nur gravierende Folgen für die Rente, sondern auch für das bisherige System der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die kontinuierlich kleiner werdende Zahl junger Menschen kann zukünftig nicht mehr für die stetig wachsende Gruppe der Alten und Pflegebedürftigen aufkommen.

PFLEGE
privat



Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Geschlecht von 2005 bis 2030 (Prognose)



Quelle: Ratgeber Pflege und Vorsorge, Ausgabe 2-2012

Wer also zahlt für Sie im Pflegefall?

Die gute Nachricht: Jeder ist pflegeversichert. Die schlechte: Das reicht bei weitem nicht aus. Mit dem Alter steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Für jeden der heute bereits über zwei Millionen Betroffenen ist es schwer genug, den Alltag zu gestalten. Zu den persönlichen Belastungen kommen fast immer auch erhebliche Kosten, die aber nur teilweise von der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung gedeckt werden. Der große Rest ist vom Pflegebedürftigen selbst zu zahlen. Falls die finanziellen Mittel nicht ausreichen, müssen nicht selten Ehepartner oder Kinder für einen Teil der Kosten aufkommen. Wer rechtzeitig vorsorgt, übernimmt deshalb nicht nur die Verantwortung für sich selbst, sondern entlastet auch Verwandte und Angehörige.

Erstaunlich also, dass bislang nur 2,4% der Pflegepflichtversicherten eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Um einen größeren Anreiz für diese so wichtige Vorsorge zu schaffen, hat jetzt der Staat reagiert und zum 1. Januar 2013 den so genannten „Pflege-Bahr“ auf den Weg gebracht. Bereits ab einem monatlichen Eigenanteil von 10 Euro erhält man eine Förderung von 60 Euro jährlich. Was auf den ersten Blick nicht nach viel klingt, kann gerade für jüngere Menschen eine perfekte Basis für eine sorgenfreie Zukunft sein.

Mit staatlicher Förderung zur intelligenten Absicherung

Natürlich ist eine Pflegebedürftigkeit eine große Belastung, aber trotzdem kein Grund, schwarz zu sehen – wenn man rechtzeitig vorgesorgt hat. Je früher man damit beginnt, desto höher ist die Leistung, die man im Fördertarif bekommt.

Ein Dreißigjähriger, der z.B. nur 10 Euro im Monat zahlt, kann damit die Leistungen, die er über die staatliche Pflegepflichtversicherung erhält, stark verbessern und z.B. in Pflegestufe 3 mit zusätzlich 1.000 Euro rechnen.

60,- Euro pro Jahr bzw. 5,- Euro monatlich erhält jeder vom Staat, der mindestens 10,- Euro pro Monat in einen Fördertarif investiert. Bis zu einem Drittel der Beiträge übernimmt also der Staat, und Sie profitieren von zahlreichen Vorteilen des Tarifs, mit dem Sie alle Pflegestufen (0-3) absichern. Denn es gibt weder eine Gesundheitsprüfung noch Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse! Auch um die Formalitäten müssen Sie sich nicht kümmern, denn wir fordern die Zulage für Ihren Vertrag am Ende des Jahres bei der Deutschen Rentenversicherung für Sie an.



Sie erhalten staatliche Förderung, wenn Sie

- ... volljährig sind,
- ... in der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind,
- ... keine Leistungen aus der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben,
- ... mindestens 10 Euro monatlich in den Fördertarif investieren.

Der Fördertarif der SDK: der perfekte Einstieg

Wer zum Einstieg von der vollen staatlichen Förderung profitieren möchte, ist mit dem Fördertarif PZ der SDK bestens bedient. Folgende Leistungen (ambulant + stationär), ausgehend vom abgesicherten Monatsgeld in Pflegestufe 3, sind mindestens abgedeckt:

- 100 % in Pflegestufe 3 (z.B. 600 Euro)*
- 30 % in Pflegestufe 2 (= 180 Euro)
- 20 % in Pflegestufe 1 (= 120 Euro)
- 10 % in Pflegestufe 0 (= 60 Euro)

* Die Höhe der Absicherung im Fördertarif PZ ist abhängig vom Alter der versicherten Person.
Es gilt eine fünfjährige Wartezeit, die beim gleichzeitigen Abschluss eines PS-Tarifs entfällt.

Die Pflicht kommt vom Staat, die sinnvolle Ergänzung von der SDK

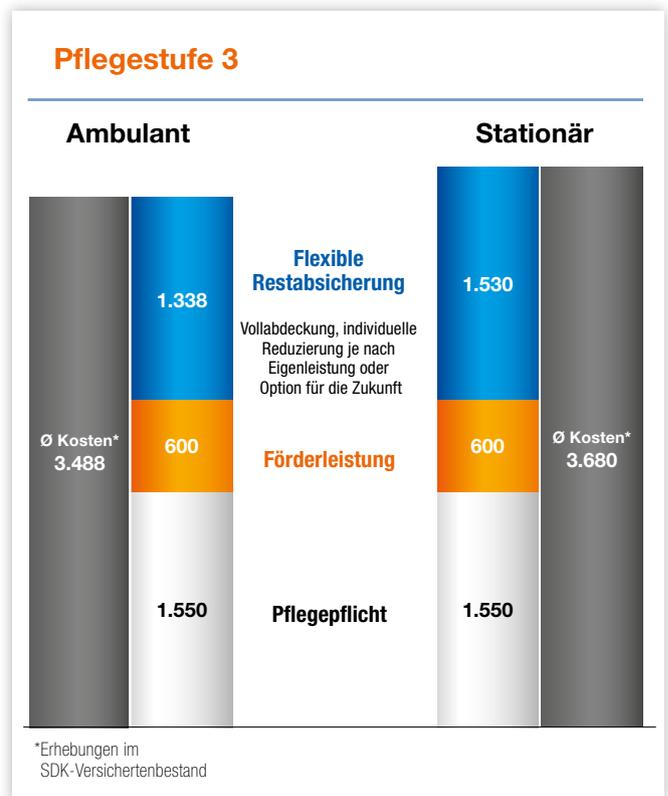
Auch wenn die Förderpflege ein Schritt in die richtige Richtung ist, bleiben auch nach Abschluss einer entsprechenden Versicherung nach wie vor Versorgungslücken im Pflegefall. Denn aufgrund gesetzlicher Vorgaben an den Fördertarif sind die Leistungen begrenzt.

Um diese drohenden Versorgungslücken zu schließen, ist ein Ergänzungstarif notwendig, wie ihn die SDK mit dem mehrfach ausgezeichneten Pflegeversicherungstarif PS anbietet:



Ausgezeichnete Tests: Wir bieten top Voll- und Zusatzversicherungsprodukte. Das wird uns laufend durch Ratings und Rankings bestätigt.

Hier können Sie Ihren Tarif individuell gestalten, ganz nach Ihrem persönlichen Bedarf. Sie entscheiden selbst, in welcher Pflegestufe Sie welche Absicherung wünschen. Sogar unterschiedliche Absicherungsstufen für ambulante und stationäre Pflege sind möglich!



Die innovative Kombination aus staatlicher Pflegepflichtversicherung, Förder- sowie Ergänzungstarif garantiert eine intelligente Absicherung in drei Schichten.

Selbstverständlich ist es das vorrangige Ziel einer Pflegezusatzversicherung, auch im Fall der Pflegebedürftigkeit die gewohnte Lebensqualität zu sichern. Doch bei allen Zukunftsplänen darf man die Gegenwart nicht aus den Augen verlieren. Denn die aktuelle finanzielle Unabhängigkeit sollte nie gefährdet sein.



Deshalb prüfen wir gemeinsam mit Ihnen, welche Absicherung wirklich Sinn macht: Die Kombination mit staatlicher Förderung oder nur mit unserem Pflegeergänzungstarif PS.

PFLEGEprivat: Topschutz von Anfang an

Ein flexibles Konzept, wie es PFLEGEprivat bietet, ermöglicht es dabei, verfügbare Eigenmittel wie Rente, Mieteinnahmen im Pflegefall zu berücksichtigen. Das

PFLEGEprivat Ergänzungstarif PS

- Flexible und individuelle Absicherung für jede Pflegestufe: Sie entscheiden selbst, welche Geldleistung Sie bei ambulanter bzw. stationärer Pflege erhalten.

PFLEGEprivat Fördertarif PZ

- Staatliche Förderung in Höhe von 60,- Euro pro Jahr
- Keine Gesundheitsprüfung
- Mindestbeitrag inklusive staatlicher Förderung 15,- Euro pro Monat

Pflegepflichtversicherung

- Grundsicherung
- Leistungen gesetzlich definiert
- Beitragssatz ab 01.01.2013: 2,05 % / 2,3 % (Kinderlose ab 23 Jahren)
- Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber



Ergebnis ist eine hoch individuelle Pflegezusatzversicherung mit einer ausgewogenen Balance zwischen finanzieller Belastung in der Gegenwart und sorgenfreier Zukunft.

Vorsorge so individuell wie Ihr Leben

Unser Pflegeergänzungstarif PS ermöglicht die vollständige Absicherung der Pflegekosten – individuell und flexibel. Dabei kann jeder selbst entscheiden, in welcher Pflegestufe welche Absicherung gewünscht ist.

Die Vorteile im Überblick:

- Auf Wunsch Einmalleistung bei unfallbedingtem Eintritt der Pflegebedürftigkeit
- Beitragsbefreiung ab Pflegestufe 1
- Keine Wartezeiten
- Erweitertes lebenslanges Dynamisierungsrecht, damit das versicherte Pflegegeld auch in Zukunft wertbeständig bleibt: ohne erneute Gesundheitsprüfung (auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit)
- Assistance-Leistungen (z.B. Vermittlung von Fahrdiensten, Organisation der Essensauslieferung, Haushaltshilfe)

Besonders clever:

Auch wer momentan weniger Geld für die Vorsorge investieren möchte, kann sich mit der Anwartschaftsversicherung den Topschutz nach Tarif PS für die Zukunft bereits jetzt sichern, ohne später eine neue Gesundheitsprüfung ablegen zu müssen.

Sie haben bereits vor 2013 eine private Pflegezusatzversicherung bei uns abgeschlossen?

Dann profitieren Sie in der Regel von den günstigen, noch geschlechtsabhängig kalkulierten Beiträgen. Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz jetzt mit staatlicher Förderung weiter ausbauen wollen, dann prüfen wir gerne den zusätzlichen Abschluss eines Fördertarifs gemeinsam mit Ihnen.

Alle Informationen erhalten Sie bei Ihrem SDK-Fachberater oder direkt bei uns:

Telefon 0711 5778-698

E-Mail vsc@sdk.de

Leistungsstark und unbürokratisch

Ob mit staatlicher Förderung oder ohne: Während einer Pflegebedürftigkeit kann über das vereinbarte Monatsgeld frei verfügt werden. Ohne zeitliche Begrenzung, ohne Kostennachweis, steuerfrei und unabhängig davon, ob die Betreuung zu Hause von Familienangehörigen, Pflegefachkräften oder stationär in einer Pflegeeinrichtung erfolgt.

Auch lästige Doppeluntersuchungen gibt es bei der SDK nicht: Wir übernehmen bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Einstufung der Pflegepflichtversicherung. ■

Das neue, innovative Beratungsangebot der SDK

Sicherheit für Ihr größtes Kapital!



Das Leben steckt voller Überraschungen. Nicht immer verläuft es nach Plan. Bei jedem Vierten sorgen Krankheit oder Unfall für den Verlust der Arbeitskraft. Doch nur wenige haben finanziell vorgesorgt.

Verlust der Arbeitskraft – Das unterschätzte Risiko.

Viel zu oft werden Sachwerte besser versichert als man selbst. So ist es für viele selbstverständlich, ihr Auto Vollkasko versichert zu haben, oder den Hausrat oder andere Wertgegenstände gegen Diebstahl oder andere Risiken abzusichern. Doch wie sieht es mit uns selber aus? Die Gesundheit und die eigene Arbeitskraft sollten eigentlich an erster Stelle stehen. Sie sind schließlich unser größtes Kapital.



Auch wenn die Auslöser sehr unterschiedlich sind, die Wirkung ist häufig die Gleiche: Die Betroffenen erhalten nur minimale finanzielle Leistungen aus der gesetzlichen Absicherung und die Lücken müssen selbst ausgeglichen werden.

Und je länger sie dem Beruf nicht nachgehen können, desto größer sind die finanziellen Einbußen.



Wie Sie verschiedene Vorsorgebausteine clever kombinieren und finanziellen Schutz zu bezahlbaren Konditionen erhalten, können Sie auch auf unserer Webseite nachlesen.

Kombinierte Vorsorgebausteine schaffen Sicherheit.

Genau da setzt unser neues, innovatives Beratungskonzept an. Wir bieten Ihnen verschiedene Vorsorgebausteine rund um die Absicherung Ihrer Arbeitskraft. Clever kombiniert und aufeinander abgestimmt bieten sie finanziellen Schutz zu bezahlbaren Beiträgen.

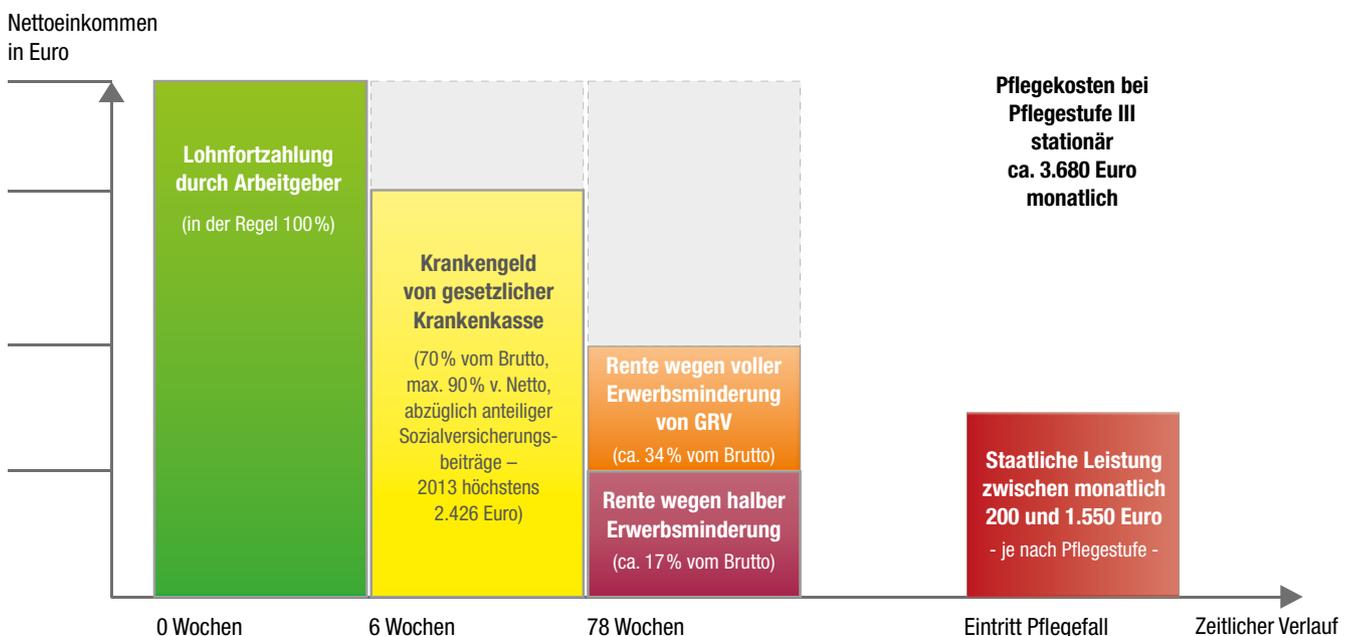
Arbeitsunfähigkeit führt zu erheblichen finanziellen Lücken.

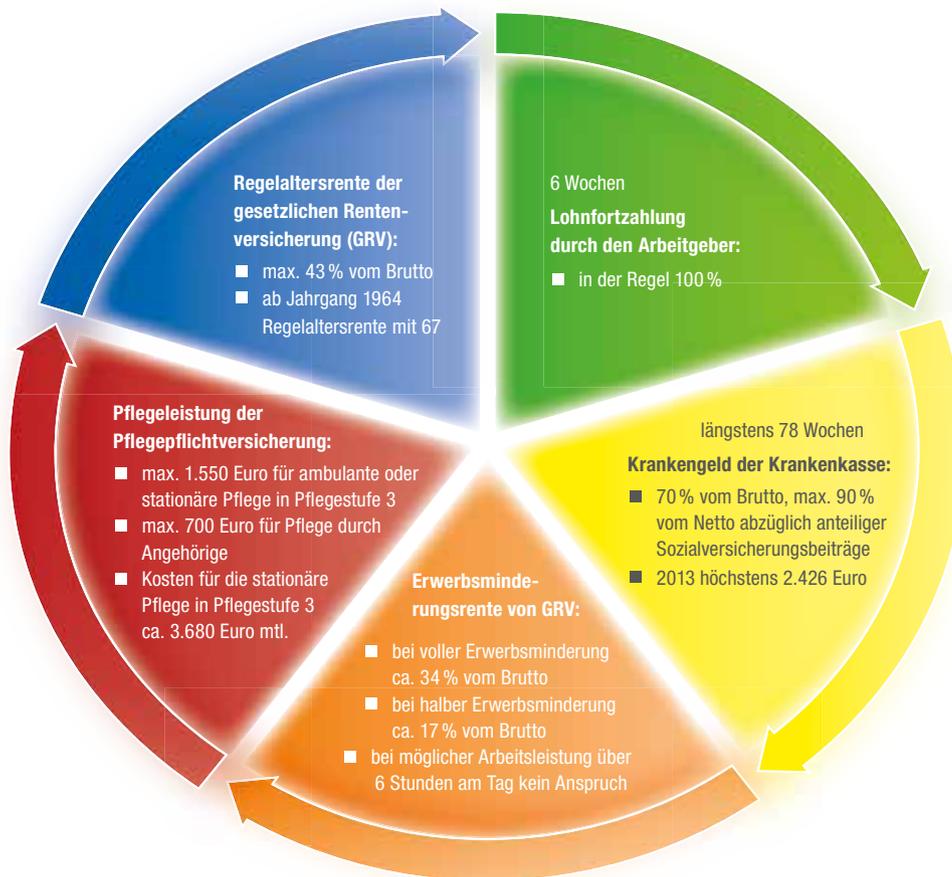
Bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten oder Unfällen haben Arbeitnehmer einen Lohnfortzahlungsanspruch gegenüber ihrem Arbeitgeber. Wenn diese Zahlungen i.d.R. nach 6 Wochen enden, erhalten gesetzlich Versicherte ein Krankentagegeld von Ihrer Krankenkasse. Die Höhe des Krankengeldanspruchs berechnet sich

nach den individuellen Einkommensverhältnissen und liegt bei 90 % des Nettoeinkommens, max. jedoch 2.756,29 EUR pro Monat (2013). Nach Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen bleiben 2.426,22 EUR übrig (bei Kinderlosen 2.419,33 EUR). Der Krankengeldanspruch liegt demnach immer unter dem Nettoeinkommen. Unser neuer Krankentagegeldtarif TG6 schließt diese Lücke.

Leistungen ohne Lücken.

Wird aus einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit Berufsunfähigkeit, endet die vereinbarte Krankentagegeldzahlung. Danach greift die Berufsunfähigkeitsversicherung. Es lohnt sich, beide Versicherungen bei der SDK zu haben. Denn wir garantieren Ihnen einen nahtlosen Übergang zwischen unserem Krankentagegeld TG6 und unserer Berufsunfähigkeitsrentenzahlung!





Das ist besonders wichtig, da die Entscheidung, ob noch Arbeitsunfähigkeit oder bereits Berufsunfähigkeit vorliegt, oft nicht eindeutig ist. Wurden die Krankentagegeld- und die Berufsunfähigkeitsversicherung bei unterschiedlichen Anbietern abgeschlossen, besteht häufig zeitintensiver Abstimmungsbedarf. Zu Lasten des Versicherten.

Die Versorgungslücke wächst, je länger Sie nicht arbeiten können.

Personen, die ab dem 01.01.1961 geboren wurden, erhalten überhaupt keine Leistungen bei Berufsunfähigkeit. Und auch bei voller Erwerbsminderung dürfen sie maximal 34 Prozent, bei halber Erwerbsminderung 17 Prozent des letzten Bruttoeinkommens erwarten.

Dabei spielt es keine Rolle, ob die Tätigkeit im erlernten Beruf erfolgen kann oder nicht. Selbstständige, Auszubildende oder Studenten haben meist keinen Anspruch.

Rundumschutz für alle Fälle

Im schlimmsten Fall führt ein Unfall oder eine schwere Erkrankung zum Totalausfall der Arbeitskraft und zu Pflegebedürftigkeit. Je nach gewählter Versorgung und Pflegestufe können Sie zwischen 200 und 1.550 EUR von der Pflegepflichtversicherung erwarten. Damit wird jedoch nur ein Teil der tatsächlichen Pflegekosten abgedeckt. Den weit größeren Teil müssen die Versicherten aus eigener Tasche bezahlen. Mit unserem Pflegegeld können Sie für den Fall der Fälle vorsorgen. Und sichern sich gleichzeitig die Option, Ihren Pflegeschutz zu einem späteren Zeitpunkt aufzustocken. ■

Eine solche Absicherung ist doch bestimmt teuer?

Unsere Experten zeigen Ihnen gerne auf, wie Sie bereits mit geringen monatlichen Beiträgen vorsorgen können und dabei Ihre Absicherung richtig rund machen.

Reservieren Sie sich gleich Ihr individuelles Beratungsgespräch unter 0711 5778-698.

Strategische Ausrichtung

Mehr Mitarbeiter für optimale Mitgliederbetreuung – eine Chance auch für Sie!

Viele Wege führen zur SDK: Über die genossenschaftlichen Banken vorwiegend in Süddeutschland, über unsere eigenen Krankenversicherungsspezialisten im Außendienst oder über freie Vermittler, die einen entsprechenden Vertrag mit der SDK geschlossen haben. Nicht selten führt auch eine Empfehlung von zufriedenen Kunden zur SDK. Und manch ein Weg führt auch zur Mitarbeit bei der SDK.

Unser Ziel ist es, Ihnen qualitativ hochwertige Beratung und umfassende Betreuung auch nach dem Abschluss eines Versicherungsvertrages zu bieten. Die Rating-Agentur Assekurata stellt in regelmäßigen Abständen durch Befragungen fest, dass die SDK bei ihren Versicherten in punkto Zufriedenheit in der Branche ganz weit vorne steht. Darauf sind wir stolz und wir arbeiten hart daran, noch besser zu werden.

Die SDK macht sich fit für die Zukunft: Mehr Mitarbeiter, intensivere Kundenbetreuung

Wer den Anspruch erhebt, außer hochwertigen Tarifen auch eine qualitativ anspruchsvolle Betreuung und Services anzubieten, der braucht nicht nur gute Argumente, sondern vor allem gut ausgebildete Mitarbeiter – und davon ausreichend viele. Durch den Anbau von Generalvertretungen, Servicebüros, Servicedirektionen, neuen Mitarbeitern und den Einsatz von ausgebildeten Coaches konzentrieren wir uns noch stärker auf die individuellen Vorsorgebedürfnisse unserer mehr als 600.000 Versicherten.

Unsere Mitarbeiter verkaufen nicht nur Versicherungen, und sie versichern auch nicht irgendetwas: Es geht immer um Menschen und Werte, die die individuelle Lebensqualität unserer Kunden maßgeblich beeinflussen - Gesundheit, Vorsorge und Zukunft, und die dafür erforderlichen Maßnahmen.

Die SDK bietet attraktive Perspektiven im Vertrieb – auch Ihnen!

Unsere qualitativen Ansprüche erfordern auch personelles Wachstum. Deshalb bietet die SDK interessierten und geeigneten Menschen in Bayern, Baden-Württemberg und der Pfalz attraktive Einstiegschancen im Außendienst-Vertrieb und eine neue berufliche Heimat. Und nicht nur das:

„Wir geben Mitarbeitern das Gefühl, angekommen zu sein.“

Heimat heißt für uns, Werte zu leben. Eine mitglieder- und mitarbeiterorientierte Unternehmensführung ermög-

»Eine 10- oder 20-jährige Firmenzugehörigkeit ist bei uns keine Seltenheit. Kontinuität ist eine unserer Stärken.«

Roger Zaborosch, Bezirksdirektor



licht unseren Mitarbeitern im Außendienst den Weg zu langfristigem Erfolg. Fairness, Loyalität und Vertrauen spielen bei uns eine ganz wichtige Rolle. Kurze Entscheidungswege und die Nähe der Unternehmensleitung zu den Mitarbeitern kennzeichnen die Vertriebstätigkeit bei der SDK und unterscheidet sie von den meisten Wettbewerbern. Unser Ziel: Nur wenn sich unsere Mitarbeiter wohl fühlen, dann gilt das auch für unsere Kunden.

Es lohnt sich, für die SDK zu arbeiten!

Bereits zum wiederholten Mal hat die Ratingagentur Assekurata die SDK im Karriere-Rating mit der Note „sehr gut (A+)“ ausgezeichnet. Das Rating bekräftigt die Attraktivität einer Außendiensttätigkeit bei der



SDK. Im Rating wurden alle für die Qualität einer beruflichen Tätigkeit wichtigen Kriterien bewertet, von der Ausbildung über die Einarbeitung, die begleitende Unterstützung inklusive Coaching, die stetige Weiterbildung, unser Beratungskonzept, die Karriereperspektiven bis hin zur Vergütung, Finanzstärke und Wachstumschancen der SDK. ■

»Schritt für Schritt besser. Die vertriebliche und persönliche Weiterentwicklung unserer Vertriebspartner liegt mir besonders am Herzen.«

Denise Schwinzer, Vertriebscoach

»In anderen Firmen kennt man die Vorstände nur aus der Zeitung. Wir kennen unsere persönlich. So viel zum Thema Nähe.«

Hartmut Holzwarth, Leiter Servicedirektion

»Das Wichtigste finden Sie bei uns nicht in der Provisionsabrechnung: Respekt und Wertschätzung.«

Jitka Hertfelder, Bezirksvertreterin



Karriere

Ihre Einstiegs-Chance im SDK-Vertrieb

Wenn Sie neue Perspektiven suchen, sind Sie bei der SDK genau richtig. Sie haben Spaß an Beratung und Verkauf und Sie können sich eine Karriere im Vertrieb sehr gut vorstellen? Aktuell bieten wir Ihnen folgende Einstiegschancen im SDK-Vertrieb:

■ **Gebiets- und Bankenbetreuer (m/w)**

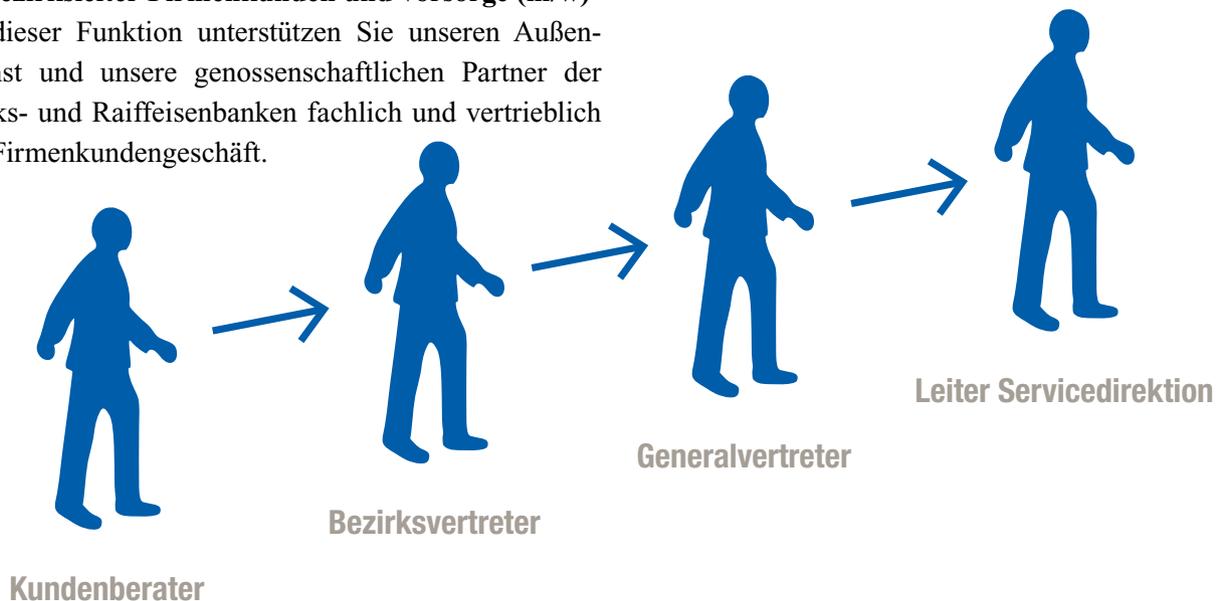
Sie betreuen und erweitern einen festen Kundenbestand, sind erster Ansprechpartner der Volks- und Raiffeisenbanken für Krankenversicherung und Vorsorgefragen. Für das fachliche Know-how sorgen wir mit einem intensiven und bewährten Ausbildungsprogramm in Theorie und Praxis.

Die Perspektiven sind attraktiv und vielschichtig – vom Kundenberater über den Bezirksleiter und Generalvertreter bis zum Leiter einer Servicedirektion stehen unseren Mitarbeitern im Außendienst viele Möglichkeiten offen.

Interessiert? Dann senden Sie Ihre Bewerbung im PDF-Format bitte einfach an **Vertrieb@sdk.de**

■ **Bezirksleiter Firmenkunden und Vorsorge (m/w)**

In dieser Funktion unterstützen Sie unseren Außendienst und unsere genossenschaftlichen Partner der Volks- und Raiffeisenbanken fachlich und vertrieblich im Firmenkundengeschäft.



Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an unseren Abteilungsleiter „Firmenkunden und Vorsorge“, Herrn Joachim Rahn, oder als PDF-Datei an **Joachim.Rahn@sdk.de**

Vertriebsorientierte Ausbildungsgänge

■ **Kaufmann/Kauffrau für Versicherungen und Finanzen (mind. guter Abschluss der mittleren Reife)**

■ **Duales Studium Versicherungsvertrieb und Finanzen (Abitur)**

Wenn Sie engagiert und selbstständig auf Menschen zugehen können, sind auch kurzfristige Bewerbungen **für den Ausbildungsbeginn 01.09.2013 noch möglich.**

Ihr Bewerbung richten Sie bitte als PDF an: **Ausbildung@ sdk.de**
(Frau Bönisch; Telefon 0711 5778-789)

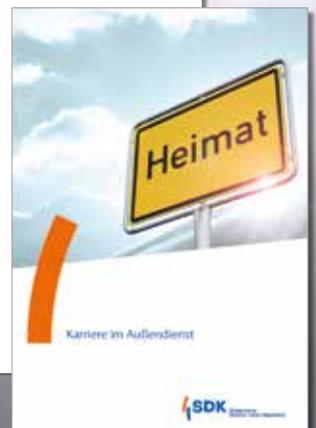
Heimat

Besuchen Sie uns
einfach im Internet:



Dort finden Sie alle unsere aktuellen
Stellenausschreibungen und Ausbil-
dungsberufe im Detail und unsere
Erwartungen an Ihre Vorkenntnisse.

Auf unserer Web-
seite bieten wir
Ihnen sieben Grün-
de zum Download,
warum es sich für
Sie lohnt, jetzt in
den SDK-Vertrieb
zu wechseln.



Erfolgsfaktor Gesundheit

Gute und gesunde Mitarbeiter sind das größte Kapital von Unternehmen. Ein systematisch betriebliches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) nutzt Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Werte wie körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, Motivation, Zufriedenheit und Mitarbeiterbindung werden in Zukunft eine entscheidende Rolle im Wettbewerb spielen. Genau darauf zielt das Angebot der neuen „gesundwerker eG“: eine Initiative der SDK und der mhplus Krankenkasse.

Gute Arbeit beginnt mit Gesundheit

Einige Branchen spüren den Mangel an Fachkräften schon seit Jahren. Und er wird sich verstärken. Die demografische Entwicklung führt immer mehr dazu, dass das Ringen um gut ausgebildete Nachwuchskräfte noch härter wird. Betriebe müssen sich da etwas einfallen lassen. Neben dem Gehalt spielen dabei Zusatzleistungen eine immer größere Rolle.

Es beginnt damit, die Gesundheit der Mitarbeiter zur „Chefsache“ zu machen. Diese Erkenntnis ist bei Unternehmen bereits sehr weit verbreitet. Aber in Eigenregie kann diese Thematik kaum ein Unternehmen stemmen, erst recht nicht mittelständische Betriebe, das große Rückgrat der deutschen Wirtschaft. Dazu braucht es Experten. Und genau die bietet die Süddeutsche Krankenversicherung jetzt an.

Was kann Betriebliches Gesundheitsmanagement bewirken?

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein wichtiger Bestandteil eines integrierten Gesundheits- und Vorsorgekonzepts der SDK für Unternehmen.

Es fußt auf den drei Säulen Bewegung, Ernährung und Entspannung. In diesen Bereichen soll eine Sensibilisierung erfolgen. Am Ende steht eine gezielte Steu-

erung der Mitarbeiter hin zu eigenverantwortlichem Verhalten. Vom Ergebnis profitieren Mitarbeiter ganz individuell, aber auch die Unternehmen:

- Mitarbeiterbindung
- Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt
- Imagegewinn für Unternehmen
- Steigerung von Motivation und Leistungsfähigkeit
- Reduzierung von Fehlzeiten
- Kostenersparnis

Die „gesundwerker eG“: Experten bringen Gesundheit in Ihr Unternehmen

Die „gesundwerker“ sind eine Initiative der SDK-Unternehmen mit unserem gesetzlichen Kooperationspartner, der mhplus Krankenkasse. Wir verbinden die Kompetenzen einer innovativen privaten mit denen



einer leistungsstarken gesetzlichen Krankenversicherung. Nämlich besonderes Wissen über die Bedürfnisse des Mittelstandes mit hohem Expertentum in der Gesundheitsförderung. In Zahlen ausgedrückt sind das gemeinsam fast 1.800 Mitarbeiter und über 1 Million zufriedene Versicherte. Oder: Einfach besonders viel Erfahrung in der Gesundheitsbranche.

Die gesundwerker erbringen professionelle Dienstleistungen für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement bei Firmenkunden. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist im Vergleich zur Betrieblichen Gesundheits-

Zusammen stärker.



förderung (BGF) ein langfristig angelegtes Instrument, das nicht nur Einzelmaßnahmen umfasst. Deshalb kommen die gesundwerker nur mit ausgebildeten Bewegungs-, Entspannungs- und Ernährungsfachleuten in Unternehmen und erarbeiten in einem persönlichen

Beratungsgespräch ein individuelles Konzept. Das minimiert für die Unternehmen das Risiko und gewährleistet, dass die Maßnahmen auch umgesetzt werden. Der Ablauf gliedert sich dabei immer in einen einfachen, vierstufigen Prozess.

Einstieg / Analyse

Im Rahmen des Gesundheitstages erfassen die gesundwerker den Gesundheitszustand Ihrer Mitarbeiter. Im persönlichen Gespräch mit dem Unternehmer sorgen sie für Sensibilisierung und legen mit ihrem Analysebogen weitere geeignete Maßnahmen fest – je nach Situation und Bedarf.

Sensibilisierung Mitarbeiter

Der „Gesundheitstag“ legt den Grundstein, um das Thema BGM dauerhaft im Unternehmen zu verankern. Und durch begleitende Medien und BGM-Boni sorgen die gesundwerker dafür, dass das auch so bleibt.

Nachhaltigkeit

Weitere Schritte, das BGM dauerhaft in Ihrem Unternehmen zu verankern, sind Installation und Schulung von Gesundheitsbeauftragten als interne Ansprechpartner, Beratung und Hilfestellung bei betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, aber auch begleitende Service- und Kommunikationspakete.

Erfolgskontrolle

Der Erfolg aller Maßnahmen ist messbar: anhand von Teilnehmerzahlen, aber auch an der Zufriedenheit von Unternehmern und Mitarbeitern. Außerdem kann der Gesundheitszustand der Belegschaft realistisch nachvollzogen werden – dazu gibt es u. a. den Gesundheitspass zur langfristigen Erfolgskontrolle.





Attraktive Unternehmen – Gesunde Mitarbeiter

Die Angebote der gesundwerker im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der SDK schärfen das Gesundheitsbewusstsein und steigern Motivation und Leistungskraft der Mitarbeiter. Gesunde Mitarbeiter können die an sie gestellten Anforderungen leichter bewältigen. Und Unternehmen mit BGM zeigen, dass sie bereit sind, beim Wettbewerb um die Mitarbeiter der Zukunft auch moderne Instrumente einzusetzen, um langfristig erfolgreich zu bleiben.

Sie sind der Meinung, BGM und die gesundwerker wären etwas für Ihr Unternehmen? Oder wollen Sie vielleicht Ihrem Arbeitgeber einen guten Tipp geben? Dann schicken Sie unsere Antwortkarte zurück oder schreiben Sie an:

info@gesundwerker.de – www.gesundwerker.de

Gesundheits- und Vorsorgekonzept für Unternehmen mit sieben Bausteinen

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) mit den „gesundwerkern“ ist einer von derzeit sieben wichtigen Bausteinen unseres Gesundheits- und Vorsorgekonzepts für Unternehmen.

Außer BGM bieten wir betriebliche Lösungen für ergänzende Gruppen-Krankenversicherungen, Altersversorgung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, gesetzliche Krankenversicherung und Versicherungsschutz für dauerhaften Auslandsaufenthalt (Expats). ■



Ein Tag der bei Ihnen einiges verändern wird:

Der Gesundheitstag

„Wir machen Gesundheit erlebbar – und zwar individuell für jeden Einzelnen“, versprechen die gesundwerker. Der Gesundheitstag zeigt an drei Stationen, was Mitarbeiter für ihr Wohlbefinden tun können. Dokumentiert werden die Ergebnisse in einem persönlichen Gesundheitspass. Der dient der Erfolgskontrolle und ist Basis für individuelle Maßnahmen, um gewünschte Ergebnisse zu erzielen.

Bewegung

Ein Körperscreening verrät auf einem individuellen Befundbogen, wie sich der eigene Körper zusammensetzt: Fett, Wasser, Muskeln etc.

So decken die gesundwerker Schwachstellen auf und leiten daraus wichtige Empfehlungen ab, um die Gesundheitsparameter zu verbessern.



Ernährung

Beim Ernährungsquiz erfahren Mitarbeiter spielerisch viel über die Inhaltsstoffe und Nährwerte bekannter Lebens- und Genussmittel.

Diese Station vermittelt Informationen über ein ausgewogenes Essverhalten und soll dazu anregen, eigene Gewohnheiten zu überdenken.



Entspannung

An Station 3 zeigt ein sogenannter Stress-Pilot-Test Mitarbeitern ihr aktuelles Stresslevel an und gibt Empfehlungen, wie man z.B. über die Atmung zur Ruhe kommen kann. Dies hilft, Regenerationszeiten zu verkürzen und Energie zu tanken. ■





Das neue Transplantationsgesetz

Eine wichtige Entscheidung

Lebensbedrohliche Krankheiten oder der Verlust wichtiger Organfunktionen können eine Organtransplantation notwendig machen. Derzeit stehen in Deutschland etwa 12.000 Menschen auf den Wartelisten für eine Organtransplantation. Weil nicht genug Spenderorgane zur Verfügung stehen, versterben täglich drei von ihnen.

Dabei sind laut einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2010 74 Prozent der 14- bis 75-Jährigen bereit, nach ihrem Tod Organe zu spenden. Doch nur 25 Prozent der Befragten besitzen einen Organspendeausweis, in dem sie sich über ihre Organspendebereitschaft erklärt haben.

Der Gesetzgeber möchte die Organspende fördern, um mehr Menschen die Chance zu geben, ein lebensrettendes Organ erhalten zu können. Die Bevölkerung soll in die Lage versetzt werden, ihre hohe Organspendebereitschaft nach reiflicher Beratung und Überlegung tatsächlich in einem Organspendeausweis zu dokumentieren.

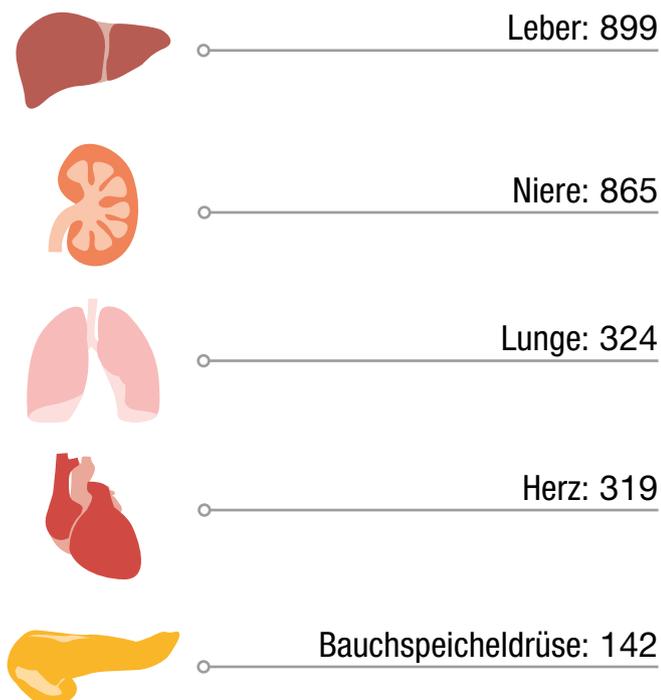


Die SDK unterstützt das Ziel des Gesetzgebers, die Organspende zu fördern, indem wir umfassend informieren. Für unsere vollversicherten Mitglieder und mitversicherten Angehörigen ab 16 Jahren haben wir dieser Zeitschrift einen Organspendeausweis beige-fügt. Unsere gesetzlich krankenversicherten Mitglieder erhalten diesen Ausweis, falls noch nicht erfolgt, von Ihrer Krankenkasse.

Welche Organe können gespendet werden?

Durch die Fortschritte in der Medizin ist es heutzutage möglich, zahlreiche Organe und Gewebe zu spenden. Nicht nur Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse und Darm können anderen Menschen helfen, sondern auch Teile der Haut, Hornhaut der Augen, Teile der Blutgefäße und des Knochengewebes, des Knorpelgewebes sowie der Sehnen können mittlerweile transplantiert werden.

Anzahl der Organspenderinnen und Organspender in Deutschland 2012



Quelle: Eurotransplant International Foundation

Das Transplantations-Gesetz (TPG)

- Jede Bürgerin und jeder Bürger soll die eigene Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende prüfen. Um eine „informierte und unabhängige Entscheidung zu ermöglichen, sieht das Gesetz eine breite Aufklärung der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende vor“ (§ 1 TPG).
- Organe und Gewebe dürfen erst entnommen werden, nachdem der Hirntod der Organspenderin oder des Organspenders festgestellt wurde. Den Hirntod müssen zwei erfahrene Ärztinnen oder Ärzte nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und unabhängig voneinander feststellen und das Ergebnis ihrer Untersuchungen schriftlich dokumentieren.
- Die eigene Entscheidung zur Frage einer Organ- und Gewebespende sollte jeder zu Lebzeiten möglichst schriftlich festlegen (in einem Organspendeausweis oder in einer Patientenverfügung). Kommt im Todesfall eine Organ- und Gewebespende nach ärztlicher Beurteilung in Betracht, werden die nächsten Angehörigen befragt, ob sich die oder der Verstorbene zu Lebzeiten zur Frage der Organ- und Gewebespende schriftlich oder mündlich erklärt hat. Ist ihnen darüber nichts bekannt, werden sie nach dem mutmaßlichen Willen der oder des Verstorbenen gefragt und gebeten, in ihrem oder seinem Sinne zu entscheiden.
- Der Organhandel sowie das Übertragen und das Empfangen gehandelter Organe und Gewebe sind unter Strafe gestellt.
- Die Bereiche Organentnahme, -vermittlung und -transplantation sind organisatorisch und personell voneinander zu trennen.
- Die gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherer stellen ihren Versicherten alle zwei Jahre einen Organspendeausweis zur Verfügung, verbunden mit der Aufforderung, die eigene persönliche Entscheidung in diesem Dokument schriftlich festzuhalten. **Dabei kann die Entscheidung sowohl für oder gegen eine Organ- und Gewebespende getroffen werden oder ganz auf eine Entscheidung verzichtet werden.**

Quelle: BZgA (www.organspende-info.de)

Wie läuft eine Organspende ab?

Patientinnen und Patienten mit schweren Hirnschädigungen werden auf den Intensivstationen behandelt. In vielen Fällen kann die moderne Medizin diesen Menschen helfen. Doch leider kann nicht allen Menschen geholfen werden. Bei einigen der Patienten bzw. Patientinnen sind die Schädigungen so groß, dass die Gehirnfunktion unwiderruflich zerstört ist. In einem solchen Fall spricht man auch vom so genannten „Hirntod“. Weitere therapeutische Bemühungen sind sinnlos, da keinerlei Aussichten auf Besserung bestehen.

Bevor eine Organentnahme stattfinden darf, muss eine Einverständniserklärung zur Organspende, zum Beispiel durch einen Organspendeausweis, vorliegen. Liegt eine solche nicht vor, entscheiden die nächsten Angehörigen. Die nötigen Gespräche werden von psychologisch geschultem Personal durchgeführt.

Wie wird die Organvermittlung organisiert?

Als Vermittlungsstelle zwischen Krankenhäusern und Transplantationszentren dient in Deutschland die Deut-

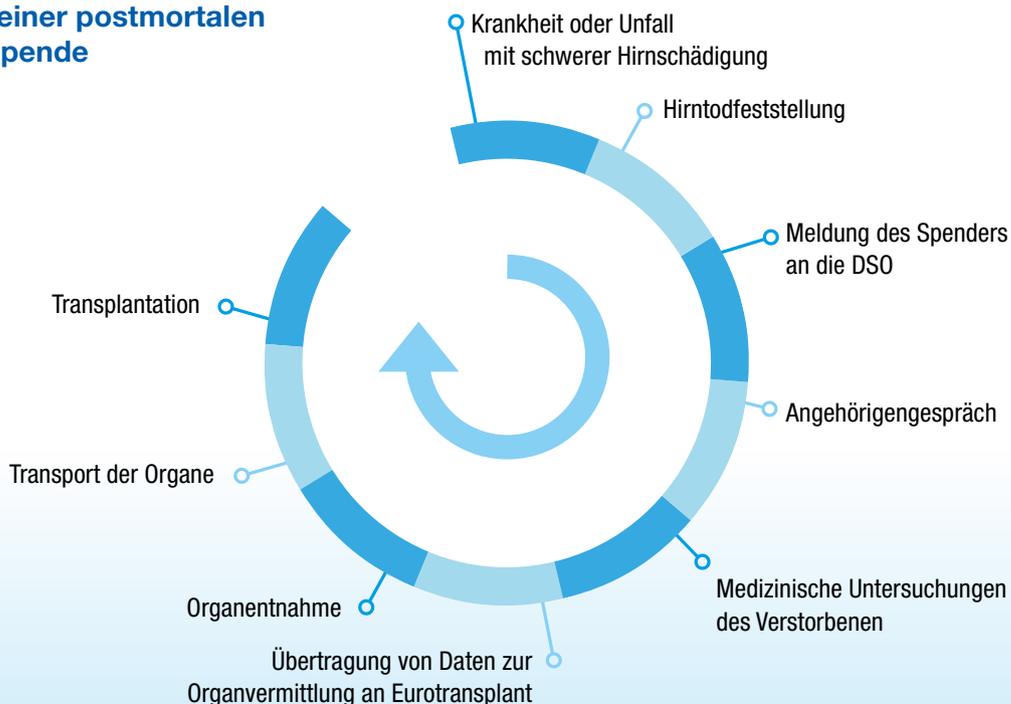
sche Stiftung Organtransplantation (DSO). Die behandelnden Ärzte informieren die DSO über die anstehende Organentnahme. Die Daten werden an die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant im niederländischen Leiden weitergeleitet. Hier laufen alle Anfragen nach benötigten Organen und die Informationen über gespendete Organe zusammen.

Wie funktionieren Entnahme, Transport und Übergabe der Organe?

Die Entnahme der entsprechenden Organe erfolgt, sobald feststeht, wo sie benötigt werden. Der Transport erfolgt in speziellen, selbstkühlenden Behältnissen und natürlich auf dem schnellsten Weg. Es gilt, keine Zeit zu verlieren: Der Empfänger wird bereits auf die Transplantation vorbereitet, während die Organe noch unterwegs sind. So kann die Operation gleich nach dem Eintreffen beginnen.

Der Leichnam des Spenders wird nach erfolgter Organentnahme in würdigem Zustand zur Bestattung an die Angehörigen übergeben. Diese können in der gewünschten Weise Abschied nehmen. ■

Ablauf einer postmortalen Organspende



Quelle: DSO

Häufig gestellte Fragen zur Organspende

Wie werden Spenderorgane vergeben?

Für die Vergabe von Spenderorganen ist die Stiftung Eurotransplant zuständig. Eurotransplant sind Belgien, die Niederlande, Luxemburg, Kroatien, Österreich, Slowenien und Deutschland angeschlossen, um mit einer gemeinsamen Liste von Patientinnen und Patienten, die auf ein lebensrettendes Spenderorgan warten, die möglichst beste Vergabe zu gewährleisten. Bei Eurotransplant laufen die Daten aller Patientinnen und Patienten, die auf eine Transplantation warten und die Daten der gespendeten Organe zusammen.

Für eine Organspende kommen nur Menschen in Frage, die am Hirntod verstorben sind. Was genau ist der Hirntod und wie wird dieser festgestellt?

Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer ist der Hirntod definiert als „Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Groß- und Kleinhirns und des Hirnstamms.“

Alle Funktionen des Gehirns sind unwiederbringlich erloschen, da eine Hirndurchblutung nicht mehr existiert. Die Durchführung der Hirntodfeststellung erfolgt nach strengen Kriterien. Nach dem Transplantationsgesetz müssen zwei erfahrene Ärzte oder Ärztinnen unabhängig voneinander den Hirntod feststellen. Um einen Interessenskonflikt auszuschließen, dürfen die Ärzte oder Ärztinnen nicht selbst an der Organentnahme oder der Transplantation beteiligt sein.

Ich habe eine persönliche Entscheidung zur Organ- und Gewebespende getroffen. Muss ich mich irgendwo registrieren lassen?

Nein. In Deutschland gibt es keine Institution und kein allgemeines Register, in denen alle Entscheidungen der Bürgerinnen und Bürger gesammelt werden. Es reicht aus, einen Organspendeausweis auszufüllen und diesen mit den Personalpapieren bei sich zu tragen.

Kann ich meine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende ändern?

Ja. Wer die eigene Einstellung zur Organ- und Gewebespende geändert hat, muss lediglich den Organspendeausweis, in dem der erklärte Wille dokumentiert war, vernichten.

Wie wird mit dem Leichnam eines Spenders/einer Spenderin nach der Organ- und/ oder Gewebeentnahme umgegangen? Kann ich den Verstorbenen danach noch einmal sehen?

Der Leichnam eines Spenders von Organen und/oder Geweben wird respektvoll behandelt. Der Verstorbene wird nach der Organentnahme in einem würdigen Zustand zur Bestattung übergeben. Zuvor wird den Angehörigen Gelegenheit gegeben, sich vom Verstorbenen zu verabschieden.

Was regelt eine Patientenverfügung und wie kann die Entscheidung zur Organ- und Gewebespende darin festgehalten werden?

In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festhalten, ob und wie Sie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchten. Sie können die Patientenverfügung auch dazu nutzen, um Ihre Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende zu dokumentieren.

Quelle: BZgA

Infotelefon Organspende:

Wenn Sie Fragen zum Thema Organspende haben, stehen Ihnen die Experten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen Stiftung für Organspende (DSO) unter **0800 – 904 04 00** (gebührenfrei innerhalb von Deutschland) in der Zeit von 9.00 bis 18.00 Uhr gerne zur Verfügung. Online finden Sie alles Wichtige unter **www.organspende-info.de** oder auf **www.dso.de**

Geschäftsergebnisse 2012

Versichertengemeinschaft wächst, Spitzenüberschuss stärkt Finanzkraft

Die Versichertengemeinschaft Ihrer SDK wächst stetig weiter. Im Geschäftsjahr 2012 durchbrach die Versichertenzahl erstmals die Grenze von 600.000 Personen. In der Vollversicherung ging es um 0,2 Prozent nach oben auf 169.519 Versicherte. Bei den Zusatzversicherungen legte die SDK um 5,5 Prozent auf 445.818 zu und entwickelt sich damit deutlich besser als der Marktdurchschnitt (+2,5 Prozent).

Auf der Bilanz-Pressekonferenz im Juni 2013 zeigte sich der ausscheidende Vorstandsvorsitzende Klaus Henkel dementsprechend zufrieden: „Erfreulich sind die Ergebnisse insgesamt und vor allem bei den Zusatzversicherungen. Die Produkte der SDK sind attraktiv und gut im Markt positioniert“.

Besonders erfolgreich lief das Jahresendgeschäft, zu dem auch die gesetzlich geforderte Umstellung der Tarifwelten auf die sogenannten ‚Unisex-Tarife‘ beitrug. Etliche neue Mitglieder sicherten sich noch den ‚alten‘ geschlechtsabhängigen Tarif vor dem Stichtag 21. Dezember 2012.

Im Bereich der Pflege-Zusatzversicherung steigerte sich die SDK auf neue Höhen. Seit Jahren zählt Ihre SDK im Bereich Pflege zu den Marktführern. 2012 wurde nun die Schallmauer von 100.000 deutlich durchbrochen und es wurden insgesamt 109.305 Pflege-Zusatzversicherte gezählt (s. auch Grafik). Nicht nur dieser Anstieg beweist, dass das Thema Pflege immer wichtiger für die Menschen wird. Ein zweites Indiz ist die staatliche Förderung für private Pflege-Zusatzversicherungen. Seit Jahresbeginn 2013 gibt es mit dem nach Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr benannten „Pflege-Bahr“ einen Zuschuss in Höhe von 60 Euro jährlich für die private Pflege-Vorsorge. Henkel betonte bei der Präsentation der Geschäftsergebnisse, dass „die SDK ihre langjährige Erfahrung als Markt-

führer im Pflegebereich genutzt hat, um die etablierten PS-Tarife mit dem staatlich geförderten PZ-Tarif zu ergänzen, damit ein leistungsstarkes Pflege-Gesamtpaket zuverlässig mögliche Pflege-Risiken absichert“. Wie der Pflege-Bahr funktioniert und was die SDK anzubieten hat, darüber gibt der ausführliche Artikel in diesem Heft Auskunft.

Zu einem immer wichtigeren Standbein hat sich bei der SDK die betriebliche Krankenversicherung (BKV) entwickelt. Das zeigen auch die guten Zahlen für das Geschäftsjahr 2012: Über 1.700 Firmen haben einen Vertrag mit der SDK. Die BKV macht mittlerweile schon rund 9 Prozent am Neugeschäft aus.

Verwaltungskosten niedrig, Beiträge stabil

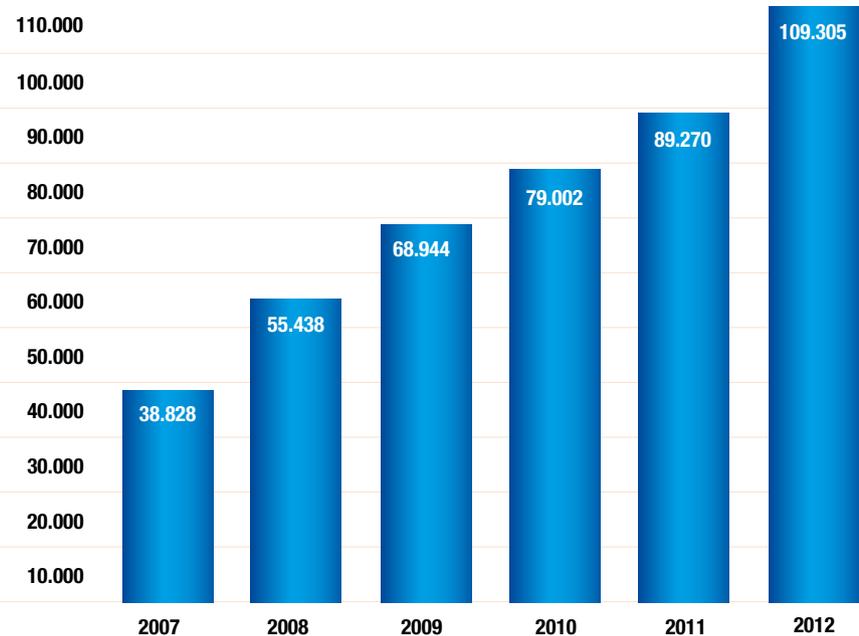
Traditionell niedrig ist die Verwaltungskostenquote Ihrer SDK, so auch 2012. Mit 1,4 Prozent liegt die SDK deutlich niedriger als der Branchendurchschnitt (2,5 Prozent). Eine schlanke und effiziente Verwaltung sorgt Jahr für Jahr bei Ihrer SDK für diese guten Werte. Gleichzeitig fiel die Beitragsanpassung zum 1. Januar 2013 erneut moderat aus. In der Vollversicherung stiegen die Beiträge um 3,2 Prozent, in der Zusatzversicherung blieben sie mit +0,2 Prozent fast gleich und insgesamt betrug die Anpassung +2,1 Prozent. Die Beitragsstabilität honorierte zu Jahresbeginn auch Assekurata und bewertete Ihre SDK erneut mit SEHR GUT (A+). Die Beitragseinnahmen wuchsen 2012 um 2,7 Prozent auf 734,8 Millionen Euro. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben für Versicherungsleistungen um 1,3 Prozent auf 445,8 Millionen Euro. Im Vergleich zu 2011 (+4,7 Prozent) fiel diese Steigerung erheblich kleiner aus. Das sind gute Nachrichten für die Versicherten der SDK, denn auch für 2014 ist nur für sehr wenige Tarife mit einer Beitragsanpassung zu rechnen.

Die Kapitalanlagen erhöhten sich um 12,8 Prozent auf rund 4,3 Milliarden Euro. Mit einer sehr guten Nettoverzinsung von 4,6 Prozent verbesserte die SDK den Vorjahreswert (2011: 4,1 Prozent) deutlich und lag über dem Branchendurchschnitt von 4,2 Prozent. Ihre SDK setzt bei den Kapitalanlagen weiterhin auf Sicherheit. So liegt der Anteil an Kapitalanlagen in den finanziell instabilen PIIGS-Staaten bei deutlich unter zwei Prozent.

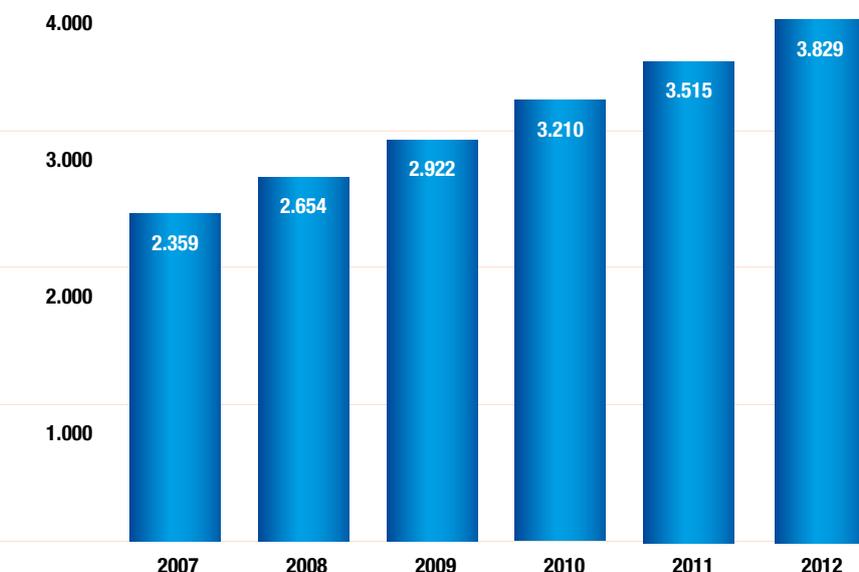
Beim Geschäftsergebnis erreichte die SDK im Jahr 2012 einen neuen Rekord. Der Gewinn wurde um 24,2 Prozent von 103,3 auf 128,3 Millionen Euro gesteigert.

Ein erfolgreiches Geschäftsjahr kommt den SDK-Versicherten zugute. Schließlich bleibt das verdiente Geld im Unternehmen und steht über die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Verfügung. Rund ein Drittel der Versicherten bekamen eine solche Beitragsrückerstattung. Insgesamt zahlte die SDK 2012 rund 30 Millionen Euro (2011: 29 Mio.) aus den ambulanten und zahnärztlichen Bausteinen an die Vollversicherten zurück. Voraussetzung dafür ist, dass keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Ein weiterer

Anzahl der versicherten Personen in PFLEGEprivat:



Nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung: Alterungsrückstellungen in Mio. Euro



Teil des Überschusses wird verwendet, um – in strenger Abstimmung mit dem mathematischen Treuhänder – Beitragsanpassungen abzumildern. Die gebildeten Alterungsrückstellungen (s. auch Grafik) belaufen sich mittlerweile auf 3,8 Milliarden Euro (2011: 3,5 Milliarden) und sorgen für eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Alter.

Süddeutsche Lebensversicherung mit sehr guten Bewertungen

Ein gutes Ergebnis erzielte auch die Süddeutsche Lebensversicherung. Die Beitragssumme sank zwar im Neugeschäft auf 126 Millionen Euro (2011: 143,4 Mio.). Dagegen erhöhte sich die Versicherungssumme des Bestandes um 7,9 Prozent auf 1,65 Milliarden Euro. Der Branchendurchschnitt lag bei nur 3,1 Prozent. Trotz der Belastung durch das anhaltend niedrige Zinsniveau, die von Lebensversicherern zu bildende Zins-Zusatzreserve und die schwierige Marktsituation, erzielte die SDK-Leben 2012 eine Nettoverzinsung von 4,9 Prozent und lag damit deutlich über dem Marktdurchschnitt (4,6 Prozent). Die solide Entwicklung der Süddeutschen Lebensversicherung in 2012 bestätigten unter anderem auch Assekurata, die der SDK-Leben nach einer Absenkung im Vorjahr nun ein SEHR GUT (A+) ausstellte und die Zeit-

schrift EURO. Sie zählt die SDK-Leben zu den besten Lebensversicherern und bewertet ihre Performance und vor allem auch die Kundenzufriedenheit mit SEHR GUT. In Sachen Altersvorsorge ist eine Lebensversicherung nach wie vor eine der sichersten und lukrativsten Vorsorgemöglichkeiten.

Erfreulich entwickelte sich auch der Teilbereich der Berufsunfähigkeitsversicherung, deren Anteil am Neugeschäft mittlerweile 15 Prozent beträgt. Der Abschluss einer BU-Versicherung sichert die Arbeitskraft ab und gehört nach wie vor zu den wichtigsten Versicherungen, die ein Arbeitnehmer haben sollte.

Erfreuliche Entwicklung der Süddeutschen Allgemeinen

Die Süddeutsche Allgemeine Versicherung ergänzt das Portfolio der SDK-Gruppe als Personenversicherer seit 2004 mit Angeboten für Unfallversicherungen. 2012 steigerte die SDK-Allgemeine ihre Beitragseinnahmen um 12,9 Prozent auf rund 824.000 Euro.

Auch das Geschäftsergebnis insgesamt fiel mit 125.500 Euro deutlich höher aus als 2011 (92.500 Euro). Somit trug 2012 auch die Süddeutsche Allgemeine ihren Teil zum positiven Gesamtergebnis der SDK-Unternehmensgruppe bei. ■



Mitglieder werben Mitglieder

Ihre Empfehlung lohnt sich

Qualität spricht sich herum. Es ist also nicht verwunderlich, dass mittlerweile mehr als 600.000 Mitglieder auf die Leistungen und den Service der SDK vertrauen. Vielleicht ja mit Ihrer Unterstützung. Denn im Rahmen unserer Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“ bitten wir alle Erwachsenen, die bei uns versichert und zufrieden sind: Geben Sie Ihre positiven Erfahrungen an Freunde, Bekannte oder Kollegen weiter. Ihre Empfehlung lohnt sich auf jeden Fall.

Denn das neue Mitglied kommt zu einer Krankenversicherung, die regelmäßig Bestnoten erhält: Von renommierten Wirtschaftsmagazinen, der unabhängigen Ratingagentur Assekurata und bei Kundenbefragungen. Alle bestätigen unser wichtigstes Ziel: Wir wollen den Menschen, die uns ihre Gesundheit anvertrauen, einen hochwertigen Versicherungsschutz zu günstigen Beiträgen bieten. Dabei sind wir uns der besonderen Verantwortung bewusst. Denn: „Wir versichern Menschen“, nicht irgendwelche Sachen.

Unsere Aktion lohnt sich auch für Sie. Für jede Ihrer Empfehlungen, die zu einer erfolgreichen Mitgliedschaft führt (einzige Ausnahme: REISEplus) erhalten Sie Ihre Wunschprämie:

Entweder Sie wählen ein Jahreslos der „Aktion Mensch“ und haben Monat für Monat die Chance auf einen Gewinn von bis zu 500.000 EUR – ein ganzes Jahr lang.



Oder Sie entscheiden sich für einen Einkaufsgutschein von BestChoice im Wert von mind. 25,- EUR und können bei rund 400 BestChoice-Partnern einkaufen. Die vollständige Übersicht finden Sie unter:

www.cadooz.com/Produkte/Gutscheine/BestChoice

So funktioniert „Mitglieder werben Mitglieder“

Sie kennen einen Interessenten, der sich von den Stärken Ihrer SDK persönlich überzeugen möchte? Dann tragen Sie die notwendigen Daten in die vorbereitete Antwortkarte ein und kreuzen Ihren Prämienwunsch an. Sie können die Antwortkarte auch aus dem Adressträger heraustrennen und zu einem späteren Zeitpunkt aktivieren. Das Porto übernehmen auf alle Fälle wir. Oder Sie scannen den QR-Code und geben direkt auf der Formular-Seite Ihren Namen und den des Interessenten ein. ■



Übrigens: Wer häufiger empfiehlt,
der wird besonders belohnt.
Lassen Sie sich überraschen!



Exklusive Vorteile für mhplus-Versicherte

Private Pflegeversicherung mit staatlicher Förderung

Aufgrund der zunehmenden Belastung der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland hat der Staat reagiert – bereits seit Anfang des Jahres können gesetzlich mhplus-Versicherte beim Abschluss einer privaten Pflegeversicherung die Förderung durch den sog. „Pflege-Bahr“ in Anspruch nehmen. Die Grundproblematik ist, dass die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegekasse nur für einen Teil der Kosten, die im Pflegefall entstehen können, ausreichen. Die Restsumme muss der Pflegebedürftige aus eigenem Einkommen aufbringen. Falls dies nicht mehr möglich ist, werden eventuell auch nahe Angehörige zur Zahlung herangezogen.



Jeder Bürger ab 18 Jahren, der einen förderfähigen Vertrag zur privaten Pflegeversicherung abschließt, erhält im Kalenderjahr eine pauschale Förderung von max. 60 Euro.

Besondere Vorteile für mhplus-Versicherte

1. Günstigere Beiträge
2. Assistance-Leistungen, z.B. Vermittlung von Fahrdiensten, Organisation der Essensauslieferung, Haushaltshilfen, etc.
3. Leistungserbringung aus einer Hand

Mit Herz

und Verstand

Zusammen stärker.

Sie wollen mehr über die mhplus und den Fördertarif erfahren?
 Dann wenden Sie sich bitte an Ihre/n persönlichen Ansprechpartner/in bei der SDK oder an unser Service-Center: Telefon 0711 5778-650

Was die mhplus sonst noch so zu bieten hat

Osteopathie – der sanfte Weg

Unser Partner, die mhplus, übernimmt die Kosten für maximal sechs osteopathische Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages (max. 60 Euro pro Sitzung). Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- + Es liegt eine ärztliche Bescheinigung vor, aus der hervorgeht, dass die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- + Der Leistungserbringer ist Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen oder hat eine osteopathische Ausbildung absolviert, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Außerdem erstattet die mhplus weitere Leistungen aus dem Spektrum der alternativen Heilmethoden wie z.B. Leistungen aus den Bereichen Akupunktur, Anthroposophie und Homöopathie.

Mehr Informationen finden Sie im Internet unter: www.mhplus.de/leistungen-naturheilverfahren.html (Webcode 1132)

Oder fordern Sie doch einfach die **Broschüre „Deine Alternative“** in einer der mhplus-Geschäftsstellen an.



Anni Friesinger unterstützte Bayern-Rundfahrt und Tour Ginkgo 2013

Zwei Rad-Rundfahrten mit unterschiedlichem Charakter



Gleich zwei Rad-Rundfahrten tourten im Mai und Juni durch Nürnberg und Franken. Den Anfang machte mit der Bayern-Rundfahrt ein seit vielen Jahren bei Fahrern und Zuschauern beliebtes Profi-Radrennen. Das blaue Trikot des besten Sprinters wird traditionell beim SDK-Sprint vergeben. Die SDK zeigt beim Profi-Rennen starke Präsenz. Zu den Highlights im Rahmenprogramm zählt jedoch auch das Jedermann-Rennen. Dabei gehen etliche Radlergruppen an den Start. Mit dabei war in diesem Jahr auch ein Team der Tour Ginkgo – und das aus gutem Grund.

Die Tour Ginkgo war in diesem Jahr in derselben Region wie die Bayern-Rundfahrt unterwegs. Im Großraum Nürnberg und Franken rollte der Fahrertross im gelben Ginkgo-Trikot, um Spenden für kranke Kinder zu sammeln. Die Etappen führten die Gruppe unter anderem durch Nürnberg, Fürth und Erlangen. Nach der 20-Jahre-Jubiläumstour 2012 und einem Rekord-Spendenergebnis von 450.000 Euro, mit denen die Arbeit am Olga-Kinderkrankenhaus Stuttgart unterstützt wurde, radelten rund 140 Fahrer und zahlreiche Prominente dieses Mal für den Nürnberger Verein Klabauteermann e.V. Unter ihnen auch wieder



der Vorstandsvorsitzende der SDK, Klaus Henkel, der es sich nicht nehmen ließ, mit in die Pedale zu treten. Der Verein betreut Familien schwerkranker Kinder und unterstützt vor allem bei der Nachsorge in schwierigen Zeiten.

Nicht nur das Sportgerät verband die beiden Rad-Events in diesem Jahr miteinander. Eine prominente Mitfahrerinnen und alte Bekannte im gelben Tour Ginkgo-Trikot gab sich bei beiden Rundfahrten die Ehre. SDK-Markenbotschafterin Anni Friesinger sagte spontan ihre Teilnahme beim Jedermann-Rennen der Bayern-Rundfahrt zu. Nach der Zieleinfahrt gab sie am SDK-

Stand eine Autogrammstunde und beantwortete die Fragen ihrer immer noch zahlreichen Fans.

Dass sie bei der Tour Ginkgo, wie schon im letzten Jahr, wieder mit von der Partie sein würde, war für die mehrfache Weltmeisterin und Olympiasiegerin im Eisschnellauf Ehrensache: „Ich unterstütze gerne die Tour Ginkgo und fahre immer gerne mit, weil ich finde, dass diese Radtour eine wunderbare Aktion ist. Ich unterstütze als Mutter mit vollem Herzen die Tour Ginkgo und die Christiane Eichenhofer-Stiftung, gerade weil sie sich für kranke Kinder einsetzen.“ ■



Ein besonderer Service für Vollversicherte der SDK

Ärztliche Zweitmeinung

Wenn Sie bei der SDK vollversichert, also nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, dann genießen Sie einen ganz besonderen Service, der Ihnen die Entscheidung zur richtigen Behandlung oder gar einer operativen Maßnahme erleichtert.

Patienten wünschen sich oft eine zweite Meinung, um mehr Sicherheit und Vertrauen in die anstehende Behandlung zu fassen. Durch den behandelnden Arzt, aber auch durch Fernsehsendungen, Zeitschriften und im Internet erhalten Versicherte häufig Ratschläge zu Erkrankungen und möglichen Maßnahmen. Die meisten Patienten wollen sicher gehen, ob alle Ratschläge zutreffen oder ob es weitere Alternativen gibt.

Wenn Sie bei der SDK vollversichert sind, haben Sie mit Ihren Unterlagen die Nummer unserer ärztlichen Experten erhalten. Informieren Sie sich dort individuell und hinterfragen Sie die für Sie wichtigen Punkte:

- **Gibt es Alternativen zu einer Operation?**
- **Ist die vorgeschlagene Therapie die richtige?**
- **Ist die empfohlene Behandlungsstätte die richtige?**

Oftmals ist es den Patienten bei bevorstehenden Operationen oder Behandlungen wichtig, dass ein zweiter Arzt die gleiche Meinung vertritt. Das beruhigt nicht nur, sondern bestärkt die Versicherten auch in ihrer Entscheidung.

Welches medizinische Anliegen auch immer Sie haben, die Ärztinnen und Ärzte der SDK informieren Sie gerne und helfen weiter. Ein Anruf genügt und das medizinische Team der SDK hilft Ihnen weiter, und das rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr.

So sinnvoll kann eine ärztliche Zweitmeinung sein

Wie wichtig und sinnvoll eine Zweitmeinung sein kann, zeigen die nachfolgenden Beispiele aus der Praxis:

Eine Versicherte der SDK (58 Jahre) erhielt nach einem Sturz mit dem Fahrrad den Rat durch den behandelnden Arzt, die Fraktur am Handgelenk operativ versorgen zu lassen. Allerdings sei es auch möglich, den Bruch nur mit einem Gips zu versorgen und die Heilung abzuwarten. Die ärztliche Zweitmeinung des Unfallchirurgen der SDK hat sie in ihrer Entscheidung bestärkt, sich doch operieren zu lassen und nicht das Risiko einer Fehlstellung mit erheblichen Folgekosten einzugehen.

Ein Versicherungsnehmer der SDK (51 Jahre) mit der Diagnose Fersensporn erhielt von seinem behandelnden Arzt den Rat zur Stoßwellentherapie. Der Versicherte erkundigte sich zum einen nach der Wirksamkeit der Behandlung, zum zweiten nach Alternativen zu der kostenintensiven Therapie. Der Orthopäde der SDK empfahl neben einer Einlagenversorgung als Alternative eine Serie mit Röntgenreizbestrahlung mit höheren Erfolgsaussichten bei deutlich geringeren Kosten. Diese Methode ist zudem auch noch völlig schmerzfrei. ■

Sie haben Fragen zu diesem Service?

Dann hilft Ihnen gerne Herr Michael Esswein:
0711 5778-389

Auch bei Diagnose „Krebs“

Krebspatienten brauchen eine ganz besondere Beratung. Deshalb kooperiert die SDK in diesem speziellen Fall mit der Health Management Online AG (HMO AG). Als erste private Krankenversicherung ermöglicht die SDK ihren Vollversicherten im Falle einer vorliegenden Krebsdiagnose eine ärztliche Zweitmeinung und trägt auch die dafür anfallenden Kosten.

Expertenwissen unabhängig vom Wohnort

Vollversicherte der SDK erhalten ab sofort im Fall einer Krebserkrankung die ärztliche Zweitmeinung von renommierten Experten deutscher Universitätskliniken und Tumorzentren. Die Kosten dafür trägt die SDK. Der zusätzliche Service erfolgt über das Onlineportal der HMO AG.

Vom Zweitmeinungsverfahren profitieren vor allem Krebspatienten, die in Regionen ohne spezialisierte Tumorzentren leben. Sie holen sich das Expertenwissen praktisch einfach nach Hause. Die Expertenmeinung ermöglicht optimale Behandlung, Therapie nach neuesten Standards und Versorgung durch Spezialisten. Im Fall einer Krebserkrankung ist es genau das, was die Betroffenen brauchen. Denn eine Zweitmeinung gibt Patienten mehr Sicherheit, die richtigen Entscheidungen für die Behandlung zu treffen.

Krebs-Zweitmeinung schon nach wenigen Tagen

Vollversicherte der SDK mit Krebsdiagnose melden sich auf www.krebszweitmeinung.de an. Danach fungieren Case Manager der HMO AG als Bindeglied zwischen Patient und den Spezialisten der Tumorzentren. Sie helfen dabei, die nötigen Unterlagen einzureichen und stehen während der ersten sechs Monate



beratend zur Seite. Von der ersten Kontaktaufnahme bis zur Zweitmeinung vergehen meist nur wenige Tage. In Tumorkonferenzen beraten Experten unterschiedlicher Fachrichtungen (Chirurgen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Onkologen, Pathologen und Organfachärzte) über Diagnose und Therapie von Krebspatienten.

Für die SDK ist das Zweitmeinungsverfahren ein weiterer Schritt, um die medizinische Versorgung ihrer Kunden zu verbessern. Erst im Herbst hat die SDK in Kooperation mit Bosch Healthcare und dem Robert Bosch Krankenhaus in Stuttgart ein telemedizinisches Betreuungsprogramm für Patienten mit COPD, einer chronischen Atemwegserkrankung, gestartet. ■

Ihre Fragen beantwortet Ihnen gerne

Herr Karl Koppe: 0711 5778-454

Das Serviceportal für Privatversicherte

www.derprivatpatient.de



Das Internetportal des PKV-Verbands bietet Privatversicherten Orientierung im Gesundheitswesen. Ziel ist es, Sie als gut informierte Patientin oder Patient zu einem selbstbewussten Partner Ihrer Ärztin oder Ihres Arztes zu machen. Dazu wurden die relevanten Fachbegriffe, Hintergründe, Fakten und Themen verständlich, übersichtlich und benutzerfreundlich aufbereitet.

Wo ist der nächste Facharzt? Welche Leistungen bietet mein Krankenhaus? Ist meine Arztrechnung korrekt? Das Serviceportal für Privatversicherte bietet viele Informationen rund um Arztbesuch und Krankenhausaufenthalt.

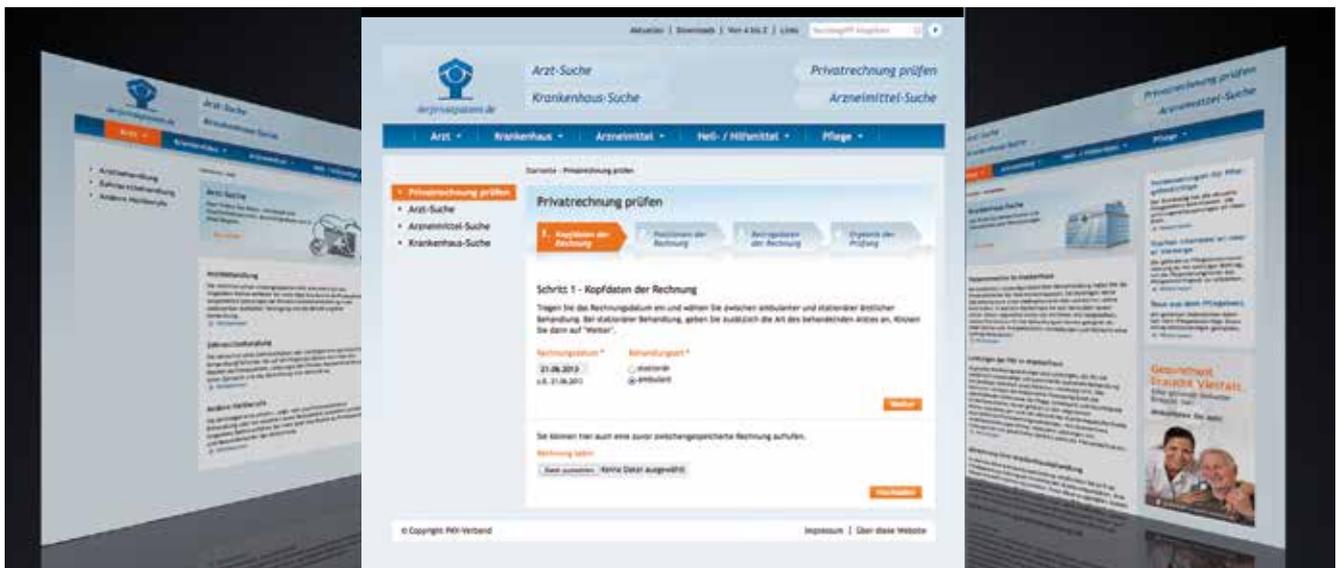
Arzt-Suchmaschine und Krankenhaus-Verzeichnis

In der Arzt-Suchmaschine sind alle niedergelassenen Ärzte Deutschlands mit ihrer Facharztbezeichnung, ihrer Anschrift sowie weiteren Stammdaten hinterlegt. Außerdem führen Links auf die jeweiligen Homepages der niedergelassenen Ärzte.

Im Krankenhaus-Verzeichnis sind alle Krankenhäuser Deutschlands mit ihren Stammdaten, der Abteilungsstruktur, den Entgelten sowie umfassenden Informationen über Preise und Ausstattungsstandards in den Ein- und Zweibettzimmern für Privatpatienten hinterlegt.

Mit der Prüfsoftware für Privatrechnungen erhalten die Versicherten erstmalig die Möglichkeit, eine Arztrechnung online überprüfen zu lassen. Hierzu ist es lediglich erforderlich, alle Angaben aus der Rechnung online einzugeben. Die Prüfung auf rechnerische und sachliche Richtigkeit erfolgt dann automatisch. Ergebnis ist ein Prüfprotokoll, das bei der Klärung strittiger Rechnungsfragen hilft und den Dialog mit dem Arzt erleichtert. Selbstverständlich kann diese Prüfung die unternehmensindividuelle Prüfung nicht ersetzen, bei der insbesondere auch Fragen der medizinischen Notwendigkeit Bedeutung haben können.

„Das PKV-Internet-Portal unterstützt jeden Privatversicherten, als mündiger Patient aufzutreten. Hierfür leisten wir mit unserem Portal einen wesentlichen Beitrag“, so Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach. ■





REISEplus erhalten
Sie bei Ihrer Volks-
oder Raiffeisenbank
oder online über
www.sdk.de

Gut geschützt auf Reisen

Keine Urlaubsreise ohne

REISE
plus

Bald ist es wieder soweit: Die Ferien stehen bevor und die ganze Familie freut sich auf den langersehnten Urlaub. Zur perfekten Reisevorbereitung gehört immer eine gute Krankenversicherung fürs Ausland.

REISEplus gehört in jedes Reisegepäck!

Mal ehrlich, das Frühjahr 2013 war doch glatt zum Vergessen geeignet, oder? Wenn im Wetterbericht Ende Mai noch von „Schneefallgrenze“ die Rede ist, dann ist doch wettertechnisch alles gesagt! Kein Wunder, dass alle, die vom Hochwasser verschont geblieben sind, jetzt nichts anderes im Kopf haben als Urlaub: Sonne, Palmen, Meer und jede Menge Spaß!

Wer ins Ausland reist, hat meist ein Problem, wenn er dort krank wird: Eine Behandlung wird dann häufig privat abgerechnet. Die gesetzliche Krankenversicherung gilt nur in den Ländern der Europäischen Union und reist außerhalb Europas gar nicht mit. Selbst in den Ländern, mit denen Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen hat, ist das Risiko groß, auf den Kosten sitzen zu bleiben. Und dann kann der Urlaub richtig teuer werden.

Privatpatient im Ausland!

Mit REISEplus sind Einzelpersonen für 9,50 Euro und eine ganze Familie für nur 24 Euro auf allen Auslandsreisen von je bis zu 45 Tagen Privatpatient. Ab Alter 61 liegt der Beitrag bei 19 Euro pro Person. Der Ver-

sicherungsschutz schließt einen medizinisch sinnvollen Rücktransport nach Deutschland ein. Zusätzlich sind unfallbedingte Bergungskosten und eine Kapitalzahlung bei Unfalltod von jeweils 5.000 Euro im Leistungsumfang enthalten. Eine längere Reise ist gegen Mehrbeitrag bis zu einer Dauer von 730 Tagen versicherbar.

REISEplus – Beitrag sparen mit der Dauerpolice!

Empfehlenswert ist der Abschluss von REISEplus als Dauerpolice. Denn ab dem 2. Jahr sparen Sie Beitrag gegenüber der Jahrespolice. Einmal abgeschlossen, verlängert sich der Versicherungsschutz automatisch jeweils um ein weiteres Jahr – das beste Mittel gegen Vergessen.

Reisen ist ein Privileg

Viele Menschen haben ganz andere Probleme, als zu entscheiden, wohin die nächste Reise gehen soll. Denken Sie daher bitte auch an andere und fördern Sie Projekte der SDK-Stiftung. Mit jedem beim Abschluss freiwillig zusätzlich überwiesenen Euro unterstützen Sie Hilfsprojekte der Organisation „Ärzte der Welt“, die Gesundheitsprogramme für Menschen in Krisensituationen in 65 Ländern initiiert und fördert.

REISEplus erhalten Sie bei Ihrer Volks- oder Raiffeisenbank oder online über www.sdk.de. ■

Nur für Mitglieder

Der Gesundheitsservice der SDK

Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden für Versicherte sowie Versicherungsunternehmen zunehmend wichtiger. Zu dieser Auffassung kommen Fachverbände und auch verantwortliche Politiker. Auch Befragungen von Versicherten zeigen in die gleiche Richtung.

Was bewirken solche Maßnahmen?

Mit gesundheitsfördernden Maßnahmen sollen Krankheiten verhindert und Krankheitsverläufe positiv beeinflusst werden.

■ Mehr Lebensqualität

Für uns als Versicherer ist besonders wichtig, dass sich die Lebensqualität unserer Mitglieder wieder spürbar erhöht.

■ Weniger Folgekosten

Auch die Versichertengemeinschaft profitiert. Gesundheitsprogramme können Komplikationen oder Folgeerkrankungen vermeiden, was Kosten einspart und für alle Versicherten zu stabileren Beiträgen führt.

Welche Maßnahmen unterstützt die SDK?

Wir analysieren systematisch, welche ergänzenden Versorgungsangebote geeignet sind. Bereits jetzt bieten wir maßgeschneiderte Programme für chronische Krankheiten (COPD, Herz), Fallmanagement (Behandlungspflege, Arbeitsunfähigkeit), Zweitmeinungsverfahren (Krebs, allgemein), SDK-App „Gesund & Fit“ und Projekte wie die Bewegungsberatung an.

Ihre Fragen beantwortet Ihnen gerne

Herr Karl Koppe: 0711 5778-454

Das SDK-Fallmanagement konnte bisher bei 50 Prozent der Teilnehmer, die zeitweise oder dauerhaft arbeitsunfähig waren, die Rückkehr ins Arbeitsleben entscheidend unterstützen.

Wer ist geeignet für gesundheitsfördernde Maßnahmen?

Als Krankenversicherer erhalten wir in unserer täglichen Leistungspraxis viele Abrechnungsdaten unserer Mitglieder. Wir werten diese intern regelmäßig aus und

Beispiel: Bewegungsberatung

Die von uns angebotene Bewegungsberatung, die wir in Kooperation mit dem Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart anbieten, wird rege genutzt. Im Rahmen dieser Bewegungsberatung (s. auch unseren Artikel in „Meine SDK“, Heft Juli 2012) werden Bewegungsprofile erstellt und individuelle Hinweise zur Verbesserung der eigenen Aktivität gegeben. Insgesamt konnte erfreulicher Weise festgestellt werden, dass sich die meisten Teilnehmer durch körperliche Aktivität fit halten.

sehen so, welche Maßnahme für welches SDK-Mitglied möglicherweise geeignet ist. In diesen Fällen gehen wir dann auf unsere Mitglieder zu und machen geeignete Vorschläge.

Beim Zweitmeinungsverfahren für Krebserkrankungen (siehe auch eigener Artikel in diesem Heft) können sich Betroffene auf Wunsch direkt bei unserem Kooperationspartner beraten lassen.

Wir danken allen Mitgliedern, die durch Ihre aktive Teilnahme diese Programme mit Leben erfüllen und freuen uns auf eine anhaltende Kooperationsbereitschaft, die allen zugute kommt. ■

SEPA – Vereinheitlichung des Zahlungsverkehrs in Europa

Die Europäische Union wächst immer weiter zusammen. Von der Idee eines einheitlichen europäischen Wirtschaftsraums in den 50er Jahren bis hin zur Einführung des Euro. Mittlerweile werden viele, für die einzelnen Mitgliedsstaaten verbindliche Gesetze in Brüssel und Straßburg verabschiedet.

Der Zahlungsverkehr innerhalb von Europa war bisher jedoch noch nicht vereinheitlicht. So stellte eine Auslandsüberweisung schon eine Herausforderung dar, galten doch in jedem Land unterschiedliche Regelungen. Grenzübergreifende Lastschriften waren bisher nicht möglich. 2008 wurde daher der einheitliche EURO-Zahlungsverkehr (Single Euro Payments Area, SEPA) beschlossen.

Die Einführung von SEPA verfolgt das Ziel, Überweisungen, Lastschriften und Kartenzahlungen in den

32 europäischen Teilnehmerländern zu vereinfachen und zu standardisieren. Zum 01.02.2014 werden die nationalen Überweisungs- und Lastschriftverfahren durch das europaweit einheitliche Zahlungsverfahren der SEPA-Überweisung und SEPA-Lastschrift ersetzt.

Was ändert sich konkret?

Eine der größten Änderungen ist die Einführung von BIC und IBAN: Die Kontonummer wird durch die 22-stellige IBAN (International Bank Account Number /Internationale Bankkontonummer), die Bankleitzahl durch die 11-stellige BIC (Business Identifier Code/Internationale Bankleitzahl) ersetzt.

SEPA-Lastschriftmandat ersetzt Einzugsermächtigung

Mit der Einführung von SEPA entfällt auch die bisherige Einzugsermächtigung. Diese wird durch das SEPA-Lastschriftmandat ersetzt. Damit künftig Geld per Lastschrift eingezogen werden kann, muss dem Zahlungsempfänger ein sogenanntes Mandat mit Unterschrift des Kunden vorliegen.

Bestehende Einzugsermächtigungen behalten allerdings weiterhin ihre Gültigkeit. Sie können in ein SEPA-Lastschriftmandat umgewandelt werden.

Was passiert bei der SDK?

Wie alle anderen Versicherungsunternehmen, Banken, Energieversorger, etc. stellt die SDK bis 01.02.2014 auf SEPA um. Dabei gilt: **Eine der SDK bereits vorliegende Lastschrift-Einzugsermächtigung wird automatisch auf ein SEPA-Lastschriftmandat umgestellt.** Dabei übernimmt die SDK die Umrechnung von Kontonummer und Bankleitzahl in IBAN und BIC, so dass durch die Umstellung für unsere Kunden kein Aufwand

Beispiel einer IBAN:

DE 99 12345678 1234567890
① ② ③ ④

- ① Länderkennzeichen (2 Stellen, DE für Deutschland)
- ② Prüfziffer (2 Stellen)
- ③ BLZ (8 Stellen)
- ④ Kontonummer (10 Stellen)

Beispiel einer BIC:

GENO DE FF XXX
① ② ③ ④

- ① Bankbezeichnung (4 Stellen, z.B. GENO für DZ-Bank)
- ② Länderkennzeichen (2 Stellen, DE = Deutschland)
- ③ Orts-/Regionangabe (2 Stellen, z.B. FF für Frankfurt)
- ④ Filialbezeichnung (wahlweise 3 Stellen)

Günstiger Kundenservice Tausch der Servicehotline-Rufnummern gegen Festnetznummern

Seit 01.06.2013 hat die SDK alle kostenpflichtigen 01801-Servicehotline-Rufnummern durch Festnetzzufnummern ersetzt. Alle SDK-Mitglieder können ihre SDK im Bedarfsfall günstig zu Festnetzgebühren erreichen. Wir reagieren damit auf die inzwischen weit verbreiteten Flatrates.

entsteht. Jedes Mandat wird dabei mit einer Mandatsreferenznummer versehen, um jederzeit eine eindeutige Zuordnung zu dem Mandat sicherzustellen. Gleichzeitig wird darauf die Gläubiger-Identifikationsnummer vermerkt, die uns als Lastschriftenreicher eindeutig identifiziert. Diese Angaben werden zukünftig bei Lastschriften auf den Kontoauszügen unserer Kunden im Verwendungszweck ausgewiesen. Damit ist für Sie jederzeit nachvollziehbar, aufgrund welcher Vereinbarung ein Geldbetrag abgebucht wurde. ■

Weitere Informationen zu SEPA finden Sie außerdem unter www.sepadeutschland.de, einer Internetseite der Deutschen Bundesbank in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium der Finanzen und den Mitgliedern des Deutschen SEPA-Rates.

	alte Nummer	neue Nummer
Gesundheitstelefon der SDK	01801 5778-73	0711 995220-07
Pflegetelefon der SDK	01801 5778-77	0711 995220-72
Auslandsreise Notfalltelefon	01801 5778-75	0711 995220-01
Auslandsreise Fax	01801 5778-76	0711 995220-29

Die alten Nummern wurden bereits abgeschaltet. Wer dennoch über eine alte Nummer Kontakt sucht, bekommt per Ansage die neue Nummer mitgeteilt.

Bei allen Fragen die nicht die Themen Gesundheitstelefon, Pflegetelefon, Auslandsreise-Notfall (Fon und Fax) betreffen, steht Ihnen Ihre SDK wie gewohnt unter folgenden Rufnummern zur Verfügung:

Hauptverwaltung Fellbach	0711 5778-0
Landesdirektion Augsburg (Bayern)	0821 50262-0
Landesdirektion Freiburg (Baden)	0761 38809-0

Ihre Daten gut geschützt

Die neue Datenschutzerklärung

Seit dem 01.01.2013 gilt in der Kranken-, Lebens- und Unfallversicherung eine neue Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Datenschutz. Diese wurde von den Datenschutzbehörden der Länder in Kooperation mit dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und dem Verbraucherschutz (vzbv) erarbeitet. Hierdurch wird die Transparenz im Umgang mit Kundendaten erhöht sowie der sicherere Umgang mit personenbezogenen Daten gewährleistet. Die neue Erklärung ist ab dem 01.01.2013 Bestandteil eines jeden neuen Versicherungsvertrages.

Was regelt die neue Erklärung inhaltlich?

- **Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten** z.B. bei Ärzten zur Risikoprüfung oder zur Prüfung unserer Leistungspflicht
- **Weitergabe von Gesundheitsdaten an Dritte** z.B. an Rückversicherer und Dienstleister
- **Speicherung und Verwendung von Daten, wenn ein Vertrag nicht zustande kommt**

Weitere Informationen können Sie im Internet unter www.sdk.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen. Hier steht Ihnen die neue Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Ansicht bzw. zum Ausdruck zur Verfügung. Gerne können Sie sie auch postalisch anfordern.



Änderungen in den Tarifbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung

Der PKV-Verband hat in Abstimmung mit der Aufsichtsbehörde und dem zuständigen juristischen Treuhänder neue brancheneinheitliche Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung erstellt. Die umfangreichen inhaltlichen Änderungen resultieren aus der Anpassung an neue und geänderte gesetzliche Vorschriften sowie aus der Berücksichtigung der Rechtsprechung.

Der größte Teil der nachfolgend aufgeführten Änderungen ist durch das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz) veranlasst worden. Im Wesentlichen betreffen diese Änderungen leistungsrechtliche Verbesserungen, insbesondere für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat die Beitragsfreiheit von familienversicherten Kindern, die einen gesetzlich geregelten Freiwilligendienst leisten, umfassend geregelt. In diesem Punkt war eine Anpassung der Versicherungsbedingungen an das Sozialgesetzbuch erforderlich.

In die Versicherungsbedingungen wurde ebenfalls eine klarstellende Forderung der BaFin zur Beitragsanpassungsklausel aufgenommen.

Inhaltliche Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 4 Abs.1 Satz 4 MB/PPV

Hinweis: Satz 5 wurde gestrichen und damit die Inanspruchnahme von Einzelpflegekräften erleichtert. Ein Beschäftigungsverhältnis zwischen Pflegebedürftigem und Pflegeperson ist kein Hinderungsgrund mehr.

Fassung alt

(1) ... Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden

sind; Verwandte oder Verschwägte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.

Fassung neu

(1) ... Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind oder die als Einzelpflegekräfte die Voraussetzungen des § 71 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) erfüllen und deshalb von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung betreibt, anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt.

§ 4 Abs.2 MB/PPV

Hinweis: Für selbst beschaffte Pflegehilfe bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wurde der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld neu geregelt.

Fassung alt

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PP beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

Fassung neu

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PP beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Während einer Verhinderungspflege nach Absatz 6 oder einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes jeweils für bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

§ 4 Abs.3a MB/PPV

Hinweis: Mit der Neuregelung wird die Zahlung von anteiligem Pflegegeld in Kombination mit Heimaufenthalten neu gefasst.

(3a) Versicherte Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI – siehe Anhang) haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PP anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

§ 4 Abs.5 MB/PPV

Hinweis: Die Neuregelung betrifft die Kombination von Sach- und Geldleistungen sowie die Weiterzahlung des Pflegegeldes bei Krankenhausaufenthalten.

Fassung alt

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PP. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden

Fassung neu

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PP. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine Minderung erfolgt insoweit nicht, als die versicherte Person Leistungen nach Nr. 7.2 des Tarifs PP erhalten hat.

§ 4 Abs.7a MB/PPV

Hinweis: Die neue Regelung enthält Mehrleistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen.

(7a) Die versicherte Person hat einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PP, wenn

1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung lebt,
2. sie Leistungen nach Absatz 1 bis 7 bezieht,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und
4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer nicht entgegenstehen.

Keine ambulante Versorgungsform im Sinne von Satz 1 liegt vor, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist. Die von der Gemeinschaft unabhängig getroffenen Regelungen und Absprachen sind keine tatsächlichen Einschränkungen in diesem Sinne.

§ 4 Abs.7b MB/PPV

Hinweis: Es werden die erstattungsfähigen pflegerischen Betreuungsmaßnahmen durch Einzelpflegekräfte neu beschrieben.

(7b) Versicherte Personen der Pflegestufen I bis III sowie versicherte Personen, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 4 Abs. 16 erfüllen, haben ab 1. Januar 2013 einen Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für häusliche Betreuung nach Nr. 1 des Tarifs PP. Erstattungsfähig sind pflegerische Betreuungsmaßnahmen zur Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld der versicherten Person oder seiner Familie, insbesondere die Unterstützung

- a) von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen sowie
- b) bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus. Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder versicherten Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie in Anspruch genommen werden. Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

§ 4 Abs.8 Satz 4 MB/PPV

Hinweis: Die Worte „nur“ werden gestrichen und damit die Beschränkung auf ausschließliche Tages- oder Nachtpflege in teilstationären Pflegeeinrichtungen aufgehoben.

Fassung alt

(4) ... Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

Fassung neu

(4) ... Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

§ 4 Abs.9a MB/PPV

Hinweis: Mit der Neuregelung wird der Vorrang der Tages- und Nachtpflege in häuslicher Pflegehilfe festgelegt.

(9a) Kosten für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 sind vorrangig vor den Kosten für teilstationäre Pflege nach Absatz 8 zu erstatten.

§ 4 Abs.10 Satz 3 und 4 MB/PPV

Hinweis: Mit der Änderung wurde die Altersgrenze für Leistungen der Kurzzeitpflege bei zu Hause gepflegten Kindern angehoben.

Fassung alt

(10) ... Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Fassung neu

(10) ... Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

§ 4 Abs.13 Satz 1 MB/PPV

Hinweis: Die Regelung enthält eine Änderung hinsichtlich der Beitragszahlung für die Rentenversicherung von Pflegepersonen.

Fassung alt

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und die versicherte Person ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nr. 8 des Tarifs PP.

Fassung neu

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder ab 1. Januar 2013 mehrere pflegebedürftige Personen ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nr. 8 des Tarifs PP.

§ 4 Abs.16a MB/PPV

Hinweis: Die Neueinfügung führt zu verbesserten Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz).

(16a) Versicherte Personen, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des Absatz 16 erfüllen, haben neben den Leistungen nach Absatz 16 ab dem 1. Januar 2013 Anspruch auf Leistungen nach Nr. 15 des Tarifs PP.

§ 4 Abs.18 MB/PPV

Hinweis: Es finden sich neu eingefügte Regelungen ab Satz 3 wegen der Neugestaltung der Pflegeberatung und Neueinführung von Beratungsgutscheinen.

Fassung alt

(18) Versicherte Personen haben ab 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durch-

geführt wird. Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen.

Fassung neu

(18) Versicherte Personen haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausge-richtet sind. ...

Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

- a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
- b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist.

§ 4 Abs.19 MB/PPV

Hinweis: Die Bestimmung enthält die Neueinführung zusätzlicher Leistungen für die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen.

(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PP einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PP. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist, spätestens aber am 31. Dezember 2015.

§ 5 Abs.1a, 2a, 2b MB/PPV

Hinweis: Mit den Änderungen wird die Unschädlichkeit von Unterbrechungen der Pflege für den Bezug von Pflegegeld und zusätzli-

cher Leistungen wie Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson festgelegt.

Fassung alt

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; ...

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; ...

b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt;

Fassung neu

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; ...

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder

anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; ...

b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; ...

§ 6 Abs. 2 und 2a MB/PPV

Hinweis: Die Änderungen umfassen die Neuregelung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, neue Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen sowie neue Statistiken bei der Einhaltung der Fristen.

Fassung alt

(2) ... Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.

Fassung neu

(2) ... Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 4, der gesonderten Rehabilitationsempfehlung nach Satz 2 und einer auf die Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

(2a) Erfolgt die Leistungsmittelung durch den Versicherer nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrages oder wird eine der in Satz 4 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PP. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person

in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder medizinischen Dienstes durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind. Für versicherte Personen, die sich im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz befinden oder ambulant palliativ versorgt werden oder sich in häuslicher Umgebung befinden, ohne palliativ versorgt zu werden, und Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz oder Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch nehmen, können unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) besondere Begutachtungsfristen gelten. Bei versicherten Personen nach Satz 4 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche nach Antragseingang aufgrund einer Vorabestufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.

§ 8 Abs.1 c MB/PPV

Hinweis: Es wird die beitragsfreie Familienversicherung bei gesetzlich geregelten Freiwilligendiensten umfassend neu geregelt.

Fassung alt

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern ...

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; ...

Fassung neu

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern ...

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht

die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes, ...

§ 8b Abs.1 MB/PPV

Hinweis: Im neuen Satz 5 wird klargestellt, dass der Versicherer bei einer notwendigen Anpassung der vertraglichen Leistungszusage an einen geänderten Leistungsumfang in der sozialen Pflegeversicherung auch zu einer Verringerung der Beiträge verpflichtet ist.

Fassung alt

(1) ... Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern.

Fassung neu

(1) ... Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet.

Redaktionelle Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 1 Abs.13 MB/PPV

Fassung alt

(13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

Fassung neu

(13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bun-

desrepublik Deutschland, soweit sich nicht aus § 5 Abs. 1 etwas anderes ergibt.

§ 3 Abs.2 MB/PPV

Fassung alt

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages
a) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr,
b) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre,
c) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre,
d) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre,
e) in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss,
f) in der Zeit ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

Fassung neu

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

Änderungen der Tarifbeschreibung

Tarif PP mit Tarifstufen PN/PPN und PB/PPB

Tarifstufe PN/PPN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe; redaktionelle Änderung

Fassung alt

Die Tarifleistungen betragen 100 v.H. der nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Fassung neu

Die Tarifleistungen betragen 100 v.H. der nach den Nummern 1-15 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PB/PPB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit
Anpassung an Änderungen der Beihilfavorschriften

Fassung alt

Die Tarifleistungen betragen für

1. Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ohne bzw. mit einem bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kind 50 v.H.
 2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 v.H.
 3. Personen nach Nr. 1, die sich im Ruhestand befinden 30 v.H.
 4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten beihilfeberechtigter Witwen und Witwer 30 v.H.
 5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigter Waisen 20 v.H.
- der in Tarifstufe PN/PPN nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Fassung neu

Die Tarifleistungen betragen für

1. Beihilfeberechtigte 50 v.H.
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 v.H.
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer 30 v.H.
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigter Witwen und Witwer 30 v.H.
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigter Waisen 20 v.H. der in Tarifstufe PN/PPN nach den Nummern 1-15 vorgesehenen Beträge.

Tarif Nr. 1

Hinweis: Die häusliche Betreuung durch Einzelpflegerkräfte wird zukünftig bei der Erstattung berücksichtigt.

Fassung alt

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 450 Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.100 Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.550 Euro erstattet.

Fassung neu

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 450 Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.100 Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.550 Euro erstattet.

Tarif Nr. 4.3

Hinweis: Die Änderung berücksichtigt Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen.

Fassung alt

4.3 Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 2.557 Euro je Maßnahme begrenzt.

Fassung neu

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 2.557 Euro je Maßnahme begrenzt. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 10.228 Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

Tarif Nr. 12, 13, 14, 15

Hinweis: Die Neueinfügungen betreffen neue und verbesserte Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen und Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz).

12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung 70,00 Euro.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 200,00 Euro.

In Tarifstufe PB/PPB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500 Euro.

In Tarifstufe PB/PPB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

15. Weitere Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

15.1 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe besteht Anspruch auf

- a) Pflegegeld nach Nr. 2.1 Tarif PP in Höhe von 120 Euro oder
- b) Häusliche Pflegehilfe nach Nr. 1 Tarif PP in Höhe von bis zu 225 Euro oder

- c) Kombinationsleistungen aus den Nr. 2.1 und Nr. 1 Tarif PP (§ 4 Abs. 5) je Kalendermonat, sowie Anspruch auf Leistungen nach Nr. 3 und Nr. 4 Tarif PP (§ 4 Abs. 6 und 7).

15.2 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe I erhöht sich je Kalendermonat

- a) das Pflegegeld nach Nr. 2.1 um 70,00 Euro auf 305,00 Euro
- b) die häusliche Pflegehilfe nach Nr. 1 Tarif PV um 215,00 Euro auf bis zu 665,00 Euro.

15.3 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe II erhöht sich je Kalendermonat

- a) das Pflegegeld nach Nr. 2.1 um 85,00 Euro auf 525,00 Euro
- b) die häusliche Pflegehilfe nach Nr. 1 um 150,00 Euro auf bis zu 1.250,00 Euro.

In Tarifstufe PB/PPB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Rechtliche Informationen II

Wahl der Mitgliedervertretung

In diesem Jahr läuft die 6jährige Amtszeit von 12 der 21 Mitgliedervertreter und Ersatz-Mitgliedervertreter unserer Süddeutschen Krankenversicherung a.G. ab. Die Mitgliedervertretung ist das oberste Organ des Unternehmens. Sie fasst ihre Beschlüsse in der Hauptversammlung, die einmal im Jahr einberufen wird. Die Hauptversammlung ist unter anderem zuständig für die Entgegennahme des Geschäftsberichtes mit dem Jahresabschluss, die Änderung der Satzung, die Wahl der Aufsichtsratsmitglieder und die Entlastung von Vorstand und Aufsichtsrat.

Die Nominierung der Kandidaten als Mitgliedervertreter bzw. Ersatz-Mitgliedervertreter erfolgt durch einen Wahlausschuss, der aus zwei Mitgliedern des Aufsichtsrats, einem Mitglied des Vorstands sowie drei Mitgliedern besteht, die weder dem Aufsichtsrat noch der Mitgliedervertretung angehören dürfen.

Mitglieder, die an einer Kandidatur als Mitgliedervertreter oder Ersatz-Mitgliedervertreter Interesse haben, können sich gerne an den Vorstand wenden.

Änderung im Aufsichtsrat der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. und der Süddeutschen Lebensversicherung a.G.

Mit Ablauf der Hauptversammlungen am 7. Juni 2013 haben Herr Erwin Kuhn, Verbandspräsident i.R. des ehemaligen Württembergischen Genossenschaftsverbandes e.V. und Herr Gerhard Roßwog, Verbandspräsident i.R. des Genossenschaftsverbandes Baden-Württemberg e.V. ihre Ämter als Mitglieder des Aufsichtsrates beider Unternehmen niedergelegt. Die Hauptversammlungen der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. und der Süddeutschen Lebensversicherung a.G. haben Herrn Dr. Roman Glaser, Verbandspräsident des Baden-Württembergischen Genossenschaftsverbandes e.V. und Herrn Prof. Dr. Hans Jürgen Ott, Duale Hochschule Heidenheim, für die restliche Amtszeit des Aufsichtsrates bis zum Ende der Hauptversammlungen 2016 in den Aufsichtsrat gewählt.

Die Aufsichtsratsmitglieder der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. und der Süddeutschen Lebensversicherung a.G. haben jeweils Herrn Dr. Roman Glaser zum Vorsitzenden des Aufsichtsrates gewählt

Aufsichtsrat der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. (Stand Ende HV vom 07.06.2013)

Dr. Roman Glaser, Vorsitzender
Präsident des Baden-Württembergischen Genossenschaftsverbandes,
Otterweier

Rolf Barreuther, stellv. Aufsichtsratsvorsitzender
Geschäftsführender Gesellschafter, Murrhardt

Prof. Dr. jur. Urban Bacher
Professor an der Hochschule Pforzheim, Wackersdorf

Peter J. Derer, Gesamtbetriebsratsvorsitzender
Arbeitnehmervertreter, Stuttgart

Prof. Dr. h.c. Stephan Götzl
Präsident des Genossenschaftsverbandes Bayern, München

Hans-Ulrich Jekel, Arbeitnehmervertreter, Stuttgart

Volker König, Bankdirektor, Kornwestheim

Wolfgang Maile, Arbeitnehmervertreter, Lorch

Rosemarie Miller-Weber, Bankdirektorin, Leutkirch

Prof. Dr. Hans Jürgen Ott
Professor an der Dualen Hochschule Heidenheim, Neu-Ulm

Claus Preiss, Bankdirektor, Kehl

Nicola-Simone Rauser, Betriebsratsvorsitzende
Arbeitnehmervertreterin, Tübingen

Rainer Schaidnagel, Bankdirektor, Kempten

Christine Scheibl, Arbeitnehmervertreterin, Backnang

Norbert Schindler, MdB, Präsident des Bauern- und Winzerverbands Rheinland-Pfalz Süd e. V., Bobenheim

Aufsichtsrat der Süddeutschen Lebensversicherung a. G. (Stand Ende HV vom 07.06.2013)

Dr. Roman Glaser, Vorsitzender
Präsident des Baden-Württembergischen Genossenschaftsverbandes,
Otterweier

Rolf Barreuther, stellv. Aufsichtsratsvorsitzender
Geschäftsführender Gesellschafter, Murrhardt

RA Dr. jur. Andrea Althanns, Leiterin Rechtsabteilung des
Genossenschaftsverbandes Bayern München

Prof. Dr. jur. Urban Bacher
Professor an der Hochschule Pforzheim, Wackersdorf

Ingolf Epple, Bankdirektor, Leonberg

Kerstin Heinritz, Geschäftsführende Gesellschafterin,
Neukirchen-Vluyn

Prof. Dr. Hans Jürgen Ott
Professor an der Dualen Hochschule Heidenheim, Neu-Ulm

Rainer Schaidnagel, Bankdirektor, Kempten

Norbert Schindler, MdB, Präsident des Bauern- und Winzerverbands Rheinland-Pfalz Süd e. V., Bobenheim

PDF statt Papier

Knapp 243 Kilogramm Papier verbraucht jeder Deutsche pro Jahr und damit gehören wir zu den zehn größten Papierkonsumenten weltweit. Doch weniger ist mehr, denn längst ist bekannt, dass der weltweit steigende Papierverbrauch Umwelt und Klima belasten.

Zum Glück hat jeder im Alltag zahlreiche Möglichkeiten, seinen persönlichen Papierverbrauch zu senken. Eine davon bietet Ihnen die SDK.

Denn Sie können zukünftige Ausgaben von „Meine SDK“ ganz bequem auf digitalem Weg in PDF-Form erhalten.

Wie das geht?

Ganz einfach: Folgen Sie auf **www.sdk.de** bitte folgenden Menüpunkten: „Service“ und dann „Mitglieder-Services“, Sie finden links in der Navigation „Meine SDK Onlinebezug“. Oder Sie scannen den QR-Code. Geben Sie im Formular Ihre Daten ein.

