

M E I N E
DAS MAGAZIN FÜR MITGLIEDER

SDK



PFLEGESTÄRKUNGSGESETZE
**Neue Leistungen,
alte Lücken**

MIT DEN AKTUELLEN
MITTEILUNGEN
NOVEMBER 2016

Gehirnjogging
So trainieren Sie Ihre
geistige Fitness

Ernährung im Winter
Wie Sie Ihr Immunsystem
stärken können

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

zum 01.01.2017 tritt das Pflegestärkungsgesetz II in Kraft. Es sieht eine neue Definition des Pflegebegriffs vor, die Einführung von künftig fünf Pflegegraden statt drei Pflegestufen und eine Erhöhung des Beitragssatzes für die gesetzlich Versicherten um weitere 0,2 Prozentpunkte. Gesetzliche Änderungen in der sozialen Pflegeversicherung haben Folgewirkungen auch für die Angebote der privaten Krankenversicherung. Die Tarifbedingungen der Pflegeangebote der SDK in der Pflegepflichtversicherung für unsere Vollversicherten und in den Tarifen unserer Pflegeergänzungsversicherung werden zum 01.01.2017 an die neue Gesetzeslage angepasst. Sicher ist: Ihr Versicherungsschutz bei der SDK bleibt in jedem Fall lückenlos erhalten. Auch Versicherte, die bereits Leistungen aus unseren Tarifen beziehen, brauchen sich nicht zu sorgen. In Kürze erhalten alle von der geänderten Gesetzeslage betroffenen SDK-Mitglieder ein Schreiben, das die Umstellung ihres bestehenden Vertrages dokumentiert. Bei Fragen rund um Ihren Versicherungsschutz steht Ihnen Ihr zuständiger Berater im Innen- oder Außendienst zur Verfügung.

2017 stehen Bundestagswahlen an. Gesundheit ist nicht nur für Sie und Ihre SDK ein großes Thema, sondern für die ganze Gesellschaft. Und man muss nicht extra in eine „Kristallkugel“ schauen, um vorherzusagen: Gesundheit wird auch ein Wahlkampfthema sein. Denn die Gesundheitswirtschaft ist ein wachstumsstarker Markt und wird es auch zukünftig sein. Und jeder von uns ist Teil davon. Logisch, dass es auch viele unterschiedliche Interessen gibt. Unbestritten ist jedoch, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat, in dem jeder überdurchschnittlich gut und schnell versorgt wird, der medizinische Hilfe benötigt. Diese Erkenntnis kommt in allen Diskussionen über Probleme, die es natürlich gibt, oft viel zu kurz. Ein großer Vorteil unseres Gesundheitssystems ist die erfolgreiche Kombination aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Sie schafft entscheidende



Investitions- und Modernisierungsspielräume, die die gesetzliche Krankenversicherung – auch als „Bürgerversicherung“ – alleine nie hätte.

Als Experte mit 90-jähriger Erfahrung setzt die SDK weiterhin auf die private Vollversicherung. Moderne Bausteintarife sind auch in Zukunft die Basis für einen individuellen Versicherungsschutz nach Wunsch bei der SDK. Aber über die klassische Krankenversicherung hinaus werden wir immer mehr Angebote machen, die dabei helfen, gar nicht erst krank oder eben auch schneller wieder gesund zu werden: Prävention und Gesundheitsförderung in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung sowie begleitende Programme und Unterstützung im Genesungsprozess. Vom Krankenversicherer zum Gesundheitsspezialisten: Die Weichen sind gestellt, moderne Strukturen sind geschaffen und im Firmengeschäft sind wir mit rund 2.300 Gruppenverträgen schon sehr erfolgreich unterwegs. Und wir werden weiter Fahrt aufnehmen. Mit dazu beitragen wird ein neuer Kollege, der die SDK bereichern und unseren Vorstand komplettieren wird: Benno Schmeing hat die Position als drittes Vorstandsmitglied zum 01.10.2016 übernommen und zeichnet für die Bereiche Kapitalanlagemanagement, Produktmanagement, Vertrags- und Leistungsservice verantwortlich. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit und wünschen ihm viel Erfolg.

Ihr

Dr. Ralf Kantak

04



TITELTHEMA

- 04 Neue Leistungen, alte Lücken**
Die neuen Pflegestärkungsgesetze

12



SERVICE

- 11 Hilfe und Unterstützung zum Thema Pflege**
Gesundheits-Dienstleistungen
- 12 Bewegung ist der Schlüsselfaktor**
Älter werden in Balance
- 13 Ihre Meinung zählt**
Leserumfrage

**Zwischen den Seiten 14 und 15
finden Sie einen Einhefter mit
rechtlichen Pflichtinformationen.**

16



GESUNDHEIT

- 15 Sind Sie geistig fit?**
Gedächtnis-Selbsttest
- 16 Geistige Fitness trainieren**
So funktioniert Gehirnjogging
- 18 Das große Vergessen**
Volkskrankheit Demenz
- 20 Wie Sie Ihr Immunsystem stärken können**
Ernährung im Winter

20



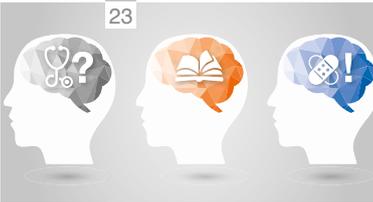
22



UNTERNEHMEN

- 22 Mathematiker mit Innovationskraft**
Benno Schmeing komplettiert das Vorstandstrio Ihrer SDK
- 23 Wichtiger Faktor zur Gesundheitsförderung**
Steigerung der Gesundheitskompetenz
- 24 Brücken bauen**
Die SDK-Stiftung hilft dabei
- 26 Spenden zum 90. Jubiläum**
Soziales Engagement der SDK-Mitarbeiter
- 27 90 Jahre Mitgliederorientierung**
Interessen der Versicherten im Mittelpunkt

23



26



PDF statt Papier?

Sie möchten zukünftige Ausgaben unserer Mitgliederzeitschrift „Meine SDK“ auf digitalem Weg erhalten? Kein Problem! Nutzen Sie einfach folgende URL: **sdk.de/pdf-statt-papier** 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 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
Telefon 0711 7372-7777
sdk@sdk.de
www.sdk.de

Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vorsitzender),
Timo Holland, Benno Schmeing
Aufsichtsratsvorsitzender:
Prof. Dr. Urban Bacher

Redaktion

SDK, Fellbach
Zentrale Vertriebsunterstützung
Wohlgemuth & Company, Stuttgart

Gestaltung, Satz

Wohlgemuth & Company, Stuttgart

Bildnachweise

Adobe Stock: S. 10, 20, 21; gesundwerker:
S.21; iS2 Intelligent Solution Services:
S. 11; iStockphoto: S. 19; SDK: S. 2, 9,
13, 22, 24, 26, 27; Staatsministerium:
S. 25; Thinkstock: Titel, S. 4, 7, 12, 16, 23.

Die neuen Pflegestärkungsgesetze

Neue Leistungen, alte Lücken



Die Zahlen lügen nicht: Derzeit sind rund 2,7 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Die Prognosen sehen nicht besser aus. Im Gegenteil: Für 2030 geht man von rund 3,5 Millionen Pflegebedürftigen aus. Die Zahl der Demenzkranken wird sich bis 2050 von 1,5 Millionen auf 3 Millionen Betroffene verdoppeln. Das sind die Auswirkungen der stetig steigenden Lebenserwartung.

Denn Deutschland wird immer älter. Das hat nicht nur Auswirkungen auf die Altersvorsorge, sondern betrifft auch die gesetzliche Pflegeversicherung:

Die schrumpfende Anzahl junger Menschen schafft es schlichtweg nicht mehr, für die stetig wachsende Gruppe der älteren Menschen und Pflegebedürftigen aufzukommen.

Ein weiteres großes Problem: Tritt der Pflegefall ein, übernimmt die gesetzliche Pflegeversicherung nur einen Teil der entstehenden Kosten. Der Rest ist vom Pflegebedürftigen selbst zu zahlen. Diese Versorgungslücke ist oft so groß, dass die Rente nicht ausreicht. In diesem Fall kann das Vermögen zur Deckung der Kosten herangezogen werden. Ist auch dieses erschöpft, müssen

Ehepartner oder Kinder für einen Teil der Kosten aufkommen. Leider werden solche Szenarien immer wahrscheinlicher. Denn Fakt ist: 50 Prozent der Männer, die jetzt 30 Jahre alt sind, werden im Alter pflegebedürftig sein. Bei Frauen liegt der Anteil sogar bei 75 Prozent.

Für die bestmögliche Versorgung im Pflegefall und die Absicherung des eigenen Vermögens im Alter ist eine private Pflegezusatzversicherung daher ohne Alternative. Je früher man damit beginnt, desto besser. Daran ändern auch die neuen Pflegereformen nichts.

Pflegestärkungsgesetze: Individuelle Versorgung und mehr Leistungen

Mit den so genannten „Pflegestärkungsgesetzen (PSG)“ packt der Gesetzgeber die größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung vor mehr als 20 Jahren an.

Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) verbessert bereits seit 01.01.2015 die Rahmenbedingungen für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte und garantiert Betroffenen mehr Unterstützung. Das ist gut, aber noch lange nicht genug: Denn die gesetzliche Absicherung ist weiterhin nur eine Teilkasko-Absicherung.

Mit Jahresbeginn 2017 bildet das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eine neue Grundlage für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Die Pflegemaßnahmen werden in Zukunft viel stärker an den Fähigkeiten der Pflegebedürftigen ausgerichtet. So werden die Leistungen individueller und flexibler.

Wurde die Pflegebedürftigkeit bisher über die Frage „Was wird an Pflege benötigt?“ definiert, so ist die entscheidende Frage ab 2017: „Wie selbstständig ist die Person?“

Die Pflegestärkungsgesetze im Überblick

PSG I:

- Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung wurden angehoben. Für ambulante und stationäre Pflege erhält der Pflegebedürftige seit 2015 mehr Geld.
- Stärker bezuschusst werden zudem Umbaumaßnahmen, um Wohnungen an die Pflegesituation anzupassen, z. B. Umbau des Badezimmers mit altersgerechter Dusche.
- Leistungen erstmals auch für Demenzerkrankte (sog. Pflegestufe 0).
- Wer kurzfristig die Pflege eines Angehörigen organisieren muss, kann eine bis zu zehntägige Auszeit vom Beruf in Anspruch nehmen und erhält Lohnersatzleistungen. Das neue Pflegeunterstützungsgeld wurde mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarung von Familie, Pflege und Beruf zum 01.01.2015 eingeführt.
- Änderungen zur Verwaltungsvereinfachung und Entlastung der Versicherten und Pflegebedürftigen von Bürokratie.
- Zusätzliches Pflegepersonal.

PSG II:

- Es wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt.
- Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens (NBA).
- Einführung von fünf Pflegegraden statt drei Pflegestufen.
- Neue Leistungshöhen.
- Weitere leistungsrechtliche Änderungen in der Pflegepflichtversicherung (PPV).
- Pflegepersonen, z. B. pflegende Angehörige werden in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert.
- Die gesetzlichen Regelungen zur Information und Beratung werden neu strukturiert und ausgeweitet. Die Beratung selbst wird qualitativ verbessert. Die Pflegekassen müssen künftig kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten bzw. die Kosten für Pflegekurse zu 100 % erstatten.

Alle Pflegebedürftigen haben im jeweiligen Pflegegrad Anspruch auf die gleichen Leistungen – egal ob sie körperlich, demenziell oder psychisch beeinträchtigt sind. Ausschlaggebend für die Pflegeleistungen ist ausschließlich der Grad der Selbstständigkeit.

Mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) wird gemessen, was der Pflegebedürftige noch kann. Erfasst wird der Grad der Selbstständigkeit einer Person bei Aktivitäten in insgesamt sechs pflegerelevanten Bereichen:

1. **Mobilität**
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
4. **Selbstversorgung**
5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Das Instrument berücksichtigt damit auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen, was bisher nicht möglich war. Aus den Ergebnissen der Prüfung ergibt sich die Einordnung in einen der neuen fünf Pflegegrade, die ab 2017 die bisherigen Pflegestufen ersetzen.

Das ändert jedoch nichts daran, dass die gesetzliche Pflegepflichtversicherung im Pflegefall nur einen Teil der entstehenden Kosten übernimmt. Der große Rest ist weiterhin vom Pflegebedürftigen oder seinen Angehörigen selbst zu zahlen.

Machen Sie jetzt den Gesundheits-Check!

- Sie möchten gerne mehr zum Thema Pflegeversicherung erfahren und sind sich unsicher, ob Sie Lücken in Ihrer Gesundheitsabsicherung haben? Dann wenden Sie sich an Ihren SDK-Berater und machen Sie gleich einen persönlichen Termin aus. Er informiert Sie gerne.
- Sie haben keinen direkten Ansprechpartner? Dann nutzen Sie einfach unsere Beratersuche rechts oben auf unserer Website unter sdk.de. Gerne können Sie uns auch anrufen unter 0711 7372-7140.
- Sie haben bereits eine private Pflegeversicherung bei uns abgeschlossen und haben Fragen ...
... zu Ihrem Vertrag? Dann wählen Sie die Telefonnummer 0711 7372-7111.
... zu den Leistungen Ihrer Pflegeversicherung? Dann wählen Sie die Telefonnummer 0711 7372-7144.





Was bedeutet PSG II für Kunden der SDK?

Es ändert sich also eine ganze Menge in der Pflegeversicherung. Doch unsere Kunden können der Pflege-reform gelassen entgegenblicken. Denn wir kümmern uns komplett um die Umstellung und sorgen dafür, dass unseren Versicherten dabei keinerlei Nachteile entstehen. Die SDK passt die Versicherungsbedingungen zum 01.01.2017 an die neuen gesetzlichen Erfordernisse an und stellt die Verträge automatisch um. Das bedeutet, dass unsere Versicherten Ende November angeschrieben und informiert werden, sich aber ansonsten um nichts kümmern müssen.

Bereits pflegebedürftige Versicherte erhalten einen umfassenden gesetzlichen Bestandsschutz. Wer spätestens am 31.12.2016 Leistungen bezieht, profitiert von einfachen, gesetzlich vorgeschriebenen Übergangsregeln und wird automatisch in das neue System mit den Pflegegraden übergeleitet.

Dazu muss weder ein neuer Antrag auf Begutachtung gestellt werden, noch muss eine neue Begutachtung durchgeführt werden. Als Leistungsempfänger von Pflegeversicherungsleistungen erhalten Sie **in Kürze** ein separates Schreiben über die Umstellung und die genaue Leistungshöhe ab dem 01.01.2017. Auch hier gilt der Bestandsschutz. Das heißt, durch die Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade erhalten Sie mindestens dieselben Leistungen wie zuvor – oder sogar mehr. Pflegebedürftige mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden z.B. automatisch in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet. Pflegebedürftige der

Überleitungsmatrix	
bisher: Pflegestufe	ab 2017: Pflegegrad
0+EA	2
I	2
I+EA	3
II	3
II+EA	4
III	4
III HF	5
III+EA	5
III HF+EA	5

EA = Eingeschränkte Alltagskompetenz
 HF = Härtefall

sogenannten „Pflegestufe 0“ oder einer der Pflegestufen I–III werden, wenn sie in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, sogar in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet.

Durch die Erweiterungen der Leistungen steigen natürlich leider auch die Kosten. Zur Finanzierung erhöhen sich die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung zum 01.01.2017 für Kinderlose ab 23 Jahren von 2,6 % auf 2,8 % und für alle anderen von 2,35 % auf 2,55 %.

Auch die privaten Krankenversicherungen sind gezwungen, die Beiträge anzupassen. Ende November erhalten alle unsere Kunden, egal ob sie bei uns pflegepflicht- und/oder pflegezusatzversichert sind, ihre neue Versicherungspolice und konkrete Informationen, wie sich ihr persönlicher Versicherungsschutz nach Inkrafttreten der Reform zusammensetzt. Die neuen Bedingungen finden Sie im Einhefter in dieser Ausgabe. ■

Alle Informationen zu den Pflegestärkungsgesetzen finden Sie auch online:
<http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/alles-zum-pflegestaerkungsgesetz-ii/>

Information trifft auf Emotion

Pflege ist ein heikles Thema. Denn es sind immer Menschen betroffen, die ihren Lebensalltag aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr oder nur noch teilweise selber gestalten können. Bei Betroffenen und Angehörigen sind verständlicherweise immer Emotionen im Spiel, wenn es gilt, diese neue Situation zu meistern. Da ist ein kühler Kopf gefragt, der erste Tipps gibt, was jetzt wichtig ist.

Wir haben mit Evangelia Siapera gesprochen, Leiterin der Pflegegruppe innerhalb der SDK-Leistungsabteilung.

SDK: Frau Siapera, was erwartet Pflegeversicherte der SDK, wenn Sie Leistungen ihres Versicherungsschutzes in Anspruch nehmen müssen?

Evangelia Siapera: Beim Erstkontakt mit Versicherten oder deren Angehörigen unterscheiden wir, ob die Versicherten eine Pflegepflichtversicherung bei der SDK haben, weil sie auch privat krankenversichert sind, oder ob sie „nur“ eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Vollversicherte erhalten zunächst ein Antragsformular für den medizinischen Dienst zur Feststellung einer Pflegestufe (ab 2017 neu: Pflegegrade). Dazu gibt es ein Merkblatt mit den Leistungen und der Erläuterung des „Pflegebegriffs“ sowie eine Broschüre der COMPASS-Pflegeberatung. Sie ist ein Unternehmen der privaten Krankenversicherer in Deutschland, das allen privat Pflegeversicherten mit Rat und Tat zur Seite steht. Soweit es uns möglich ist, geben wir auch gerne erste Tipps am Telefon.

SDK: Wann können denn die Versicherten mit einer Leistung der SDK rechnen?

Evangelia Siapera: Das ist klar gesetzlich geregelt. Die Versicherten erhalten die Leistungen auf Antrag. Diese werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, zu dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit erfüllt ist. Diese Zusage gilt dann auch für eine eventuell zusätzlich zur Pflegepflichtversicherung bei der SDK bestehende Pflegezusatzversicherung.

Evangelia Siapera, Leiterin der Pflegegruppe innerhalb der SDK-Leistungsabteilung



SDK: Wie verhält es sich bei gesetzlich Krankenversicherten?

Evangelia Siapera: Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind auch dort pflegepflichtversichert. Das heißt, dass nicht bei uns, sondern bei der GKV die Feststellung einer Pflegestufe erfolgt. Diesen Nachweis benötigen wir, damit wir SDK-Versicherten mit einer Pflegezusatzversicherung die tariflich versicherten Leistungen auszahlen können.

tigen Personen, unabhängig von akutem Beratungsbedarf, einmal im Jahr ein Kontaktgespräch zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung an. Auch dieses können Sie über die genannte kostenlose Telefonnummer abrufen.

SDK: Was raten Sie unseren Versicherten im Pflegefall?

Evangelia Siapera: Keine falsche Scham, auch wenn es schwerfällt, mit fremden Menschen über ein persönliches Schicksal zu sprechen. Viele Betroffene melden uns ihre Situation erst mit Verzögerung und verschenken dadurch nicht selten viel Geld! ■

SDK: Wie erfolgt die Erstattung?

Evangelia Siapera: Wir brauchen zur Prüfung nur die Rechnung z.B. des Pflegedienstes oder des Pflegeheims. Dann überweisen wir entsprechend den gesetzlichen Höchstsätzen die tarifliche Leistung an unsere Versicherten.

SDK: Unterstützt die SDK auch Angehörige?

Evangelia Siapera: Bei allen Fragen zur Pflege können Sie sich an unsere kostenlose Pflegeberatung, die COMPASS Private Pflegeberatung wenden. Die Pflegeberatung steht unter der Telefonnummer 0800 101 88 00 gebührenfrei für Sie zur Verfügung. Können Ihre Fragen nicht abschließend geklärt werden, vermittelt COMPASS den Besuch eines/einer Pflegeberaters/Pflegeberaterin bei Ihnen vor Ort. Zusätzlich bietet COMPASS allen pflegebedürftigen



Gesundheits-Dienstleistungen

Hilfe und Unterstützung zum Thema Pflege für unsere Mitglieder

Informationen rund um das Thema Pflege

Die Pflege eines Familienangehörigen kommt häufig unerwartet und kann zur Belastungsprobe für Angehörige werden. Um Sie in dieser besonderen Situation umfassend zu unterstützen, hat der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) die Internetseite www.pflegeberatung.de ins Leben gerufen. Diese Website unterstützt Familienangehörige von Betroffenen, indem sie wichtige Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet und Hilfestellung im Umgang mit pflegebedürftigen Personen liefert.

Pflegegutachten

(für unsere Krankenvollversicherten)

Unser Kooperationspartner MEDICPROOF ist unabhängiger Spezialist für Pflegegutachten und prüft bei privat Versicherten, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und welcher Pflegestufe bzw. welchem Pflegegrad diese zuzuordnen ist. Diese Prüfung läuft wie folgt ab: Nachdem Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung beantragt wurden, vereinbart ein Gutachter einen persönlichen Termin mit dem Antragsteller. Vor Ort soll die persönliche Situation analysiert werden. Ein „Funktionstest“ soll ermitteln, welche Aufgaben des Alltags der Antragsteller selbstständig ausführen kann und wo er Unterstützung benötigt. Für die häusliche Situation und das soziale Umfeld werden bei Bedarf Verbesserungsvorschläge ausgearbeitet.

Pflegeberatung

(für unsere Krankenvollversicherten)

Ziel einer Pflegeberatung durch unseren Kooperationspartner COMPASS ist, die Eigenständigkeit der Pflegebedürftigen zu stärken, damit sie auch im Pflegefall ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben führen können. Auch die pflegenden Angehörigen sollen in ihrer Pflegekompetenz unterstützt werden. Auf einen Pflegefall ist kaum jemand vorbereitet. Dabei

wäre schon eine Pflegezusatzversicherung eine große – zumindest finanzielle – Hilfe. Tritt der Pflegefall dann ein, tauchen bei den Betroffenen plötzlich viele Fragen auf, die nach Antworten verlangen: Muss die Wohnung umgebaut werden? Wenn ja, wie? Gibt es eine Patientenverfügung oder eine Betreuungsvollmacht? Was zahlt die Pflegeversicherung?

Behandlungspflege-Management

(für unsere Krankenvollversicherten)

Ein Fachberater unseres Kooperationspartners Reha Assist unterstützt Mitglieder, die durch einen Unfall pflegebedürftig geworden sind, bei der Organisation der langfristigen pflegerischen und medizinischen Versorgung.

Assistance-Leistungen

(für unsere Pflegezusatzversicherten)

Gerade pflege- und hilfsbedürftige Menschen schätzen es sehr, in ihrer gewohnten Umgebung weiterleben zu können. Dafür bieten unsere Spezialisten diese Leistungen* an:

- Vermittlung von Fahrdiensten zu Ärzten und Behörden
- Organisation von Essenslieferungen, Einkaufs- oder Haushaltshilfen (z. B. für Wäsche, Putzen usw.)
- Vermittlung von Pflegediensten und Senioreneinrichtungen
- Organisation einer Kinderbetreuung

* Bitte beachten Sie: Der Versicherungsschutz besteht für die Benennung bzw. Vermittlung, nicht für die Kostenübernahme der benannten bzw. vermittelten Leistungen.

Diese und viele weitere Informationen zu unseren Gesundheits-Dienstleistungen finden Sie auch unter sdk.de/gesundheits-dienstleistungen oder rufen Sie uns an unter 0711 7372-7122.



Älter werden in Balance

Bewegung ist der Schlüsselfaktor

Die Deutschen werden viel älter, als sie glauben. Umso wichtiger ist es, auch im Alter fit zu bleiben. Dazu kann regelmäßige Bewegung beitragen.

Mit der Initiative „7 Jahre länger“ weist der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) darauf hin, dass die meisten Deutschen das Alter bei Weitem unterschätzen, das sie auf Basis der statistischen Lebenserwartung erreichen werden. Die persönlichen Schätzungen sind durchschnittlich um sieben Jahre zu gering. Im individuellen Fall kann die Lebenserwartung natürlich deutlich höher oder auch geringer sein. Doch der Trend ist eindeutig: Die Lebenserwartung in Deutschland steigt.

Der stetige Zugewinn an Lebenszeit sei vor allem sieben Gründen zu verdanken, berichtet die Initiative „7 Jahre länger“: Neben steigendem Wohlstand, einem höheren Bildungsniveau, humaneren Arbeitsbedingungen und besserer sozialer Fürsorge in Deutschland spielen auch bessere Hygiene, der medizinische Fortschritt und eine gesündere Lebensweise eine bedeutende Rolle.

Wer fit ist, bleibt länger gesund – auch im Alter

Gerade der letzte Punkt zeigt, dass jeder selbst dazu beitragen kann, seine Chance auf ein längeres Leben zu erhöhen: beispielsweise durch regelmäßige Bewegung. Denn körperliche Aktivität ist ein Segen für die Gesundheit – das gilt vor allem auch im höheren Alter.

Altersforscher wissen: Wer bis ins Alter fit bleibt, hat nachgewiesenermaßen gute Chancen, einer Vielzahl typischer Alterskrankheiten und ihren Folgen vorzubeugen, die Anzahl gesunder Lebensjahre zu erhöhen und damit letztlich auch Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuschieben. Ein Mehr an körperlicher Bewegung hat Studien zufolge sogar dann positive Folgen, wenn bereits gesundheitliche Einschränkungen vorliegen – und die Bewegung muss dafür nicht einmal besonders intensiv sein.

Gute Präventionsarbeit kann hier also viel erreichen. Aus diesem Grund unterstützt der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) das Präventionsprogramm „Älter werden in Balance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Ziel, die körperliche Bewegung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe älterer Menschen zu fördern. Im Einzelnen wird dabei auf einen gut durchdachten Mix von Aufklärung, Vernetzung und neuen Bewegungsangeboten auf wissenschaftlicher Grundlage gesetzt. ■



Weitere Informationen zur Initiative „7 Jahre länger“ des GDV unter www.7jahrelaenger.de
Mehr zum Präventionsprogramm „Älter werden in Balance“ der BZgA sowie viele wertvolle Tipps finden Sie auf dem Internetportal www.aelter-werden-in-balance.de



Leserumfrage

Ihre Meinung zählt

Auf dem Weg zum Gesundheitsspezialisten möchten wir unser Mitgliedermagazin hinterfragen und herausfinden, was wir noch besser machen können.

Dabei ist uns Ihre Meinung wichtig, denn das Heft MEINE SDK soll Ihnen gefallen. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, bei unserer **anonymen Leserumfrage** mitzumachen.

Das kann sich für Sie doppelt lohnen. Nicht nur, indem wir Ihre Anregungen aufnehmen, wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre Teilnahme auch mit einem Gewinnspiel. Unter allen Einsendungen (online oder postalisch) mit Adressangaben **bis zum 31.12.2016 (Datum des Poststempels)** verlosen wir **5 BestChoice-Gutscheine im Wert von je 50 Euro und 10 Sporttaschen.**



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, schneiden ihn aus und senden ihn per Post an:
SDK Süddeutsche Krankenversicherung, Leserumfrage Meine SDK, Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach.
Schneller und einfacher geht es online: Gehen Sie dafür auf sdk.de/leserumfrage



1. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Ihre übliche Nutzung des Mitgliedermagazins „Meine SDK“ zu?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an!)

- Ich lese (fast) das ganze Mitgliedermagazin
- Ich lese nur ausgewählte Artikel
- Ich blättere das Mitgliedermagazin durch
- Ich habe zwar in der aktuellen Ausgabe gelesen/geblättert, entsorge das Mitgliedermagazin meistens jedoch ungelesen im Papierkorb
- Ich habe das Mitgliedermagazin mit der aktuellen Ausgabe erstmals erhalten und darin gelesen/geblättert

2. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten des Mitgliedermagazins „Meine SDK“?

(Skala: 1 vollkommen zufrieden, 2 sehr zufrieden, 3 zufrieden, 4 weniger zufrieden, 5 unzufrieden, 6 weiß nicht.)

Bitte kreuzen Sie an!

Themenauswahl	<input type="checkbox"/>					
Persönliche Relevanz der Inhalte	<input type="checkbox"/>					
Aktualität	<input type="checkbox"/>					
Informationsgehalt	<input type="checkbox"/>					
Verständlichkeit	<input type="checkbox"/>					
Glaubwürdigkeit	<input type="checkbox"/>					
Unterhaltungswert	<input type="checkbox"/>					
Grafische Gestaltung des Magazins	<input type="checkbox"/>					
Umfang	<input type="checkbox"/>					
Erscheinungsweise	<input type="checkbox"/>					

Ja, ich möchte am Gewinnspiel teilnehmen (Adressangabe nur für Gewinnspiel-Teilnahme) *

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail oder Telefon

Die Adressangaben für die Teilnahme am Gewinnspiel werden getrennt bearbeitet. Die Auswertung der Leserumfrage erfolgt anonym.

3. Welche der folgenden Themen oder Inhalte wären für Sie in künftigen Ausgaben des Mitgliedermagazins „Meine SDK“ besonders interessant? (Mehrfachnennungen möglich!)

- Informationen zur Prävention und Vorsorge im Gesundheitsbereich
- Tipps rund um das Thema Bewegung (z. B. passende Sportangebote zur Jahreszeit)
- Tipps rund um das Thema Ernährung (z. B. Rezeptvorschläge)
- Tipps rund um das Thema Entspannung (z. B. vor, während und nach der Arbeit)
- Rätselseiten (z. B. Kreuzworträtsel)
- Tipps rund um das Thema Urlaub (z. B. Gesundheitstipps beim Reisen)
- Einblick in das Unternehmen SDK (Strategie, Geschäftsentwicklung etc.)
- Erfahrungsberichte anderer SDK-Mitglieder bei Erkrankung
- Produkt- oder Service-Angebote der SDK
- Sonstiges _____

4. Haben Sie allgemeine Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zum Mitgliedermagazin „Meine SDK“?

5. Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Ihr persönliches Leseverhalten zu?

(Skala: 1 trifft zu, 2 trifft eher zu, 3 trifft eher nicht zu, 4 trifft nicht zu, 5 weiß nicht)

Ich lese gerne digital (z. B. Texte via Smartphone/PC/Tablet/E-Book o.Ä.)

1 2 3 4 5

Mir ist es ganz egal, ob ein Text gedruckt oder digital ist –

es kommt mir auf den Inhalt an

1 2 3 4 5

Längeres Lesen

strengt mich zu sehr an

1 2 3 4 5

6. Nachfolgend geht es um mögliche Anpassungen oder Ergänzungen zum Mitgliedermagazin „Meine SDK“. Inwiefern treffen folgende Aussagen dabei auf Sie persönlich zu?

(Skala: 1 trifft zu, 2 trifft eher zu, 3 trifft eher nicht zu, 4 trifft nicht zu, 5 weiß nicht)

Ich wünsche mir mehr in das Magazin integrierte Links zu weiterführenden Informationen im Internet

1 2 3 4 5

Ich wünsche mir eine zusätzliche Online-Ausgabe auf einem Kunden-Portal von www.sdk.de

1 2 3 4 5

Ich wünsche mir einen E-Mail-Newsletter mit aktuellen Informationen zu Themen aus dem Mitgliedermagazin

1 2 3 4 5

7. Wie alt sind Sie?

Jahre

8. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an männlich weiblich

* Selbstverständlich werden die Fragebögen anonymisiert ausgewertet. Ihre persönlichen Daten werden gespeichert und verarbeitet und nach Durchführung des Gewinnspiels wieder gelöscht. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen. Im Falle des Widerrufs ist eine Teilnahme am Gewinnspiel nicht mehr möglich. Rechtsweg und Barauszahlung sind ausgeschlossen. Minderjährige und Mitarbeiter der SDK-Unternehmensgruppe sowie deren Angehörige dürfen an diesem Gewinnspiel nicht teilnehmen. Sammeleinsendungen sowie Einsendungen durch Dritte, z.B. durch Gewinnspielagenturen, sind von der Teilnahme ausgeschlossen.



WICHTIGE PFLICHTINFORMATIONEN

RECHTLICHE INFORMATIONEN

Inhalt

03

Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

23

Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

34

Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung, die Auslandsversicherung, die Krankentagegeldversicherungen, die Auslandsreisekrankenversicherung, den Basistarif sowie den Notlagentarif

44

Satzungsänderungen bei der Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

45

Satzungsänderungen bei der Süddeutsche Lebensversicherung a.G.

46

Satzungsänderungen bei der Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.

47

Wahl zur Mitgliedervertretung der Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Wichtige Hinweise zu den Änderungen der Versicherungsbedingungen

Zum 01.01.2017 tritt das **Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)** in Kraft. Das PSG II stellt die **pflegerische Versorgung auf eine neue Grundlage. Im Artikel “Neue Leistungen, alte Lücken“** haben wir Ihnen die **wesentlichen Neuerungen und Verbesserungen durch das PSG II bereits ausführlich vorgestellt.**

Nun möchten wir Ihnen noch die damit verbundenen Änderungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) näher bringen. Denn die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung für die private Pflegepflicht- und Pflegeergänzungsversicherung werden ab 01.01.2017 an die geänderte Gesetzeslage angepasst.

Aber nicht nur das PSG II macht eine Änderung der AVB notwendig, sondern auch das **Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechtes** und das **Präventionsgesetz**. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von Verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechtes wird das in den AVB vereinbarte Schriftformerfordernis für Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer zugunsten der Textform aufgegeben. Mit dem Präventionsgesetz sollen Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten und Förderung der Gesundheit unterstützt werden.

Im Zuge der Umsetzung des **Gesetzes zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen** mussten wir zudem die Verweise auf das Versicherungsaufsichtsgesetz anpassen. Darüber hinaus wurde die Kalkulationsverordnung zum 01.01.2016 aufgehoben und inhaltsgleich in die **Krankenversicherungsaufsichtsverordnung** vom 18.04.2016 übernommen.

Die folgenden Seiten zeigen die, Ihren Vertrag bei der Süddeutschen Krankenversicherung betreffenden Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Die alte Fassung ist kursiv und die neue nicht-kursiv dargestellt.

Sie können die jeweils geltenden AVB auch auf unserer Homepage unter sdk.de/download vollständig abrufen.



Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Bedingungsteil

alt: MB/PPV 2015

neu: MB/PPV 2017

Im Folgenden sind die Änderungen als Auszug des Bedingungsteils und des Tarifs einschließlich der Tarifstufen dargestellt.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

§ 1 Abs. 2

Alte Fassung

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (§4 Abs.16) einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Abweichend von Satz 1 liegt für versicherte Personen in einer stationären Pflegeeinrichtung auch dann ein Versicherungsfall für Leistungen nach §4 Abs. 16c vor, wenn für sie ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht und auch keine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt.

Neue Fassung

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Abs. 6 festgelegten Schwere bestehen.

§ 1 Abs. 3

Alte Fassung

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Neue Fassung

(3) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Be-

einträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits-

oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 1 Abs. 4

Alte Fassung

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,

b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,

c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Neue Fassung

(4) Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass die versicherte Person nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) zugeordnet wird. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

§ 1 Abs. 5

Alte Fassung

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,

b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Neue Fassung

(5) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in Absatz 3 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 zu § 15 Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – (siehe Anhang) dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in

ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 zu § 15 Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – (siehe Anhang) ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 zu § 15 SGB (siehe Anhang) festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

§ 1 Abs. 6

Alte Fassung

(6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der

hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

c) *Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.*

Neue Fassung

(6) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 zu § 15 SGB (siehe Anhang) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

§ 1 Abs. 7

Alte Fassung

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Neue Fassung

(7) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

§ 1 Abs. 8

Alte Fassung

(8) *Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt*

- a) *in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,*
 - b) *in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,*
 - c) *in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.*
- Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach §1 Abs. 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.*

derliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach §1 Abs. 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

Neue Fassung

(8) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen aus der Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in Absatz 3 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 1 Abs. 9

Alte Fassung

(9) *Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach §4 Abs. 16 Satz 1 durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Der Versicherungsfall beginnt für Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14a und 14b) frühestens mit dem in der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Abs. 2 S. 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) angegebenen Zeitpunkt der Arbeitsverhinderung. Für Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson nach § 4 Abs. 14 iVm. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz beginnt der Versicherungsfall frühestens mit der Freistellung nach § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz.*

Neue Fassung

(9) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 4 bis 8 entsprechend.

§ 1 Abs. 10

Alte Fassung

(10) *Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2015, Tarif PP) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß §18 geändert.*

Neue Fassung

(10) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 6, 7 und 9 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 1 Abs. 11

Alte Fassung

(11) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PB/PPB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PN/PPN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist. Werden versicherte Personen der Tarifstufe PN/PPN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PB/PPB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

Neue Fassung

(11) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Der Versicherungsfall beginnt für Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14a und 14b) frühestens mit dem in der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) angegebenen Zeitpunkt der Arbeitsverhinderung. Für Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson nach § 4 Abs. 14 i.V.m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) beginnt der Versicherungsfall frühestens mit der Freistellung nach § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang).

§ 1 Abs. 12

Alte Fassung

(12) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Neue Fassung

(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2017, Tarif PP, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

§ 1 Abs. 13

Alte Fassung

(13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland, soweit sich nicht aus § 5 Abs. 1 etwas anderes ergibt.

Neue Fassung (§ 1 Abs. 13, 14 und 15)

(13) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PB/PPB der

Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PN/PPN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist.

Werden versicherte Personen der Tarifstufe PN/PPN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PB/PPB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

(14) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(15) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland, soweit sich nicht aus § 5 Abs. 1 etwas anderes ergibt.

Hinweis: Die folgenden Änderungen betreffen den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Zuordnung zu einem Pflegegrad. Abgestellt wird zukünftig nicht mehr auf den Hilfebedarf bei Verrichtungen des täglichen Lebens, sondern auf gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und des daraus resultierenden Hilfebedarfs. Es bleibt dabei, dass die Pflegebedürftigkeit dauerhaft und voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegen muss. Als Folge der neuen Definition der Pflegebedürftigkeit muss das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nicht mehr festgestellt werden. Dies ist nun Bestandteil der Pflegebedürftigkeit. Dadurch soll das Ziel erreicht werden, dass somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und den Leistungen gleich behandelt werden. Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die bisherigen drei Pflegestufen und die Unterteilung derselben nach Bestehen oder Nichtbestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz durch fünf Pflegegrade ersetzt. Die Einstufung in Pflegegrade erfolgt bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten abweichend von der regulären Einstufung, indem die ermittelten Gesamtpunkte zu einer anderen Zuordnung zu den Pflegegraden führen. In Gutachten nach dem Neuen Begutachtungssassessment (NBA) erfolgt keine Prüfung mehr, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

§ 2 Abs. 2

Alte Fassung

(2) ...Die Wartezeit nach § 3 gilt bei Neugeborenen als erfüllt, wenn am Tage der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist.

Neue Fassung

(2) ...Die Wartezeit nach § 3 gilt bei Neugeborenen als erfüllt, wenn am Tag der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist.

§ 3 Wartezeit

§ 3 Abs. 2

Alte Fassung

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

Neue Fassung

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

§ 4, Abschnitt A, Abs. 1

Alte Fassung

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PP. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Abs. 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. 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. Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungs- und Entlassungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinder-

te Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

Neue Fassung

(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PP. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus.

Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

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. Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

Hinweis: Um die Begrifflichkeiten an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen, wird häusliche Pflegehilfe neu definiert.

Zur häuslichen Pflegehilfe gehören nun körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.

Der bisherige Anspruch auf häusliche Betreuung ist nun als pflegerische Betreuungsmaßnahme in der häuslichen Pflegehilfe enthalten. Die Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ist keine Voraussetzung mehr, um Betreuungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Die Kosten der häuslichen Pflegehilfe werden ab Pflegegrad 2 erstattet. Eine Erstattung der Kosten für häusliche Pflegehilfe bei Pflegegrad 1 erfolgt über den Entlastungsbetrag.

§ 4, Abschnitt A, Abs. 2

Alte Fassung

(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.

Neue Fassung

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 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 erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach Absatz 6 für bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

§ 4, Abschnitt A, Abs. 4

Alte Fassung

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,
a) bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
b) bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich
eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit ... Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pfl-

gestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Absatz 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PP in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet.

Neue Fassung

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,

- a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,
- b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich
eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit ...

Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PP erstattet.

§ 4, Abschnitt A, Abs. 5

Alte Fassung

(5) ... 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 ...

Neue Fassung

(5) ... Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. ...

§ 4, Abschnitt A, Abs. 6

Alte Fassung

(6) ... Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Neue Fassung

(6) ... Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

§ 4, Abschnitt A, Abs. 7 bis 7b

Alte Fassung

(7) ... Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. §33 Abs. 6 und 7 SGB V (siehe Anhang) gilt entsprechend. ...

(7a) Versicherte Personen der Pflegestufen I bis III haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PP, wenn

- 1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Woh-

nung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind oder bei ihnen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt worden ist,

2. sie Leistungen nach Absatz 1 bis 7, 16 bis 16b beziehen,

3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und

4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

(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 und -/oder Nr. 15 des Tarifs PP. Erstattungsfähig sind pflegerische Betreuungsmaßnahmen zur Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld der versicherten Person oder ihrer 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.

Neue Fassung

(7) ... Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) gilt entsprechend. ...

(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PP, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind,

2. sie Leistungen nach Absatz 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen,

3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die

Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und

4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Leistungen nach Absatz 8 können zusätzlich zu diesem Zuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn sich aus den Feststellungen nach § 6 ergibt, dass die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

(7b) Kompletzt entfallen.

Hinweis: Einen Anspruch auf Wohngruppenzuschlag haben ab dem 1. Januar 2017 Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 - 5 in Höhe von 214,00 Euro pro Monat. Von den maximal zwölf Personen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe wohnen dürfen, müssen mindestens drei pflegebedürftig sein.

Ab dem 1. Januar 2017 wird die Möglichkeit der Kombination von teilstationärer Pflege und dem Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft unter Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags nach § 38a SGB XI eingeschränkt.

Abschnitt B, Abs. 8 und 9

Alte Fassung

B. Teilstationäre Pflege

(8) Versicherte Personen haben bei teilstationärer Pflege ... Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung ...

(9) Versicherte Personen können die Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

Neue Fassung

B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

(8) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei teilstationärer Pflege ... Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung ...

(9) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können die Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

C. Kurzzeitpflege

Abschnitt C, Abs. 10

Alte Fassung

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Nr. 6 des Tarifs PP ... Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr und zusammen mit dem Anspruch auf erweiterte Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 6 des Tarifs PP auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Neue Fassung

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PP ... Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Abschnitt D, Abs. 11 und 12

Alte Fassung

(11) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PP Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. ... Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PP auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. ...

(12) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nr. 7.1 des Tarifs PP, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PP nach den Tarifstufen PN/PPN und PB/PPB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.

Neue Fassung

(11) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PP Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt... Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PP auch ein

von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt ...

Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen gemäß Nr. 7.5 des Tarifs PP.

(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PP.

Hinweis:

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Verständnis von Pflege beinhalten die vollstationären Leistungen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Ausbildungsvergütung gem. § 82a Abs. 2 SGB XI.

Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung sind nun als neuer eigenständiger Leistungsanspruch geregelt. Pflegebedürftige erhalten einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Bisher lag kein Individualanspruch aus der Pflegeversicherung vor, sondern ein Anspruch der Pflegeeinrichtung. Die Leistungen sind für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 in allen stationären Einrichtungen zu erbringen, d.h. neben vollstationären Einrichtungen bleiben auch die teilstationären Einrichtungen und die Einrichtungen der Kurzzeitpflege erfasst.

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Abschnitt E, Abs. 13

Alte Fassung

(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. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder dem vom medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. ...

Neue Fassung

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden

wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sowie an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PP. Die Feststellungen nach § 6 Abs. 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegeleistung je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegeleistung insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft der Versicherer. ...

Für Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PP.

Hinweis: Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind auch die Regelungen zur Renten- und Arbeitslosenversicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen geändert worden. Versicherungspflicht kann hiernach bereits eintreten, wenn eine Pflegeperson einen oder mehrere Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, ehrenamtlich pflegt. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls eine Beschäftigung nach Ende der Pflegetätigkeit nicht unmittelbar aufgenommen werden kann.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Abschnitt F, Abs. 14, 14a und 14b

Alte Fassung

(14) Für Pflegepersonen, ..., zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9.1 des Tarifs PP auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Erfolgt die Freistellung wegen der Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (§ 3 Abs. 5 Pflegezeitgesetz – siehe Anhang) oder zur Begleitung eines im Sinne von § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) erkrankten nahen Angehörigen, so werden ausschließlich Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt.

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) ... oder nach § 45 Abs. 4 SGB VII (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

(14b) ... des Tarifs PV.

Neue Fassung

(14) Für Pflegepersonen, ..., zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9.1 des Tarifs PP auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), ... oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) – Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage nach Nr. 9.2 des Tarifs PP (red. Änderung).

(14b) ...des Tarifs PP (red. Änderung).

Hinweis: Die Beiträge des Versicherers zur Arbeitslosenversicherung entfallen.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Abschnitt G, Abs. 15

Alte Fassung

(15) ... Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PP.

Neue Fassung

(15) ... Diese dienen dem Ziel, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auf Wunsch der Pflegepersonen und der pflegebedürftigen Person auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PP.

Abschnitt H, Abs. 16 und 17

Alte Fassung

H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung

tigung und Betreuung gegeben ist, also

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie

2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der das Ausmaß der Pflegestufe I nicht erreicht und die zusätzlich mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen belastet sind, haben neben den Leistungen der häuslichen Pflege (Abs. 1), teilstationärer Pflege (Abs. 8) und Kurzzeitpflege (Abs. 10) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PP, sofern der vom Versicherer beauftragte Arzt oder der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11.1 a) bis d) des Tarifs PP Mittel der Ersatzpflege (Abs. 6) eingesetzt werden.

Versicherte Personen, die pflegebedürftig sind, bei denen aber kein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben ebenfalls einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, allerdings nur in Höhe des Grundbetrages nach Nr. 11.1 des Tarifs PP.

(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.

(16b) Soweit anspruchsberechtigte Versicherte in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1 und 15 des Tarifs PP bezogen haben, können sie die Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 16 Satz 1 zusätzlich zu den in Nr. 11.1 des Tarifs PP genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der nach Absatz 16 Satz 1 für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 vom Hundert des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflege betragen. Die versicherte Person muss die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Die Aufwendungen, die der versicherten Person im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 16 Satz 1 entstehen, werden erstattet. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und häuslichen Betreuung sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der der versicherten Person nach Nr. 1, Nr. 15.1 b), 15.2 b) und 15.3 b) des Tarifs PP zustehenden Leistungen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, hat sie die Pflicht, die Beratungsleistungen des Absatz 4 in Anspruch zu nehmen. Absatz

4 Satz 4 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung auch in Bezug auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt.

(16c) Versicherte Personen in stationärer Pflege (Absätze 8, 10 und 11) haben neben den dortigen Leistungen Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PP.

(17) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
- b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen; d) tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der vom Versicherer beauftragte Arzt oder der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Neue Fassung

H. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags gemäß Nr. 11 des Tarifs PP

Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11 a) bis d) des Tarifs PP Mittel der Ersatzpflege (Absatz 6) eingesetzt werden.

(17) Soweit Versicherte mit mindestens Pflegegrad 2 in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1 des Tarifs PP bezogen haben, können sie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe betragen. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme derjenigen Leistungen, die der versicherten Person bei häuslicher Pflege nach Nr. 1 des Tarifs PP zustehen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, so gilt die Beratungspflicht nach Absatz 4 entsprechend. Wenn die versicherte Person die Beratung nicht abrufen, gilt Absatz 4 Satz 4 mit der Maßgabe, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt.

Hinweis: Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 - 5 haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 Euro pro Kalendermonat. Dieser Entlastungsbetrag ersetzt den bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen und ist im Wesentlichen gleich ausgestaltet. Über den Entlastungsbetrag werden Aufwendungen erstattet, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege, häusliche Pflegehilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag entstehen.

Neu ist, dass Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 alle Leistungen der häuslichen Pflegehilfe, die ein ambulanter Pflegedienst erbringt, im Rahmen des Höchstbetrages erstattet werden können.

Die bisherigen nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligeren Betreuungs- und Entlastungsangebote heißen nun Angebote zur Unterstützung im Alltag. Sie sind unterteilt in Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden, Angebote zur Entlastung im Alltag.

I. Pflegeberatung

Abschnitt I, Abs. 18

Alte Fassung

(18) ... Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach §6 Abs. 2,
- b) ...,
- c) ...,
- d) ... sowie
- e) ...

Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer

ihnen unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder...

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.

Neue Fassung

(18) ... Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Abs. 2 sowie, wenn die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,
- b) ...,
- c) ...,
- d) ...,
- e) ... sowie
- f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

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

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. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung.

Hinweis: Die Änderungen dienen der Verbesserung der Pflegeberatung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

§ 5 Abs. 2

Alte Fassung

(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 ...; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen §66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII – siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß §4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß §4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
- b) ... -oder Rehabilitationseinrichtungen nach §107 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V – siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen §66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII – siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß §4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß §4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

Neue Fassung

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

- a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häus-

liche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 haben. ...; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

b) ...- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des SGB V – (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

§ 6 Abs. 2 und 2a

Alte Fassung

(2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren ...

Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, ... 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 Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der in Satz 4 genannten 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.

... nach Eingang des Antrags (§18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI); ... die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI), so beträgt

die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI); ... wird die ... des Antrags (§18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI). Bei versicherten Personen nach Satz 4 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 4 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 4 Halbsatz 3) nach Antragseingang aufgrund einer Vorabestufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.

Neue Fassung

(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren.

Die Kosten der genannten Untersuchungen, Feststellungen und Ermittlungen trägt der Versicherer, ...

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 2, der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach Satz 5 und einer auf die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Satz 5 genannten 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 vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Die Sätze 1 und 2 finden vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.

... nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI – siehe Anhang); ...die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI – siehe Anhang) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart

(§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI – siehe Anhang), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI – siehe Anhang); ... wird die ... des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI – siehe Anhang). Bei versicherten Personen nach Satz 5 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 5 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 5 Halbsatz 3) nach Antragseingang aufgrund einer Vorabestufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.

§ 6 Abs. 3

Alte Fassung

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. ...

Neue Fassung

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bewilligten Leistungen nicht aus. ...

Hinweis: Die Änderungen beziehen sich auf das neue Begutachtungsassessment unter Berücksichtigung des Präventionsgesetzes. Zukünftig sind vom begutachtenden Arzt auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegeversorgung und Feststellungen zur Prävention abzugeben.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

§ 8 Abs. 3c und 5

Alte Fassung

3c) ... nach §58b des Soldatengesetzes, ... oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des §1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes.

(5) ..., wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

Neue Fassung

3c) ... nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), ... oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang).

(5) ..., wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

§ 8b Beitragsänderungen

§ 8b Abs. 1

Alte Fassung

(1) ... Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 v.H., so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß §8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. §1 Abs. 10), ...

Neue Fassung

(1) ... Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als fünf Prozent, so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 12), ...

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

§ 13 Abs. 3

Alte Fassung

(3) Bei Kündigung des ... nach Maßgabe von §13a Abs. 6 Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

Neue Fassung

(3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses ... nach Maßgabe von § 14 Abs. 6 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

Hinweis: Die Kalkulationsverordnung wurde vom Bundesministerium für Finanzen durch die Krankenversicherungsaufsichtsordnung vom 18.04.2016 ersetzt.

II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)

Alte Fassung

...In Abweichung von

1. §3 MB/PPV 2015 entfällt die Wartezeit;
2. §8 Abs. 3 MB/PPV 2015 besteht Anspruch ...;
3. §8 Abs. 5 MB/PPV 2015

a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß §1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 v.H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v.H. des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, ...

4. §8 a Abs. 2 MB/PPV 2015 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Neue Fassung

...In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2017 entfällt die Wartezeit;
 2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2017 besteht Anspruch...;
 3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2017
- a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 Prozent bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, ...
4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2017 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)

Alte Fassung

n Abweichung von §8 Abs. 5 MB/PPV 2015

- a) ...;
- b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, ...;
- c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, ...

Neue Fassung

In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2017

- a) ...;
- b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt,...;
- c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, ...

III. Tarifbedingungen

Tarif PP mit Tarifstufen PN/PPN und PB/PPB

Alte Fassung

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2015) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Neue Fassung

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2017) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PN/PPN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Alte Fassung

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

Neue Fassung

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1–14 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PPB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

Alte Fassung

... Die Tarifleistungen betragen gem. §23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI iVm. §46 Abs. 2 und 3 BBhV (siehe Anhang) 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 für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach §46 Abs. 3 Satz 6 BBhV ein Beihilfebemessungssatz von 70 v.H. zusteht, 30 v. H.
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 v.H.
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 v.H. der in Tarifstufe PN/PPN nach den Nummern 1–15 vorgesehenen Beträge.

Neue Fassung

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang) für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Prozent,
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, 30 Prozent,
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Prozent,
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent der in Tarifstufe PN/PPN nach den Nummern 1–14 vorgesehenen Beträge.

1. Häusliche Pflege

Alte Fassung

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 468 Euro,
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro,
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro erstattet.
- In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendersersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.995 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Neue Fassung

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 689 Euro,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 Euro,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 Euro
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro erstattet.

Hinweis: Die Leistungen für häusliche Pflegehilfe werden erhöht.

2. Pflegegeld

Alte Fassung

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 244 Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 458 Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 728 Euro.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt...

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 22 Euro, in Pflegestufe III bis zu 32 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 22 Euro erstattet. ...

Neue Fassung

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- b) 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- c) 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4
- d) 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5...

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.

Hinweis: Das Pflegegeld wird erhöht.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Alte Fassung

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen

sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, ..., wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PP begrenzt.

... Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PP).

Neue Fassung

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, ..., wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PP begrenzt.

... Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PP bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PP).

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Alte Fassung

... Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben... . Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in §4 Abs. 7 Satz 1 2. Halbsatz erfüllt sind ...

4.1 ... Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 v.H. erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 v.H. der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel...

Neue Fassung

... Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind ...

4.1 ... Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 Prozent erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel; ...

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege, red. Änderung)

Alte Fassung

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 468 Euro,

5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro,

5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind ... jedoch höchstens 80 v.H. der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

Neue Fassung

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu 689 Euro,

b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 Euro,

c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 Euro

d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind ... jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

Hinweis: Die Erstattungssätze für Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen werden erhöht.

6. Kurzzeitpflege**Alte Fassung**

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 Euro pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß §4 Abs. 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 v.H. gekürzt. ... In diesem Fall wird der Anspruch abweichend von Satz 1 auf längstens 8 Wochen pro Kalenderjahr ausgedehnt. ... Wurde bei den Leistungen

nach Nr. 3 bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PP).

Neue Fassung

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 Euro pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PP gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 Prozent gekürzt. ... Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PP bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PP).

Hinweis: Der Anspruch auf Kurzzeitpflege erhöht sich auf 8 Wochen pro Kalenderjahr.

7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**Alte Fassung**

7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal

a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.064 Euro je Kalendermonat,

b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.330 Euro je Kalendermonat,

c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.612 Euro je Kalendermonat,

d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 2 anerkannt sind, in Höhe von 1.995 Euro je Kalendermonat erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v.H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß §82 Abs. 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang). Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. ...

7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. §4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2) werden die Auf-

wendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v.H. des nach §75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege...

7.3 Erstattungsfähig gemäß §4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.597 Euro. ...

Neue Fassung

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 770 Euro je Kalendermonat,
 - b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.262 Euro je Kalendermonat,
 - c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.775 Euro je Kalendermonat,
 - d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.005 Euro je Kalendermonat
- erstattet. ...

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2) die Aufwendungen gemäß Nr.7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII – (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. ...

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 2.952 Euro. ...

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

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

7.5 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125 Euro je Kalendermonat erstattet. In Tarifstufe PB/PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Hinweis: Der monatliche Erstattungsbetrag bei vollstationärer Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wird erhöht. Die Zahlung des Leistungsbetrages ist

auf die maximale Höhe des Rechnungsbetrages, bezogen auf die erstattungsfähigen Kosten, beschränkt. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten einen pauschalen Zuschuss von 125,00 Euro.

Eine Feststellung im Gutachten, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist, findet nicht mehr statt

Die Vorgabe, dass der zu erstattende Betrag 75 % des Heimentgelts bzw. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten nicht überschreiten darf, entfällt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Alte Fassung

..., der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

Neue Fassung

..., dem Pflegegrad und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) – Drittes Buch (III) – (siehe Anhang).

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Alte Fassung

9.1 ... Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 150, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anlage).

Neue Fassung

9.1 ... Der Satz entfällt.

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang).

Alte Fassung

11. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung und Entlastung im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) ...,
- b) ...,
- c) der Pflegekräfte gemäß §4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten niedrighwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach §45c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind, werden bis zu 104 Euro (Grundbetrag) oder 208 Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet.

Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des vom Versicherer beauftragten Arztes oder des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§6 Abs. 2 Satz 4) festgelegt...

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach §4 Abs. 16c richten sich nach §87b SGB XI (siehe Anhang).

Neue Fassung

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) ...,
 - b) ...,
 - c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
 - d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang), werden bis zu 125 Euro monatlich erstattet. ...
- 11.2. Satz entfällt.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Alte Fassung

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach §4 Abs. 7a beträgt 205 Euro.

Neue Fassung

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 214 Euro.

15. Weitere Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Alte Fassung

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

- a) Pflegegeld nach Nr. 2.1 Tarif PP in Höhe von 123 Euro oder
 - b) Häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PP in Höhe von bis zu 231 Euro oder
 - c) Kombinationsleistungen aus den Nr. 2.1 und Nr. 1 Tarif PP (§4 Abs. 5) oder
 - d) Teilstationäre Pflege nach Nr. 5 des Tarifs PP in Höhe von bis zu 231 Euro je Kalendermonat, sowie Anspruch auf Leistungen nach Nr. 3, 4, 5, 6, 13 und 14 Tarif PP (§4 Abs. 6, 7, 7a, 8, 10 und 19).
- In Tarifstufe PB/PPB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

- a) das Pflegegeld nach Nr. 2.1 um 72 Euro auf 316 Euro
- b) die häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PP und die teilstationäre Pflege nach Nr. 5 Tarif PP um 221 Euro auf bis zu 689 Euro.

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

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

- a) das Pflegegeld nach Nr. 2.1 um 87 Euro auf 545 Euro
- b) die häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PP und die teilstationäre Pflege nach Nr. 5 Tarif PP um 154 Euro auf bis zu 1298 Euro.

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

Neue Fassung

Ziffer 15 der Tarifbedingungen entfällt vollständig.

Hinweis: Hinzu kommen die Bedingungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Versicherte, die bereits Pflegeleistungen beziehen.

IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

- (1) Die Feststellung des Versicherungsfalles und die weiteren Leistungsvoraussetzungen richten sich nach den Versicherungsbedingungen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung gelten.
- (2) Versicherte Personen bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe (Pflegebedürftigkeit) oder eine erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 festgestellt wurde und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung vorliegen, werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Absatz 3 und 4 einem Pflegegrad zugeordnet. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) die Zuordnung schriftlich mit.
- (3) Versicherte Personen, bei denen eine Pflegestufe nach § 1 Abs. 6 MB/PPV 2015, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 1 MB/PPV 2015 festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,

- b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
- c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder
- d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen als Härtefall (Tarif 7.1 Satz 2 MB/PPV 2015) festgestellt wurden.

(4) Versicherte Personen, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 1 MB/PPV 2015 festgestellt wurde, werden übergeleitet

- a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe in den Pflegegrad 2,
- b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I in den Pflegegrad 3,
- c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II in den Pflegegrad 4,
- d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III, auch soweit die Voraussetzungen für Leistungen als Härtefall (Tarif 7.1 Satz 2 MB/PPV 2015) festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(5) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 3 oder 4 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach § 1 Abs. 4 MB/PPV 2017 erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit nach den MB/PPV 2017 mehr vorliegt. Dies gilt auch bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer oder zu einer Pflegekasse, wenn das neue Versicherungsverhältnis bzw. die Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird.

(6) Stellt eine versicherte Person, bei der das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach den MB/PPV 2015 festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen Höherstufungsantrag und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November bis 31. Dezember 2016 bereits nach den MB/PPV 2017.

§ 2 Besitzstandsschutz

(1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Abs. 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Abs. 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16, 16a MB/PPV 2015).

Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PP 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2.

Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Abs. 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3.

Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte Personen,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PP 2015 haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2017 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PP 2017 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. In Tarifstufe PB/PPB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

(1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflgetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(2) In den Fällen des § 1 Abs. 6 richtet sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 SGB VI in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang). Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades

gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2017 vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2017 ist.

Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt.

§ 5 Begutachtungsverfahren

Bei versicherten Personen, welche von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 Wiederholungsbegutachtungen nur durchgeführt, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist. Die Frist nach § 6 Abs. 2a Satz 1, Halbsatz 1 MB/PPV 2017 ist vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 nur dann zu beachten, wenn ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt.

Änderungen aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von verbraucher-schützenden Vorschriften des Datenschutzrechts

§ 9 Obliegenheiten

§ 9 Abs. 1, 4 und 5

Alte Fassung

(1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich schriftlich zu unterrichten.

Neue Fassung

(1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich in Textform anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich in Textform zu unterrichten.

§16 Willenserklärungen und Anzeigen

Alte Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Hinweis: Für Versicherungsverträge ab 01.10.2016 entfällt das in den AVB vereinbarte Schriftformerfordernis für Anzeigen und Willenserklärungen, die gegenüber dem Versicherer abzugeben sind.

Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Bedingungsteil

alt: MB/EPV 2009

neu: MB/EPV 2017

Im Folgenden sind die Änderungen als Auszug des Bedingungsteils und des Tarifs einschließlich der Tarifstufen dargestellt (kursiv).

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

§ 1 Abs. 2

Alte Fassung

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Neue Fassung

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

§ 1 Abs. 3 bis 8

Alte Fassung

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,

b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,

c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,

b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die

Aufnahme der Nahrung,

c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

Neue Fassung § 1a

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

(a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

(b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von

elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

(c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

(d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

(e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

(f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der

Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

Hinweis: Die Änderungen betreffen den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Zuordnung zu einem Pflegegrad. Die alten Absätze 3 bis 8 des § 1 wurden gestrichen und die Regelungen in einen neuen § 1a aufgenommen. Abgestellt wird zukünftig nicht mehr auf den Hilfebedarf bei Verrichtungen des täglichen Lebens, sondern auf gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und des daraus resultierenden Hilfebedarfs. Es bleibt dabei, dass die Pflegebedürftigkeit dauerhaft und voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegen muss. Als Folge der neuen Definition der Pflegebedürftigkeit muss das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nicht mehr festgestellt werden. Dies ist nun Bestandteil der Pflegebedürftigkeit. Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die bisherigen drei Pflegestufen und die Unterteilung derselben nach Bestehen oder Nichtbestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz durch fünf Pflegegrade ersetzt.

Die Einstufung in Pflegegrade erfolgt bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten abweichend von der regulären Einstufung, indem die ermittelten Gesamtpunkte zu einer anderen Zuordnung zu den Pflegegraden führen. In Gutachten nach dem Neuen Begutachtungssassessment (NBA) erfolgt keine Prüfung mehr, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. zu § 2 MB/EPV 2009 Vertragsdauer

Alte Fassung

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

Neue Fassung

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

2. zu § 5d) MB/EPV 2009 Leistungspflicht bei vollstationärer Behandlung

Alte Fassung

Abweichend von § 5 d) leistet der Versicherer beim Tarif PS, wenn dieser geschlechtsunabhängig kalkuliert ist, auch während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus und einer stationären Rehabilitationsmaßnahme fort.

Neue Fassung

Abweichend von § 5 d) leistet der Versicherer beim Tarif PG, wenn dieser geschlechtsunabhängig kalkuliert ist, auch während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus und einer stationären Rehabilitationsmaßnahme fort.

§ 8b Beitragsanpassung

§ 8b Abs. 2

Alte Fassung

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

Neue Fassung

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

§ 9 Obliegenheiten

§ 9 Abs. 1

Alte Fassung

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Neue Fassung

(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

1. zu § 9 (1) MB/EPV 2009 Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Alte Fassung

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche ab ärztlicher Feststellung anzuzeigen.

Neue Fassung

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche ab Feststellung anzuzeigen.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer; Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

3. zu § 13 (2) MB/EPV 2009 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

Alte Fassung

Wurde der Tarif PS geschlechtsunabhängig kalkuliert und besteht daneben ein Tarif PZ/PZM, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen, wenn er hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig werden würde und der Tarif PZ/PZM gleichzeitig ins Ruhen gestellt wird.

Neue Fassung

Wurde der Tarif PG geschlechtsunabhängig kalkuliert und besteht daneben ein Tarif PZ/PZM, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen, wenn er hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig werden würde und der Tarif PZ/PZM gleichzeitig ins Ruhen gestellt wird.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

§ 16

Alte Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Hinweis: Für Versicherungsverträge ab 01.10.2016 entfällt das in den AVB vereinbarte Schriftformerfordernis für Anzeigen und Willenserklärungen, die gegenüber dem Versicherer abzugeben sind.

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

Neue Fassung

(1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherte Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weichen die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Tarifbeschreibungen

Alte Fassung

Tarif PS

Neue Fassung

Tarifbeschreibung PG

Versicherungsleistungen

Alte Fassung

Der Versicherer erbringt im Rahmen der vereinbarten Tarifeinheiten und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Teil I: Musterbedingungen MB/EPV 2009, Teil II: Tarifbedingungen) folgende Leistungen: ...

in der Tarifeinheit

- PS0 bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 0
- PS1 bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I
- PS2 bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II
- PS3 bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III.

Neue Fassung

Der Versicherer erbringt im Rahmen der vereinbarten Tarifeinheiten und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Teil I: Musterbedingungen MB/EPV 2017, Teil II: Tarifbedingungen) folgende Leistungen: ...

in der Tarifeinheit

- PG1 bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1
- PG2 bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2
- PG3 bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3
- PG4 bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 4
- PG5 bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5.

Hinweis: Die Bezeichnung „Pflegestufen“ wurde durchgehend in die Bezeichnung „Pflegegrade“ abgeändert. Statt der Ausrichtung an drei Pflegestufen zuzüglich der Pflegestufe 0 (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) erfolgt die Einteilung der Tarifeinheiten in die neuen fünf Pflegegrade.

Alte Fassung

Beschreibung der Pflegestufen

Pflegestufe 0 (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz/Demenz) liegt vor bei pflegebedürftigen Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, in ihrer Alltagskompetenz aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen aber auf Dauer erheblichen Einschränkungen unterliegen, so dass ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.

Pflegestufe I liegt vor bei erheblich pflegebedürftigen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegestufe II liegt vor bei schwerpflegebedürftigen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegestufe III liegt vor bei schwerstpflegebedürftigen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Neue Fassung

Beschreibung der Pflegegrade

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in § 1a Abs. 2 MB/EPV 2017 genannten Bereiche Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten

Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

Hinweis: Die Beschreibung der Pflegegrade wurde an den neuen § 1a MB/EPV 2017 angepasst.

Höhe der Leistungen

Alte Fassung

Das vereinbarte monatliche Pflegegeld darf sowohl für ambulante Pflege wie für die stationäre Pflege in der Pflegestufe 0 nicht höher sein als in der Pflegestufe I, in der Pflegestufe I nicht höher sein als in der Pflegestufe II und in der Pflegestufe II nicht höher sein als in der Pflegestufe III.

Wurde der Tarif PS geschlechtsunabhängig kalkuliert und besteht daneben ein Tarif PZ/PZM, so gilt:

Das in den Tarifen PS und PZ/PZM vereinbarte monatliche Pflegegeld darf zusammen sowohl für die ambulante Pflege wie für die stationäre Pflege in der Pflegestufe 0 nicht höher sein als in der Pflegestufe I, in der Pflegestufe I nicht höher sein als in der Pflegestufe II und in der Pflegestufe II nicht höher sein als in der Pflegestufe III. Innerhalb einer Pflegestufe darf es für die ambulante Pflege nicht höher sein als für die stationäre Pflege.

Die vorstehenden Regelungen gelten auch, wenn für eine Pflegestufe eine Anwartschaftsversicherung für ambulante Pflege und/ oder für die stationäre Pflege abgeschlossen wird.

Ist innerhalb einer Pflegestufe für die stationäre Pflege ein höhe-

res Pflegegeld als für die ambulante Pflege vereinbart, kann der Versicherer bei stationärer Pflege auch einen Nachweis verlangen, dass die stationäre Pflege von der privaten bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung befürwortet wird. Befürwortet die private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung die stationäre Pflege nicht, besteht ein Leistungsanspruch nur in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes. Wird der Nachweis der Befürwortung einer stationären Pflege nicht innerhalb von zwei Monaten nach Aufforderung durch den Versicherer erbracht, besteht während der Dauer der stationären Pflege solange nur Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes wie der angeforderte Nachweis beim Versicherer nicht vorliegt. Das höhere Pflegegeld ist dann ab dem Ersten des Monats zu zahlen, der auf den Eingang des Nachweises beim Versicherer folgt.

Neue Fassung

Das vereinbarte monatliche Pflegegeld darf sowohl für ambulante Pflege wie für die stationäre Pflege

im Pflegegrad 1 nicht höher sein als im Pflegegrad 2,
im Pflegegrad 2 nicht höher sein als im Pflegegrad 3,
im Pflegegrad 3 nicht höher sein als im Pflegegrad 4,
im Pflegegrad 4 nicht höher sein als im Pflegegrad 5.

Wurde der Tarif PG geschlechtsunabhängig kalkuliert und besteht daneben ein Tarif PZ/PZM, werden die vereinbarten monatlichen Pflegegelder beider Tarife zusammengerechnet.

Innerhalb eines Pflegegrades darf das Pflegegeld für die ambulante Pflege nicht höher sein als für die stationäre Pflege.

Die vorstehenden Regelungen gelten auch, wenn für einen Pflegegrad eine Anwartschaftsversicherung für ambulante Pflege und/ oder für die stationäre Pflege abgeschlossen wird.

Ist innerhalb eines Pflegegrades für die stationäre Pflege ein höheres Pflegegeld als für die ambulante Pflege vereinbart, kann der Versicherer bei stationärer Pflege auch einen Nachweis verlangen, dass die stationäre Pflege von der privaten bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung befürwortet wird. Befürwortet die private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung die stationäre Pflege nicht, besteht ein Leistungsanspruch nur in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes.

Wird der Nachweis der Befürwortung einer stationären Pflege nicht innerhalb von zwei Monaten nach Aufforderung durch den Versicherer erbracht, besteht während der Dauer der stationären Pflege nur Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes. Der Nachweis kann noch nach Ablauf von zwei Monaten nach Aufforderung durch den Versicherer vorgelegt werden. Das höhere Pflegegeld ist dann ab dem Ersten des Monats zu zahlen, der auf den Eingang des Nachweises beim Versicherer folgt.

Zeitpunkt der Leistungserbringung

Alte Fassung

... Die Leistungen werden in Abweichung von §6 (1) MB/EPV 2009 bereits zu Beginn des Monats erbracht, der auf die Feststellung der Pflegebedürftigkeit folgt. Entsprechendes gilt für die Leistungserbringung bei einer Veränderung der Pflegestufen sowie bei einem Wechsel von der ambulanten Pflege in die stationäre Pflege und umgekehrt. ...

Neue Fassung

... Die Leistungen werden in Abweichung von § 6 (1) MB/EPV 2017 bereits zu Beginn des Monats erbracht, der auf die Feststellung der Pflegebedürftigkeit folgt. Entsprechendes gilt für die Leistungserbringung bei einer Veränderung der Pflegegrade sowie bei einem Wechsel von der ambulanten Pflege in die stationäre Pflege und umgekehrt. ...

Feststellung der Pflegebedürftigkeit**Alte Fassung**

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch ein ärztliches Gutachten.

Liegt bereits eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, ist diese Einstufung für die Festlegung der Pflegestufe in der abgeschlossenen Tarifeinheit maßgeblich.

Neue Fassung

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch ein Gutachten des medizinischen Dienstes der privaten Pflegeversicherung.

Liegt bereits eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, ist diese Einstufung für die Festlegung des Pflegegrades in der abgeschlossenen Tarifeinheit maßgeblich.

Hinweis: In §§ 1 Abs. 2 S. 2 und 9 Abs. 1 MB/EPV 2017 wurde die „ärztliche“ Feststellung gestrichen. In der Praxis erfolgt ausschließlich die Beauftragung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegeversicherung (Medic Proof).

Europageltung**Alte Fassung**

Der Versicherungsschutz erstreckt sich abweichend zu §§ 1 Abs. 11 und 5 c) MB/EPV 2009 auch auf Pflege in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

Neue Fassung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich abweichend zu §§ 1 Abs. 5 und 5 c) MB/EPV 2017 auch auf Pflege in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

Einmalzahlung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit (optional)**Alte Fassung**

Tarifeinheit PSU

Zahlung des vereinbarten Einmalbetrags aus der Tarifeinheit PSU, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls erstmals pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) wird. ...

Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem

Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird. Der Anspruch auf die schriftlich geltend gemachte Einmalzahlung ist dann einen Monat nach Eingang des ärztlichen Nachweises beim Versicherer fällig, jedoch nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach dem Unfall.

Neue Fassung

Tarifeinheit PGU

Zahlung des vereinbarten Einmalbetrags aus der Tarifeinheit PGU, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls erstmals pflegebedürftig (mindestens Pflegegrad 2) wird. ...

Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und in Textform beim Versicherer geltend gemacht wird. Der Anspruch auf die in Textform geltend gemachte Einmalzahlung ist dann einen Monat nach Eingang des ärztlichen Nachweises beim Versicherer fällig, jedoch nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach dem Unfall.

Hinweis: Nach der Überleitungsmatrix in § 19 Abs. 1 MB/EPV 2017 werden Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2 übergeleitet. Diese Überleitungsmatrix wurde für den Unfallbaustein zugrunde gelegt.

Für Versicherungsverträge ab 01.10.2016 entfällt das in den AVB vereinbarte Schriftformerfordernis für Anzeigen und Willenserklärungen, die gegenüber dem Versicherer abzugeben sind.

Beitragsbefreiung**Alte Fassung**

Wird eine versicherte Person pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) entfällt für sie die Pflicht zur Beitragszahlung. Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Monat, der auf die Einstufung in die Pflegestufe folgt. Sie endet mit Ablauf des Monats in dem Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0 vorliegt oder keine Pflegebedürftigkeit mehr gegeben ist.

Neue Fassung

Wird eine versicherte Person pflegebedürftig (mindestens Pflegegrad 2), entfällt für sie die Pflicht zur Beitragszahlung. Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Monat, der auf die Einstufung in den Pflegegrad folgt. Sie endet mit Ablauf des Monats in dem Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1 vorliegt oder keine Pflegebedürftigkeit mehr gegeben ist.

Hinweis: Nach der Überleitungsmatrix in § 19 Abs. 1 MB/EPV 2017 werden Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2 übergeleitet. Diese Überleitungsmatrix wurde für die Beitragsbefreiung zugrunde gelegt.

Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres

Alte Fassung

... (2) Die Anpassung darf in der Tarifeinheit PS3 nicht zu einer Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes auf über 4500,- Euro führen. Würde sich durch die Anpassung ein höheres monatliches Pflegegeld ergeben, wird dieses auf 4500,- Euro begrenzt. Auch die Tarifeinheiten PS0, PS1 und PS2 können dann nicht mehr nach dieser Vorschrift angepasst werden.

Der Höchstbetrag kann mit Zustimmung des Treuhänders für Prämienänderungen (§12b VAG) der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden. ...

Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach deren Wirksamwerden schriftlich widerspricht

Neue Fassung

... (2) Die Anpassung darf in der Tarifeinheit PG5 nicht zu einer Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes auf über 5000,- Euro führen. Würde sich durch die Anpassung ein höheres monatliches Pflegegeld ergeben, wird dieses auf 5000,- Euro begrenzt. Auch die Tarifeinheiten PG1, PG2, PG3 und PG4 können dann nicht mehr nach dieser Vorschrift angepasst werden.

Der Höchstbetrag kann mit Zustimmung des Treuhänders für Prämienänderungen (§ 155 VAG) der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden. ...

Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach deren Wirksamwerden in Textform widerspricht.

Hinweis: Mit der Anpassung der Höchstgrenze wird den Leistungserhöhungen, die durch das PSG II vorgenommen wurden, Rechnung getragen.

Die Paragraphenbezeichnung wurde an das neue Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) angepasst (Gesetz zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434)).

Anwartschaftsversicherung (AWV) (optional)

Abschluss

Alte Fassung

Der Abschluss einer AWV ist für die Tarifeinheiten PS0, PS1 und PS2 möglich.

Neue Fassung

Der Abschluss einer AWV ist für die Tarifeinheiten PG1, PG2, PG3 und PG4 möglich.

Hinweis: Es handelt sich um eine Änderung infolge der neuen Aufteilung in fünf Tarifeinheiten, analog den Pflegegraden. Wie bisher ist der Abschluss einer AWV für den höchsten Pflegegrad/die höchste Tarifstufe (PG5) nicht möglich.

Beiträge

Alte Fassung

Die Beiträge für die AWV betragen, sofern keine Versicherung nach Tarif PS vorangegangen ist oder eine solche zu Beginn der Anwartschaft längstens 5 Jahre bestanden hat, ...

Neue Fassung

Die Beiträge für die AWV betragen, sofern keine Versicherung nach Tarif PG vorangegangen ist oder eine solche zu Beginn der Anwartschaft längstens 5 Jahre bestanden hat, ...

Anpassung des Versicherungsschutzes an gesetzliche Rahmenbedingungen

Alte Fassung

... Die Tarifeinheit PSU kann nicht ohne die Tarifeinheit PS3 bestehen.

Neue Fassung

... Die Tarifeinheit PGU kann nicht ohne die Tarifeinheit PG5 bestehen.

Alte Fassung

Tarif PE

Neue Fassung

Tarifbeschreibung PEV

Versicherungsleistungen

Alte Fassung

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegetagegeld, und zwar im Tarif PE1 in der Pflegestufe I: 30 Prozent; Pflegestufe II: 60 Prozent; Pflegestufe III: 100 Prozent des versicherten Tagessatzes.

Im Tarif PE2 wird die Zahlung des Pflegetagegeldes auf die Pflegestufen II und III begrenzt.

Im Tarif PE3 wird die Zahlung des Pflegetagegeldes auf die Pflegestufe III begrenzt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen ist der Hilfebedarf im Bereich der Körperpflege mit den Verrichtungen Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung, der Ernährung mit den Verrichtungen mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung, der Mobilität mit den Verrichtungen selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, der hauswirtschaftlichen Versorgung mit den Verrichtungen Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder Beheizen.

Es gelten als Pflegebedürftige

der Pflegestufe I

erheblich pflegebedürftige Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

der Pflegestufe II

schwerpflegebedürftige Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. der Pflegestufe III

schwerstpflegebedürftige Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Neue Fassung

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegeetagegeld, und zwar

im Tarif PEV1 im Pflegegrad 1: 30 Prozent; Pflegegrad 2: 30 Prozent; Pflegegrad 3: 60 Prozent, Pflegegrad 4: 60 Prozent, Pflegegrad 5: 100 Prozent des versicherten Tagessatzes.

Im Tarif PEV3 wird die Zahlung des Pflegeetagegeldes auf die Pflegegrade 3 (60 Prozent), 4 (60 Prozent) und 5 (100 Prozent) begrenzt.

Im Tarif PEV4 wird die Zahlung des Pflegeetagegeldes auf die Pflegegrade 4 (60 Prozent) und 5 (100 Prozent) begrenzt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegraden ist die Schwere der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den in § 1a Abs. 2 MB/EPV 2017 genannten Bereichen

Mobilität

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Selbstversorgung

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Es gelten als Pflegebedürftige des Pflegegrades 1

Personen mit geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten;

des Pflegegrades 2

Personen mit erheblichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten;

des Pflegegrades 3

Personen mit schweren Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten;

des Pflegegrades 4

Personen mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten;

des Pflegegrades 5

Personen mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen

Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

Hinweis: Die Bezeichnung „Pflegestufen“ wurde durchgehend in die Bezeichnung „Pflegegrade“ abgeändert. Statt der Ausrichtung an drei Pflegestufen erfolgt die Einteilung der Tarifeinheiten in die neuen fünf Pflegegrade. Die Beschreibung der Pflegegrade wurde an den neuen § 1a MB/EPV 2017 angepasst.

Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Bedingungsteil

alt: MB/GEPV 2013

neu: MB/GEPV 2017

Im Folgenden sind die Änderungen als Auszug des Bedingungsteils und des Tarifs einschließlich der Tarifstufen dargestellt (kursiv).

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Alte Fassung

... (2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder ...

Neue Fassung

... (2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder ...

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

Alte Fassung

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Schriftform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist. ...

Neue Fassung

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vor-

liegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist. ...

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

Alte Fassung

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von §14 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz im Sinne von §45a SGB XI (siehe Anhang) eingeschränkt ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß §18 SGB XI (siehe Anhang) oder den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach §45a SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn weder Pflegebedürftigkeit nach §18 SGB XI (siehe Anhang) und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach §45a SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

Neue Fassung

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI ; bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

1. zu § 4 MB/GEPV 2013 Vertragsdauer

Alte Fassung

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor Ablauf schriftlich kündigt.

Neue Fassung

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor Ablauf in Textform kündigt.

§ 5 Wartezeit

1. und 2. zu § 5 MB/GEPV 2013

Alte Fassung

1. zu §5 MB/GEPV 2013 Entfall der Wartezeiten

Die Wartezeit entfällt,

a) bei Unfällen,

b) wenn für die versicherte Person zusammen mit der Versicherung nach diesen Bedingungen zum gleichen Versicherungsbeginn eine ergänzende Pflegeversicherung nach dem Tarif PS oder PE beim

Versicherer abgeschlossen wird. Wird die ergänzende Pflegeversicherung nach dem Tarif PS oder PE wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht beendet, entfällt die Wartezeit nicht.

2. zu §5 MB/GEPV 2013 Anrechnung von Wartezeiten

Versicherten, die die beim Versicherer geführten Tarife PS oder PE beenden und im unmittelbaren Anschluss einen Tarif PZ oder PZM abschließen, wird die in den Tarifen PS oder PE ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach diesen Bedingungen spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde. §1 bleibt unberührt.

Neue Fassung

1. zu § 5 MB/GEPV 2017 Entfall der Wartezeiten

Die Wartezeit entfällt,

a) bei Unfällen,

b) wenn für die versicherte Person zusammen mit der Versicherung nach diesen Bedingungen zum gleichen Versicherungsbeginn eine ergänzende Pflegeversicherung nach dem Tarif PG oder PEV beim Versicherer abgeschlossen wird. Wird die ergänzende Pflegeversicherung nach dem Tarif PG oder PEV wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht beendet, entfällt die Wartezeit nicht.

2. zu § 5 MB/GEPV 2017 Anrechnung von Wartezeiten

Versicherten, die die beim Versicherer geführten Tarife PG oder PEV beenden und im unmittelbaren Anschluss einen Tarif PZ oder PZM abschließen, wird die in den Tarifen PG oder PEV ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach diesen Bedingungen spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde. § 1 bleibt unberührt.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

Alte Fassung

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegestufe III mindestens 600 EUR. In der Pflegestufe I beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 20 Prozent und in Pflegestufe II mindestens 30 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach §45a SGB XI (siehe Anhang), beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach §3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für eine der Pflegestufen I bis III gemäß §15 SGB XI (siehe Anhang) oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des §45a SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach §34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbe-

dingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegestufen I bis III und das Bestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach §45a SGB XI (siehe Anhang) sind die Feststellungen nach §3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegestufenrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß §18 SGB XI (siehe Anhang) oder der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des §45a SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

Neue Fassung

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 EUR. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5. Wird ein Pflageetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflageetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegerelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Alte Fassung

(2) Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflageetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt. ...

(4) Das Pflegemonats- oder Pflageetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach §18 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach §45a SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsbe-

rechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

Neue Fassung

(2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflageetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt. ...

(4) Das Pflegemonats- oder Pflageetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.

§ 10 Beitragsberechnung

Alte Fassung

(3) Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Neue Fassung

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Alte Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Alte Fassung

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, ...

Neue Fassung

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden,...

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

Alte Fassung

(2) In der Ruhezeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/GEPV 2013) mit folgenden Änderungen fort:...

Neue Fassung

(2) In der Ruhezeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort: ...

§ 24 Kindernachversicherung

Alte Fassung

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach §1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt §13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen nach §123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; §13 findet keine Anwendung.

Neue Fassung

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 26 Anwartschaft

Alte Fassung

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach §127 Absatz 1 SGB XI.

Neue Fassung

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang).

§ 27 Übergangsregelung

Neue Fassung

(1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet :

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflegeitagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der

bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Tarifbeschreibung PZ und PZM

1. Monatliches Pflegegeld

Alte Fassung

Die Leistungen der Tarife PZ/PZM umfassen die Tarifeinheiten PZ0/PZM0, PZ1/PZM1, PZ2/PZM2 und PZ3/PZM3.

Zahlung des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes in der Tarifeinheit

PZ0/PZM0 bei Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe 0

(erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach §45a SGB XI)

PZ1/PZM1 bei Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe I

PZ2/PZM2 bei Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe II

PZ3/PZM3 bei Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III.

Neue Fassung

1. Monatliches Pflegegeld

Die Leistungen der Tarife PZ/PZM umfassen die Tarifeinheiten PZ1/PZM1, PZ2/PZM2, PZ3/PZM3, PZ4/PZM4 und PZ5/PZM5.

Zahlung des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes in der Tarifeinheit

PZ1/PZM1 bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 1

PZ2/PZM2 bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 2

PZ3/PZM3 bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 3

PZ4/PZM4 bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 4

PZ5/PZM5 bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 5.

Hinweis: So wie bisher die Aufteilung nach Pflegestufen erfolgte, wird neu die Zuordnung der Tarifeinheiten zu den jeweiligen Pflegegraden vorgenommen.

Höhe der Leistungen

Alte Fassung

In der Pflegestufe III beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 600 EUR. In der Pflegestufe II beträgt das Pflegemonatsgeld 30 %, in der Pflegestufe I 20 % und in der Pflegestufe 0 10 % des vereinbarten Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Neue Fassung

Bei Pflegegrad 5 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 600 EUR. Bei Pflegegrad 4 beträgt das Pflegemonatsgeld 50 %, bei Pflegegrad 3 30 %, bei Pflegegrad 2 20 % und bei Pflegegrad 1 10 % des vereinbarten Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5.

2. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Alte Fassung

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in eine Pflegestufe werden die entsprechenden Feststellungen der inländischen privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

Neue Fassung

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad werden die entsprechenden Feststellungen der inländischen privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung, die Auslandsversicherung, die Krankentagegeldversicherungen, die Auslandsreisekrankenversicherung, den Basistarif sowie den Notlagentarif

Im Folgenden sind die Änderungen als Auszug aus den Bedingungsstellen und Tarifen dargestellt.

Änderungen aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von verbraucherrechtlichen Vorschriften des Datenschutzrechts und des Gesetzes zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen (VAG-Novelle)

Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

3. zu § 1 (3) MB/KK 2009 Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes

Alte Fassung

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet, schriftlich anzuzeigen.

Neue Fassung

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet, in Textform anzuzeigen.

Abs. 6

Alte Fassung

... Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Neue Fassung

... Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Vertragsdauer

Alte Fassung

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

Neue Fassung

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.

§ 8 Beitragszahlung

Abs. 6

Alte Fassung

... Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12 h VAG (siehe Anhang) versichert. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12 h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung.

Neue Fassung

... Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert.... In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Abs. 8

Alte Fassung

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf den neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

Neue Fassung

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31.

Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf den neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Alte Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Tarifbeschreibung für die Krankheitskosten-Vollversicherung

Besondere Vereinbarungen für die Tarifkombination S103 und A80B

Alte Fassung

3. Einkommensverbesserung / Änderung der Familiengröße: Verpflichtung zur Anzeige

Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer unverzüglich schriftlich zu informieren, ...

Neue Fassung

3. Einkommensverbesserung / Änderung der Familiengröße: Verpflichtung zur Anzeige

Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer unverzüglich in Textform zu informieren,...

Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler (Tarife S101, S102, S103, A, A75, A80B, AZ, ZS75, A210, A220, Z250, Z260)

Alte Fassung

... Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach deren Wegfall schriftlich anzuzeigen. ...

Neue Fassung

... Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach deren Wegfall in Textform anzuzeigen....

Tarif BE

§ 4 Änderung des Reduktionsbetrages

Alte Fassung

... Das Erhöhungsangebot gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er es nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden schriftlich ablehnt.

Neue Fassung

... Das Erhöhungsangebot gilt als vom Versicherungsnehmer ange-

nommen, wenn er es nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden in Textform ablehnt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach den Tarifen TA (MB/KT)

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Alte Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TG6 (AVB/TG6)

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Alte Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Abs. 3

Alte Fassung

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil AVB/NLT 2013, Tarif NLT) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere §12h Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – Anhang).

Neue Fassung

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil AVB/NLT 2013, Tarif NLT) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere § 153 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – Anhang).

§ 8a Prämienberechnung und -begrenzung

Alte Fassung

Die Berechnung der Prämien erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen

Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Für die für den Versicherten zu zahlenden Prämien wird im Notlagentarif die Alterungsrückstellung gemäß §12h Abs. 2 S. 6 VAG (Anhang) in der Weise angerechnet, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Neue Fassung

Die Berechnung der Prämien erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Für die für den Versicherten zu zahlenden Prämien wird im Notlagentarif die Alterungsrückstellung gemäß § 153 Abs. 2 S. 6 VAG (Anhang) in der Weise angerechnet, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Abs. 8

Alte Fassung

Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von §12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (Anhang) auf den neuen Versicherer überträgt.

Neue Fassung

Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (Anhang) auf den neuen Versicherer überträgt.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Alte Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Tarif NLT Leistungsrahmen

B. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

1. Schwangerschaft und Mutterschaft

1. c

Alte Fassung

... Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen

durch Vertragsärzte bis zur Höhe nach A. Nr. 1 Abs. 3 Tarif NLT, Abs. 4 gilt entsprechend. ...

Neue Fassung

... Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch Vertragsärzte bis zur Höhe nach A. Nr. 1 Abs. 2 Tarif NLT, Abs. 3 gilt entsprechend....

Weitere Änderungen Allgemeiner Versicherungsbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsversicherung (AVB/AUV)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Abs. 5

Neue Fassung

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§8a) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Hinweis: Umsetzung von Art. 1 Nr. 4 a) des Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften vom 24. April 2013 (VVG-Änderungsgesetz, BGBl. I 2013, 932) und von Art. 3 Nr. 1 zu § 193 Abs. 7 S. 4 VVG des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BGBl. I 2013, 2423)

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Abs. 8

Neue Fassung

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann

nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Hinweis: Umsetzung von Art. 1 Nr. 3 VVG-Änderungsgesetz zu § 202 VVG

§ 19 Willenserklärungen und Anzeigen

Alte Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Tarif V09 / Tarif V80

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für ...

6. Rücktransport (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Alte Fassung

die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland.

Neue Fassung

die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland. Der medizinisch notwendige Rücktransport nach Deutschland wird auch vom Versicherer organisiert.

Assistance-Leistungen (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Alte Fassung

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen: ... Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Neue Fassung

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen: ... Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/AR), Tarif AR

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Abs. 5**Alte Fassung**

a) Rückführungskosten: Erstattung der Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz des Versicherten oder in das dem Wohnsitz nächstgelegene und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland. Die Kosten einer mitversicherten Begleitperson werden ebenfalls übernommen; ...

Neue Fassung

a) Rückführungskosten: Erstattung der Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz des Versicherten oder in das dem Wohnsitz nächstgelegene und aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland. Der Rücktransport wird auch vom Versicherer organisiert. Die Kosten einer mitversicherten Begleitperson werden ebenfalls übernommen; ...

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen**Alte Fassung**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vorgehen ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT)

Hinweis: Die Änderungen der AVB/BT umfassen eine Reihe von leistungsrechtlichen Änderungen, um die Vergleichbarkeit der Leistungen des Basistarifs mit den Pflichtleistungen des Dritten Kapitels nach dem Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, (SGB V) zu erhalten.

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit**Abs. 2****Alte Fassung**

Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe BTN sind Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht beihilfeberechtigt sind und auch keine vergleichbaren Ansprüche haben, wenn sie:

a) freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und den Abschluss des Versicherungsvertrages im Basistarif in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin beantragen; ...

c) nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und nicht zum Personenkreis nach a) und b) gehören, keinen Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, kei-

nen Anspruch auf laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) haben und noch keine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht zur Versicherung genügt. Bei Empfängern von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII gilt der Leistungsbezug bei Zeiten einer Unterbrechung von weniger als einem Monat als fortbestehend, wenn er vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat; ...

e) eine private Krankheitskostenvollversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, wenn der Antrag auf Versicherung im Basistarif in der Zeit vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin gestellt wird; ...

i) versicherte Personen sind, deren Versicherungsverhältnis wegen Beitragsrückstandes auf den Basistarif umgestellt worden ist.

Die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der Personenkreise nach den Buchstaben f) bis i) beschränkt sich auf den Basistarif des Versicherungsunternehmens, bei dem das bisherige Versicherungsverhältnis bestand.

Neue Fassung

(2) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe BTN sind Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht beihilfeberechtigt sind und auch keine vergleichbaren Ansprüche haben, wenn sie:

b) nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und nicht zum Personenkreis nach a) gehören, keinen Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, keinen Anspruch auf laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) haben und noch keine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht zur Versicherung genügt. Bei Empfängern von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII gilt der Leistungsbezug bei Zeiten einer Unterbrechung von weniger als einem Monat als fortbestehend, wenn er vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat; ...

Die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der Personenkreise nach den Buchstaben d) bis f) beschränkt sich auf den Basistarif des Versicherungsunternehmens, bei dem das bisherige Versicherungsverhältnis bestand.

Hinweis: Die bisherigen Punkte a), e) und i) wurden ersatzlos gestrichen.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**Abs. 4**

Alte Fassung

... Der Versicherungsfall beginnt bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit deren Beginn, im Übrigen mit dem Tag, der auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. ...

Neue Fassung

... Der Versicherungsfall beginnt bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit deren Beginn, im Übrigen mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. ...

Abs. 8

Alte Fassung

Der Versicherungsnehmer hat unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen der §§204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), 13 Abs. 1a Kalkulationsverordnung (KalV) – siehe Anhang – das Recht, für sich oder für die in seinem Vertrag versicherten Personen den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen.

Im neuen Tarif können Risikozuschläge, die während der Dauer der Versicherung im Basistarif nicht erhoben werden, aktiviert werden. Ein Wechsel in den Notlagentarif nach §12 h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG-siehe Anhang) ist ausgeschlossen.

Neue Fassung

Der Versicherungsnehmer hat unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen der §§ 204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), 13 Abs. 2 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) – siehe Anhang – das Recht, für sich oder für die in seinem Vertrag versicherten Personen den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen.

Im neuen Tarif können Risikozuschläge, die während der Dauer der Versicherung im Basistarif nicht erhoben werden, aktiviert werden. Ein Wechsel in den Notlagentarif nach §153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG-siehe Anhang) ist ausgeschlossen.

§ 8 Beitragszahlung

Abs. 3

Alte Fassung

... Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12 h VAG (siehe Anhang) versichert. ...

In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12 h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung.

Neue Fassung

... Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. ...

In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer

oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Abs. 7

Alte Fassung

Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.

Neue Fassung

Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Alte Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

Neue Fassung

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Abs. 3

Alte Fassung

Ändern sich die leistungsbezogenen Vorschriften des SGB V, ist der Versicherer berechtigt, die Leistungen des Basistarifs mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsschutzes, nach den Vorgaben des insoweit beliebigen (§12 Abs. 4b VAG – siehe Anhang) Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., entsprechend anzupassen. ...

Neue Fassung

Ändern sich die leistungsbezogenen Vorschriften des SGB V, ist der Versicherer berechtigt, die Leistungen des Basistarifs mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsschutzes, nach den Vorgaben des insoweit beliebigen (§ 158 Abs. 2 VAG – siehe Anhang) Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., entsprechend anzupassen.

Tarif BT**Leistungen des Versicherers****A. Ambulante Heilbehandlung****5. Häusliche Krankenpflege****Abs. 1 bis 3****Alte Fassung**

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich, sind nur die Aufwendungen für Behandlungspflege erstattungsfähig.

(2) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann. Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

(3) Der Anspruch gemäß Absatz 1 Satz 1 besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

Neue Fassung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich, sind nur die Aufwendungen für Behandlungspflege erstattungsfähig. Die häusliche Krankenpflege umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und für hauswirtschaftliche Versorgung wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt.

(2) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann. Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

(3) Der Anspruch gemäß Absatz 1 auf Leistungen für Grundpflege

und hauswirtschaftliche Versorgung besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, bei ambulanter Palliativversorgung auch darüber hinaus.

6. Haushaltshilfe**Abs. 1****Alte Fassung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen ...

g) häuslicher Krankenpflege.

Neue Fassung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen ...

g) häuslicher Krankenpflege,

h) schwerer Krankheit und akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

Abs. 2**Alte Fassung**

Der Anspruch setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Neue Fassung

Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Der Anspruch nach Absatz 1 lit. a bis g setzt zudem voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch nach Absatz 1 lit. h besteht längstens für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 26 Wochen.

8. Heilmittel**Abs. 1****Alte Fassung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis (Anlage) des Basistarifs aufgeführten Leistungen. Diese müssen von einem Vertragsarzt verordnet und von einem für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Therapeuten erbracht werden. Die Behandlung muss bei Physiotherapie innerhalb von 10 Tagen, Ergo- und Logotherapie innerhalb von 14 Tagen

20 Minuten	11,13
023 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Bindegewebsmassage (BGM), Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	10,88
024 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Segment-, Perioist-, Colonmassage, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	10,87
025 Unterwasserdruckstrahlmassage einschl. der erforderlichen Nachruhe, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	18,62

V. Manuelle Lymphdrainage

026 Manuelle Lymphdrainage (MLD),	
a) Teilbehandlung – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 Minuten	16,79
b) Großbehandlung – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 Minuten	24,82
c) Ganzbehandlung – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten	39,79
d) Kompressionsbandagierung einer Extremität	7,41

VI. Wärme- und Kältetherapie

027 Heiße Rolle - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 15 Minuten	8,02
028 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,06
029 Wärmeanwendung mittels Strahler eines oder mehrerer Körperteile, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	3,39
030 Ultraschall-Wärmetherapie, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,82
031 Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Vollbad, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	33,23
032 Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Teilbad, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	25,13
033 Kältetherapie eines oder mehrerer Körperteile, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 10 Minuten	7,17

VII. Elektrotherapie

034 Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,69
035 Elektrostimulation bei Lähmungen, Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveneinheit 5 bis 10 Minuten	10,46
036 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	16,22
037 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad), Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,11
038 Kohlensäurebad, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	5,92
039 Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	15,92

040 Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Teilbad, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	15,92
---	--------------

VIII. Traktionsbehandlung

041 Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,83
--	-------------

IX. Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie

042 Standardisierte Heilmittelkombination, Regelbehandlungszeit: 60 Minuten	36,11
---	--------------

X. Sonstige Leistungen

043 Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht, (einmal je Verordnung)	0,70
044 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	11,53
045 Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	6,25

XI. Leistungen außerhalb der Heilmittelversorgung

046 Unterweisung zur Geburtsvorbereitung, Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 14 Stunden	6,80
047 Rückbildungsgymnastik, Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 10 Stunden	6,80

XII. Logopädie

048 Logopädische Erstbefundung (einmal je Behandlungsfall)	75,86
051 Logopädische Einzelbehandlung	
a) Therapiezeit 25 bis 35 Minuten	29,46
b) Therapiezeit 40 bis 50 Minuten	40,52
c) Therapiezeit 55 bis 65 Minuten	50,18
052 Logopädische Gruppenbehandlung	
a) Gruppe mit bis zu 2 Patienten – Regelbehandlungszeit: 45 Min., je Teilnehmer	36,54
b) Gruppe mit 3 bis 5 Patienten – Regelbehandlungszeit: 45 Min., je Teilnehmer	22,95
c) Gruppe mit bis zu 2 Patienten – Regelbehandlungszeit: 90 Min., je Teilnehmer	66,05
d) Gruppe mit 3 bis 5 Patienten – Regelbehandlungszeit: 90 Min., je Teilnehmer	40,06

XIII. Sonstige Leistungen

053 Ärztlich verordneter Hausbesuch inkl. Wegegeld oder	13,02
057 Wegegeld je Kilometer	0,30

XIV. Ergotherapie

058 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	28,18
---	--------------

059 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei motorisch-funktionellen Störungen, Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveinheit 30 bis 45 Minuten	10,76	081 Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,50
060 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	37,03	082 Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung), Richtwert: 40 bis 50 Minuten	28,50
061 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	13,90	083 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	9,80
062 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neurophysiologisch orientierte Einzelbehandlung, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	31,18		
063 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	13,90		
064 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 bis 75 Minuten	47,33		
065 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 120 bis 150 Minuten	86,51		
066 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 90 bis 120 Minuten	25,61		
067 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Regelbehandlungszeit: Richtwert: 180 bis 240 Minuten	47,42		
068 Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte (nur zusätzliche neben 058 und 060)	4,30		
069 Ergotherapeutische temporäre Schiene – ohne Kostenvoranschlag bis	150,00		
070 Ergotherapeutische temporäre Schiene mit Kostenvoranschlag			
071 Ergotherapeutische Funktionsanalyse (einmal bei Behandlungsbeginn)	20,97		
072 Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (einmal je Behandlungsfall) zzgl. Kilomergeld von 0,30	87,69		
073 Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (einmal je Verordnung)	0,62		
074 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	12,17		
075 Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	7,40		
076 Wegegeld je gefahrenen Kilometer	0,30		
(Diese Position kann nur einmal in Verbindung mit der Nr. 072 berechnet werden)			
X. Podologie			
077 Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,15		
078 Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,50		
079 Nagelbearbeitung eines Fußes, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,15		
080 Nagelbearbeitung beider Füße, Richtwert: 20 bis 25 Minuten	17,40		

Satzungsänderungen bei der Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Die Satzungsänderungen gliedern sich in zwei Bereiche. Der erste Bereich bezieht sich auf inhaltliche Änderungen bezüglich der Anzahl der Aufsichtsräte und der Bestellung von Prokuristen, die nach § 4 der Satzung in den Zuständigkeitsbereich der Hauptversammlung fallen. Der zweite Bereich bezieht sich auf rein redaktionelle Änderungen bezüglich der Verweise auf das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), die nach § 6 der Satzung in den Zuständigkeitsbereich des Aufsichtsrates fallen.

§ 5 Minderheitsrechte

Alte Fassung

Minderheitsrechte nach § 36 b VAG stehen einer Minderheit von einem Drittel der gewählten Mitgliedervertreter zu.

Neue Fassung

Minderheitsrechte nach § 192 VAG stehen einer Minderheit von einem Drittel der gewählten Mitgliedervertreter zu.

§ 6 Aufsichtsrat

§ 6 lit. A Nr. 1

Alte Fassung

Der Aufsichtsrat besteht aus 15 Personen. Davon werden 10 Personen von der Mitgliedervertreterversammlung und 5 Personen von den Arbeitnehmern gemäß den Bestimmungen des Drittelbeteiligungsgesetzes gewählt. Ersatzmitglieder können gewählt werden.

Neue Fassung

Der Aufsichtsrat besteht aus 12 Personen. Davon werden 8 Personen von der Mitgliedervertreterversammlung und 4 Personen von den Arbeitnehmern gemäß den Bestimmungen des Drittelbeteiligungsgesetzes gewählt. Ersatzmitglieder können gewählt werden.

§ 6 lit. B Nr. 5 Buchst. e)

Alte Fassung

B. Geschäftsordnung, Rechte und Pflichten des Aufsichtsrates: (...)
e) Bestimmung des Prüfers gemäß § 58 VAG und des Treuhänders für den Deckungsstock und dessen Stellvertreters gemäß § 71 VAG sowie Zustimmung zur Bestellung des unabhängigen Treuhänders gemäß § 12 b VAG.

Neue Fassung

B. Geschäftsordnung, Rechte und Pflichten des Aufsichtsrates: (...)
e) Bestimmung des Prüfers gemäß § 36 Absatz 1 VAG und des Treuhänders für den Deckungsstock und dessen Stellvertreters gemäß § 128 Absätze 3 und 4 VAG sowie Zustimmung zur Bestellung des unabhängigen Treuhänders gemäß § 157 VAG.

§ 6 lit. B Nr. 5 Buchst. i)

Die Genehmigung zur Bestellung von Prokuristen wurde gestrichen.

III. § 11 Verwendung von Überschüssen und Deckung von Fehlbeträgen

Alte Fassung

1. Der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung ist mindestens ein Betrag zuzuführen, der den Bestimmungen des § 81 d VAG entspricht.

Von dem verbleibenden Betrag sind jährlich mindestens 25 v. H. der gesetzlichen Rücklage (Verlustrücklage gemäß § 37 VAG) zuzuführen, bis diese mindestens 15 v. H. der durchschnittlichen Beitrags-einnahmen der letzten 3 Geschäftsjahre erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. Danach sind Zuführungen auch in niedrigerer Höhe möglich.

Der restliche Überschuss wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zugeführt, soweit er nicht in eine andere Gewinnrücklage eingestellt wird.

2. Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten verwendet werden.

Über die Verwendung beschließt die Hauptversammlung mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders gemäß § 12b VAG. Hierzu hat der Vorstand mit Billigung des Aufsichtsrates einen Vorschlag vorzulegen.

Als Form der Verwendung kann gewählt werden: Ausschüttung, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen.

Abweichend hiervon ist der Verein gemäß § 56a Abs. 3 VAG berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Abwendung eines drohenden Notstands heranzuziehen, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Neue Fassung

1. Der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung ist mindestens ein Betrag zuzuführen, der den Bestimmungen des §§ 151 und 160 Satz 1 Nr. 6 VAG entspricht.

Von dem verbleibenden Betrag sind jährlich mindestens 25 v. H. der gesetzlichen Rücklage (Verlustrücklage gemäß § 193 VAG) zuzuführen, bis diese mindestens 15 v. H. der durchschnittlichen Beitragseinnahmen der letzten 3 Geschäftsjahre erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. Danach sind Zuführungen auch in niedrigerer Höhe möglich.

Der restliche Überschuss wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zugeführt, soweit er nicht in eine andere Gewinnrücklage eingestellt wird.

2. Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen

Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten verwendet werden.

Über die Verwendung beschließt die Hauptversammlung mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders gemäß § 157 VAG. Hierzu hat der Vorstand mit Billigung des Aufsichtsrates einen Vorschlag vorzulegen.

Als Form der Verwendung kann gewählt werden: Ausschüttung, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen.

Abweichend hiervon ist der Verein gemäß § 140 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 VAG berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Abwendung eines drohenden Notstands heranzuziehen, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

V. § 13 Auflösung des Vereins

Alte Fassung

2. Nach Auflösung des Vereins findet die Abwicklung statt. Sie erfolgt durch den Vorstand, sofern nicht gemäß § 47 VAG andere Abwickler bestimmt werden.

Neue Fassung

2. Nach Auflösung des Vereins findet die Abwicklung statt. Sie erfolgt durch den Vorstand, sofern nicht gemäß § 204 VAG andere Abwickler bestimmt werden.

Satzungsänderungen bei der Süddeutsche Lebensversicherung a.G.

Die Satzungsänderungen gliedern sich in zwei Bereiche. Der erste Bereich bezieht sich auf inhaltliche Änderungen bezüglich der Anzahl der Aufsichtsräte und der Bestellung von Prokuristen, die nach § 11 der Satzung in den Zuständigkeitsbereich der Hauptversammlung fallen. Der zweite Bereich bezieht sich auf rein redaktionelle Änderungen bezüglich der Verweise auf das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), die nach § 6 der Satzung in den Zuständigkeitsbereich des Aufsichtsrates fallen.

§ 5 Nr. 1

Alte Fassung

Der Aufsichtsrat besteht aus 9 Personen, die aus ihrer Mitte für die Dauer der Amtsperiode den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter bestimmen. Ersatzmitglieder können bestellt werden.

Neue Fassung

Der Aufsichtsrat besteht aus 6 Personen, die aus ihrer Mitte für die Dauer der Amtsperiode den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter bestimmen. Ersatzmitglieder können bestellt werden.

§ 6 Buchst. c)

Die Genehmigung zur Bestellung von Prokuristen wird gestrichen.

§ 15 Minderheitsrechte

Alte Fassung

Minderheitsrechte nach § 36 b VAG stehen einer Minderheit von drei Mitgliedervertretern zu.

Neue Fassung

Minderheitsrechte nach § 192 VAG stehen einer Minderheit von drei Mitgliedervertretern zu.

§ 18 Gesetzliche Rücklagen und Überschussverteilung

Alte Fassung

1. Von dem sich nach Bildung der erforderlichen Rückstellungen ergebenden Überschuss, ist ein Betrag so für die Überschussbeteiligung der Versicherten zu verwenden, dass die vorgegebenen gesetzlichen Zuführungen mindestens erfüllt sind. Er ist der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuweisen, soweit er nicht den Versicherten direkt gutgeschrieben worden ist.

Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen, soweit sich aus Ziff. 2 und 3 nichts anderes ergibt, nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 Versicherungsvertragsgesetz vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Von dem verbleibenden Überschuss sind jährlich mindestens 25 v. H. der gesetzlichen Rücklage (Verlustrücklage gemäß § 37 VAG) zuzuführen, bis diese mindestens den Betrag von 3,5 Millionen EUR erreicht bzw. nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. Danach sind Zuführungen auch in niedrigerer Höhe möglich. Verbleibt ein Überschussrest, so ist dieser einer anderen Gewinnrücklage zuzuführen.

2. Schließt ein Geschäftsjahr mit einem Verlust ab, so werden zu seiner Deckung die Rücklagen und die Rückstellung für Beitragsrückerstattung in der nachstehenden Reihenfolge herangezogen: 1. andere Gewinnrücklagen; 2. Verlustrücklage gemäß § 37 VAG; 3. Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Ein dann noch verbleibender Fehlbetrag ist auf das nächste Geschäftsjahr vorzutragen oder durch Herabsetzung der Versicherungsleistungen oder durch Erhöhung der Beiträge oder durch Verbindung beider Maßnahmen, die auch für bestehende Versicherungsverhältnisse wirksam sind, zu decken. Im Übrigen ist die Erhebung von Nachschüssen ausgeschlossen.

3. Unabhängig von den Regelungen unter Ziffer 2 ist der Verein gemäß § 56a Abs. 3 VAG berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Abwendung eines drohenden Notstands und weiterer gesetzlicher Ausnahmefälle heranzuziehen, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Neue Fassung

1. Von dem sich nach Bildung der erforderlichen Rückstellungen ergebenden Überschuss, ist ein Betrag so für die Überschussbeteiligung der Versicherten zu verwenden, dass die vorgegebenen gesetzlichen Zuführungen mindestens erfüllt sind. Er ist der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuweisen, soweit er nicht den Versicherten direkt gutgeschrieben worden ist.

Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen, soweit sich aus Ziff. 2 und 3 nichts anderes ergibt, nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 Versicherungsvertragsgesetz vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Von dem verbleibenden Überschuss sind jährlich mindestens 25 v. H. der gesetzlichen Rücklage (Verlustrücklage gemäß § 193 VAG) zuzuführen, bis diese mindestens den Betrag von 3,5 Millionen EUR erreicht bzw. nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. Danach sind Zuführungen auch in niedrigerer Höhe möglich. Verbleibt ein Überschussrest, so ist dieser einer anderen Gewinnrücklage zuzuführen.

2. Schließt ein Geschäftsjahr mit einem Verlust ab, so werden zu seiner Deckung die Rücklagen und die Rückstellung für Beitragsrückerstattung in der nachstehenden Reihenfolge herangezogen: 1. andere Gewinnrücklagen; 2. Verlustrücklage gemäß § 193 VAG; 3. Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Ein dann noch verbleibender Fehlbetrag ist auf das nächste Geschäftsjahr vorzutragen oder durch Herabsetzung der Versicherungsleistungen oder durch Erhöhung der Beiträge oder durch Verbindung beider Maßnahmen, die auch für bestehende Versicherungsverhältnisse wirksam sind, zu decken. Im Übrigen ist die Erhebung von Nachschüssen ausgeschlossen.

3. Unabhängig von den Regelungen unter Ziffer 2 ist der Verein gemäß § 140 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 VAG berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Abwendung eines drohenden Notstands und weiterer gesetzlicher Ausnahmefälle heranzuziehen, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Satzungsänderungen bei der Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.

Die Satzungsänderungen gliedern sich in zwei Bereiche. Der erste Bereich bezieht sich auf inhaltliche Änderungen bezüglich der Bestellung von Prokuristen, die nach § 9 der Satzung in den Zuständigkeitsbereich der Hauptversammlung fallen. Der zweite Bereich bezieht sich auf rein redaktionelle Änderungen bezüglich der Verweise auf das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), die nach § 5 der Satzung in den Zuständigkeitsbereich des Aufsichtsrates fallen.

§ 5 lit. B Buchst. c

Die Genehmigung zur Bestellung von Prokuristen wird gestrichen

§ 11 Minderheitsrechte

Alte Fassung

Minderheitsrechte nach § 36 b VAG stehen einer Minderheit von

drei Mitgliedervertretern zu.

Neue Fassung

Minderheitsrechte nach § 192 VAG stehen einer Minderheit von drei Mitgliedervertretern zu.

§ 13 Gesetzliche Rücklagen, Verlustrücklage in der Verbundenen Hausratversicherung

Alte Fassung

1. Mindestens 10 % des Überschusses werden der Verlustrücklage gemäß § 37 VAG zugeführt, bis sie mindestens den Betrag von 2.000.000 EUR erreicht bzw. nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. (...)

2. Schließt ein Geschäftsjahr mit einem Verlust ab, so werden zu seiner Deckung die Rücklagen und die Rückstellung für Beitragsrückerstattung in der nachstehenden Reihenfolge herangezogen: 1. andere Gewinnrücklagen; 2. Verlustrücklage gemäß

§ 37 VAG; 3. Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. (...)

3. Unabhängig von den Regelungen unter Ziffer 3 ist der Verein gemäß § 56a Abs. 3 VAG berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Abwendung eines drohenden Notstands heranzuziehen, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. (...)

Neue Fassung

1. Mindestens 10 % des Überschusses werden der Verlustrücklage gemäß § 193 VAG zugeführt, bis sie mindestens den Betrag von 2.000.000 EUR erreicht bzw. nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. (...)

2. Schließt ein Geschäftsjahr mit einem Verlust ab, so werden zu seiner Deckung die Rücklagen und die Rückstellung für Beitragsrückerstattung in der nachstehenden Reihenfolge herangezogen: 1. andere Gewinnrücklagen; 2. Verlustrücklage gemäß

§ 193 VAG; 3. Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. (...)

3. Unabhängig von den Regelungen unter Ziffer 3 ist der Verein gemäß § 140 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 VAG berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Abwendung eines drohenden Notstands heranzuziehen, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. (...)

V. § 16 Gründungsstock

Alte Fassung

Zur Erweiterung des Geschäftsfeldes um die Sparte der Allgemeinen Unfallversicherung wird ein Gründungsstock in Höhe von 1.000.000 Euro gebildet. Er ist mit 4,95 % jährlich zu verzinsen. Die Tilgung des Gründungsstocks darf nur aus den Jahreseinnahmen und nur so weiter erfolgen, wie die Verlustrücklage (gem. § 37 VAG) angewachsen ist.

Zur Erweiterung des Geschäftsfeldes um die Sparte der Allgemeinen Unfallversicherung wird ein Gründungsstock in Höhe von 1.000.000 Euro gebildet. Er ist mit 4,95 % jährlich zu verzinsen. Die Tilgung des Gründungsstocks darf nur aus den Jahreseinnahmen und nur so weit erfolgen, wie die Verlustrücklage (gem. § 193 VAG) angewachsen ist.

Wahl zur Mitgliedervertretung der Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Die Mitgliedervertretung ist das oberste Organ der Süddeutsche Krankenversicherung a.G. Sie fasst ihre Beschlüsse in der Hauptversammlung. Die Mitgliedervertretung besteht aus 21 Mitgliedern. Ihre Zusammensetzung soll sich an der regionalen Verteilung des Mitgliederbestandes orientieren. Die am Mitgliederbestand ausgerichtete Wahlkreiseinteilung hat folgende Festlegung ergeben:

- Wahlkreis I (Baden-Württemberg, Rheinlandpfalz): 11 Mitgliedervertreter
- Wahlkreis II (Bayern): 6 Mitgliedervertreter
- Wahlkreis III (übriges Geschäftsgebiet): 4 Mitgliedervertreter

Jeder Mitgliedervertreter (MV) hat einen Ersatzmitgliedervertreter (EM), der bei Ausscheiden des MV an dessen Stelle tritt.

Die Wahl der MV und EM erfolgt auf 6 Jahre nach einer vom Aufsichtsrat im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde aufgestellten Wahlordnung. Ausscheidende MV und EM sind wieder wählbar. Wählbar ist jedes Vereinsmitglied, das volljährig ist und sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindet. Mitglieder des Vereins, die gegen Gehalt oder sonstiges Entgelt in seinen Diensten stehen oder dem Vorstand oder Aufsichtsrat angehören, können nicht gewählt werden. Wahlberechtigt sind die volljährigen Mitglieder des Vereins, sofern ihr Anspruch auf Versicherungsleistungen nicht ruht.

Im Wahlkreis I sind 7 MV/EM bis zum 31. Dezember 2019 gewählt. Es scheiden zum 31. Dezember 2016 turnusgemäß 5 MV/EM aus. Da auf den Wahlkreis I insgesamt 11 MV/EM entfallen, sind noch 4 MV/EM zu wählen.

Im Wahlkreis II sind 2 MV/EM bis zum 31. Dezember 2019 gewählt. Es scheiden zum 31. Dezember turnusgemäß 4 MV/EM aus. Da auf den Wahlkreis II insgesamt 6 MV/EM entfallen, sind noch 4 MV/EM zu wählen.

Für den Wahlkreis III sind 3 MV/EM bis zum 31. Dezember 2019 gewählt. Da auf den Wahlkreis III insgesamt 4 MV/EM entfallen, ist noch ein MV/EM zu wählen.

In seiner Sitzung am 12. September 2016 hat der Wahlausschuss die in der Übersicht aufgeführten Mitglieder für die Wahl als MV/EM vorgeschlagen.

Wahlkreis I (Baden-Württemberg/Rheinpfalz)

MV Karin Deisinger, Frickenhausen, geb. 30.12.1953

EM Karlheinz Goder, Karlsruhe, geb. 28.09.1962

MV Jürgen Link, Lottstetten, geb. 29.09.1959

EM Frank Stober, Linkenheim-Hochstetten, geb. 24.09.1964

MV Alois Schanz, Dornhan, geb. 18.06.1952

EM Ulrich Bossler, Riedlingen, 17.06.1963

MV Ulrich Werner, Giengen, geb. 24.04.1958

EM Rainer Heidenwag, Winnenden, geb. 17.10.1964

Wahlkreis II (Bayern)

MV Udo Grasser, Burgebrach, geb. 26.02.1957

EM Alexander Nipp, Lindenberg im Allgäu, geb. 25.11.1971

MV Holger Heidler, Kelheim, geb. 08.05.1969

EM Klaus D. Bader, Königsbrunn, geb. 28.09.1969

MV Josef Schmid, Buchbach, geb. 18.07.1964

EM Franz-Josef Mayer, Bellenberg, geb. 02.06.1958

MV Johann Schreff, Altfraunhofen, geb. 05.05.1969

EM Stefan Lischkowitz, Bayreuth, geb. 26.04.1969

Wahlkreis III (übriges Geschäftsgebiet)

MV Ulrich Le, Frankfurt am Main, geb. 22.09.1965

EM Stefan Bohnert, Frankfurt am Main, geb. 30.04.1966

Mitglieder, die mit den vorgeschlagenen MV oder ihren EM nicht einverstanden sind, haben das Recht des Einspruchs, der dem Wahlausschuss (Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach) innerhalb von 3 Wochen nach Bekanntgabe dieser Mitteilung schriftlich zugegangen sein muss. Wird nicht von mindestens einem Zwanzigstel der Mitglieder des Wahlkreises gegen einen für diesen Wahlkreis nominierten MV oder EM Einspruch erhoben, so ist dieser mit Ablauf der Einspruchsfrist gewählt. Das Einspruchsrecht steht allen Mitgliedern des jeweiligen Wahlkreises zu. Bei einem rechtswirksamen Einspruch hat der Wahlausschuss anstelle des nicht gewählten MV oder EM ein anderes Mitglied in der gleichen Weise zur Wahl zu stellen.

Unsere Service-Teams für Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung

Servicezeit jeweils von 07:30 bis 17:30 Uhr

Für Fragen rund um Ihren **Vertrag**:

☎ 0711 7372-7111 oder
@ vertrag@sdk.de

Für Fragen zu **Leistungen, Erstattung**, etc.:

☎ 0711 7372-7122 oder
@ leistung@sdk.de

Für Fragen zur **Auslandsreise-Krankenversicherung**:

☎ 0711 7372-7133 oder
@ auslandsreise@sdk.de

Für Fragen zu Leistungen der **Pflegeversicherung**:

☎ 0711 7372-7144 oder
@ pflege@sdk.de

Für Fragen zum **Krankentagegeld**:

☎ 0711 7372-7155 oder
@ leistung@sdk.de

Unsere Service-Teams für Lebens-, Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherung

Servicezeit von 07:30 bis 17:30 Uhr

Für Fragen rund um Ihren Vertrag, Ablaufleistung, etc.:

☎ 0711 7372-7166 oder
@ leben@sdk.de

Sind Sie geistig fit?

Unter geistiger Fitness versteht man ganz allgemein die Leistungsfähigkeit unseres Gehirns. Also etwa wie gut man sich Sachen merken und auch wieder abrufen kann. Testen Sie jetzt, wie geistig fit Sie sind!

<p>Sie müssen sich eine neue Telefonnummer merken. Wie gehen Sie vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Nummern kann ich immer direkt auswendig.</p> <p><input type="checkbox"/> Die schreibe ich gleich in mein Telefonbuch. Nur wenn ich sie aufschreibe, kann ich sie mir auch merken.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich speichere sie in meinem Handy/Telefon ab, kann ich mir eh' nicht merken.</p>	<p>Punkte</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>Sie sind in einer fremden Stadt mit dem Auto unterwegs und Ihr Navigationsgerät versagt. Wie gehen Sie vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich rufe mir ein Taxi und bitte den Fahrer, mich zu lotsen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe noch einen Stadtplan dabei und suche mir den richtigen Weg. In neuen Umgebungen finde ich mich schnell zurecht.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich frage Passanten nach dem Weg.</p>	<p>Punkte</p> <p>0</p> <p>2</p> <p>1</p>
<p>Sie gehen in die Küche und haben vergessen, was Sie eigentlich dort holen wollten. Kennen Sie das?</p> <p><input type="checkbox"/> Das passiert mir nie.</p> <p><input type="checkbox"/> Hin und wieder passiert mir das mal.</p> <p><input type="checkbox"/> In letzter Zeit passiert mir das häufiger.</p>	<p>Punkte</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>Sie bekommen einen Witz erzählt. Was passiert?</p> <p><input type="checkbox"/> Witze kann ich mir prima merken und erzähle sie gleich weiter.</p> <p><input type="checkbox"/> Am nächsten Tag habe ich ihn nur noch halb in Erinnerung, und verhaue beim Erzählen vermutlich die Pointe.</p> <p><input type="checkbox"/> Witze kann ich mir nicht merken.</p>	<p>Punkte</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Suchen Sie häufiger Ihren Schlüssel oder Ihre Brille?</p> <p><input type="checkbox"/> Das passiert mir nie.</p> <p><input type="checkbox"/> Hin und wieder ist das so, vor allem, wenn ich viel Stress habe.</p> <p><input type="checkbox"/> Das geht mir häufiger so.</p>	<p>Punkte</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>Im Supermarkt merken Sie, dass der Einkaufszettel noch zu Hause liegt. Was nun?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich suche die Sachen aus dem Gedächtnis zusammen, das klappt meist auch ganz gut.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich kaufe ein, habe aber die Hälfte vergessen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich gehe ein anderes Mal einkaufen.</p>	<p>Punkte</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Sie wollen jemandem etwas erzählen, da passiert es: Das richtige Wort liegt Ihnen zwar auf der Zunge, Sie kommen aber nicht darauf.</p> <p><input type="checkbox"/> Das passiert mir so gut wie nie.</p> <p><input type="checkbox"/> Hin und wieder kommt das schon mal vor, vor allem wenn ich viel Stress habe.</p> <p><input type="checkbox"/> Das passiert mir mehrmals in der Woche.</p>	<p>Punkte</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>Jemand stellt sich Ihnen neu mit Namen vor. Was passiert?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich vergesse Namen leider meist sofort.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich versuche, ihn mir zu merken. Das klappt nicht immer, aber besser, wenn ich den Namen direkt laut wiederhole.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wiederhole den Namen direkt laut, so kann ich ihn mir besser merken.</p>	<p>Punkte</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Können Sie sich Geburtstage von Freunden und Verwandten merken?</p> <p><input type="checkbox"/> Die habe ich alle im Kopf.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich schreibe sie vorsichtshalber in meinen Kalender.</p> <p><input type="checkbox"/> Geburtstage vergesse ich oft.</p>	<p>Punkte</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>Quelle: Gesundheitsportal Onmeda.de Hinweis: Der Test dient ausschließlich zur Unterhaltung und Information</p>	

0 bis 5 Punkte

Üben ist angesagt! Ist heute vielleicht nicht Ihr Tag? Das geht doch bestimmt noch besser! Sie schöpfen Ihr geistiges Potenzial möglicherweise nicht vollkommen aus.

6 bis 9 Punkte

Ausbaufähig! Sie können sich bestimmte Sachen nur mit Mühe merken und machen es sich möglicherweise in manchen Alltagssituationen zu leicht – fordern Sie Ihre grauen Zellen etwas mehr!

9 bis 13 Punkte

Weiter so! Sie haben ein recht gutes Ergebnis erzielt. Ihre Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit ist vielversprechend! Sie tun bereits im Alltag viel, um geistig fit zu bleiben – es könnte aber noch ein bisschen mehr sein!

14 bis 18 Punkte

Glückwunsch! Sie haben ein hervorragendes Ergebnis erzielt. Ihre Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit ist sehr gut! Sie tun bereits im Alltag viel, um geistig fit zu bleiben. Stellen Sie Ihre grauen Zellen auch in Zukunft regelmäßig vor neue Herausforderungen!

Weitere Infos und viele Tipps erhalten Sie auf der nachfolgenden Doppelseite.

Gehirnjogging

Geistige Fitness trainieren

Im Zeitalter von Handys und Laptops wird die menschliche Festplatte, das Gehirn, in vielen Bereichen entlastet. Das ist praktisch, bewirkt aber auch, dass die grauen Zellen träge werden und die Leistungsfähigkeit sinkt. Gehirnjogging oder Gedächtnistraining können dem entgegenwirken. Mit gezielten Übungen trainieren Sie Ihr Gehirn, steigern seine Leistungsfähigkeit und regen das Denkvermögen an.

Der Mensch hat dank der Masse an Gehirnzellen ein immenses geistiges Potenzial. Von diesen Gehirnzellen nutzt er jedoch nur einen geringen Teil. Wenn Nervenzellen nicht regelmäßig beansprucht werden und nicht ständig auf neue Reize reagieren müssen, bilden sie sich zurück und sind nicht mehr voll leistungsfähig.

Wichtig ist deshalb, nicht einseitig zu werden und für Abwechslung zu sorgen. Denn im Alltagstrott schleicht sich gerne eine Routine ein, an die sich das Gehirn „gewöhnt“. Diese einseitigen Anforderungen können dazu führen, dass andere Hirnfunktionen sozusagen verkümmern und als Folge die Gedächtnis-

leistung nachlässt. Dazu kommt, dass im Rahmen des natürlichen Alterungsprozesses die Zahl der Gehirnzellen allmählich abnimmt.

Suchen Sie immer wieder neue Anregungen und fordern Sie Ihr Gehirn

Ob Wörter, Zahlen, Bilder oder Fakten: Um das Ge-

hirn zu trainieren, gibt es verschiedenartige und komplexe Übungen, mit denen das Erinnerungsvermögen und die Konzentrationsfähigkeit gezielt

Eine ausgewogene Ernährung liefert Ihrem Hirn die Nährstoffe, die es braucht - noch besser geht es mit Brainfood!



trainiert und gesteigert werden können. Wer keine Lust hat, aufwendiges Gehirnjogging zu betreiben, kann auch auf einfache Übungen im Alltag zurückgreifen, die das Gehirn in Schwung halten. Kleine Spiele wie Sudoku oder Bilderpaarsuche, aber auch Lesen oder

Achten Sie auf regelmäßige Bewegung, denn ein fitter Körper ist auch gut für die mentale Fitness!

Sudoku schnell erklärt

Sudoku ist ein Logikrätsel mit einer Grundfläche von 9x9 Feldern. Ziel des Spiels ist es, alle leeren Zellen mit den Ziffern 1 bis 9 so auszufüllen, dass jede Ziffer in einer Spalte (senkrecht), in einer Zeile (waagrecht) und in einem Block (3 mal 3 Zellen) nur einmal vorkommt. Je mehr Ziffern vorgegeben sind, desto einfacher fällt die Lösung. Viel Spaß beim Rätseln!

4				9		8		6
					8			
3			7					9
9		4						
				3			1	
5		1			2			3
	1		8					
					7		5	1
2		5		1		3		7

		4	6		8	2		
	9				3	5	4	
5				9				1
		3		8				5
2		1				4		3
9				1		6		
7				4				2
	5	6	2				8	
		8			6			

Kreuzworträtsel lösen machen nicht nur Spaß, sondern trainieren auch das Gedächtnis. Auch Aktivitäten wie Vorträge, Theatervorstellungen, eine angeregte Diskussion und Musizieren fordern den Geist. Noch besser ist es, wenn man eine neue Fremdsprache lernt und diese auch aktiv anwendet. Viele Unterrichtsstätten bieten abwechslungsreiche Kurse, mit denen man Neues entdecken kann.

Darüber hinaus können Bewegung und die richtige Ernährung einen positiven Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Gehirns haben. Wofür auch immer Sie sich entscheiden, um geistig fit zu bleiben: Wichtig ist nicht immer das Gleiche zu tun. Kombinieren Sie stattdessen mehrere Methoden und sorgen Sie für Abwechslung. So bieten Sie dem Gehirn viele neue Anregungen – und verhindern,

dass eine Gewöhnung einsetzt. Verlassen Sie sich zudem nicht allein aufs Gehirnjogging, sondern bleiben Sie auch körperlich aktiv. ■

Keine Notizzettel mehr: Versuchen Sie zum Beispiel beim Einkaufen, auf den Einkaufszettel zu verzichten und sich die Listenpunkte zu merken!

Lernen Sie Telefonnummern auch einmal auswendig!

Demenzerkrankung

Das große Vergessen

Auch wenn Sie Ihr Gedächtnis trainieren, einer Demenz können Sie nicht gezielt vorbeugen. Die Demenz gehört zu den folgenschwersten Alterskrankheiten: Über 1 Millionen Menschen in Deutschland haben diese Hirnleistungsstörung, bei der das Gedächtnis und die Denkfähigkeit abnehmen, und sind – je nach Erkrankungsstadium – im Alltag deutlich beeinträchtigt bis stark pflegebedürftig.

Demenzerkrankungen sind sehr vielfältig

Wie sich die Erkrankung auswirkt, hängt teils von ihrer Ursache und von ihrem Stadium ab, ist aber auch in jedem Einzelfall unterschiedlich.

Das für jede Demenz wichtigste Anzeichen ist das nachlassende Erinnerungsvermögen. Während das Kurzzeitgedächtnis früh beeinträchtigt ist, verblasst die Erinnerung an Vertrautes und früher Erlerntes jedoch erst in späten Demenz-Stadien. Daneben können weitere ähnliche Demenz-Symptome hinzukommen – unter anderem: Störungen der Orientierung, der Sprache (z. B. Wortfindungsstörungen) oder der Auffassung.

Wer dement ist, zeigt auch Beeinträchtigungen, die nicht die Denkfähigkeit betreffen: So treten bei einer Demenz verschiedene Verhaltens- und psychische Symptome auf, deren Häufigkeit, Dauer und Ausprägung von Fall zu Fall sehr unterschiedlich ist.

Infolge der Demenzerkrankung ist die Gefühlskontrolle zunehmend gestört, wodurch sich die Persönlichkeit (bzw. das Wesen) der Betroffenen verändert: Demente Menschen können beispielsweise vermehrt Unruhe mit erhöhter Anspannung, Enthemmung, Euphorie oder Aggressionen oder Weinanfälle entwickeln. Oft sind bei einer Demenz auch eine gesteiger-

te Bewegung und häufige Wiederholungen gleicher Bewegungsabläufe zu beobachten. Häufigstes Verhaltenssymptom ist jedoch die Teilnahmslosigkeit (Apathie). Verbreitet treten bei einer Demenz phasenweise depressive Symptome auf.

Die Symptome, Ursachen und Formen von Demenz sind sehr vielfältig. Aber die Krankheit verläuft in der Regel stetig fortschreitend. Und nicht nur die Betroffenen selbst sind durch ihre Demenzerkrankung erheblich in ihren alltäglichen Aktivitäten beeinträchtigt. Auch für Angehörige beziehungsweise betreute Personen sind die mit der Demenz einhergehenden Symptome teilweise extrem belastend.

Frühzeitige Therapien können nicht heilen, aber helfen

In sehr seltenen Fällen können andere Erkrankungen, die sich nur zweitrangig auf das Gehirn (bzw. auf Nervenzellen) auswirken, einen Menschen dement machen – solche Demenzen können sich meist wieder zurückbilden.

Eine fortschreitende Demenz ist hingegen nicht heilbar. Im Frühstadium kann eine geeignete Therapie der Demenz deren Verlauf aber positiv beeinflussen. Schon beim ersten Verdacht auf eine Demenz ist es ratsam, sich so schnell wie möglich an den behandelnden Hausarzt und/oder einen Facharzt (Psychiater, Neurologe) zu wenden. Bundesweit sind neben Selbsthilfegruppen auch spezialisierte Gedächtniskliniken zu finden, die eine umfassende Beratung zu Demenzen anbieten.

Zur Demenz-Therapie stehen Medikamente und nicht-medikamentöse Maßnahmen (wie das Trainieren alltäglicher Fertigkeiten, Gedächtnistraining, Psychothe-



rapie, Verhaltens- und Soziotherapie) zur Verfügung. Die Ziele der Demenz-Therapie lauten: Symptome der Hirnleistungsstörung verringern, ihr Fortschreiten verzögern und die Lebenssituation der Betroffenen verbessern.

Bei einer fortschreitenden Demenz bewirkt eine rechtzeitige Therapie, dass die Betroffenen ihre Mündigkeit länger aufrechterhalten und eigenständige Entscheidungen treffen können, ehe die Gedächtnisleistungen so nachlassen, dass sie entscheidungsunfähig sind. Eine rechtzeitige und umfassende Demenzbehandlung und eine gute Hilfestellung helfen also nicht nur den Betroffenen selbst, sondern entlasten auch diejenigen, die für ihre Pflege und Betreuung zuständig sind.

Man kann nicht vorbeugen, aber finanziell vorsorgen

Gegen Demenz können Sie nicht gezielt vorbeugen, da die genauen Ursachen dieser Hirnleistungsstörung nicht vollständig geklärt sind. Eine an Demenz erkrankte Person benötigt meistens rund um die Uhr Betreuung und wird zum Pflegefall. Durch die zweite Stufe der Pflegeform verbessert der Staat ab 2017 die Leistungen für Demenzkranke. Trotzdem sind diese Leistungen begrenzt und es bleiben Absicherungslücken. Aus diesem Grund ist eine finanzielle Vorsorge durch eine private Pflegezusatzversicherung empfehlenswert. Mehr zum Thema „Pflege“ finden Sie in dieser Ausgabe auch auf den Seiten 4 bis 11. ■

Ernährung im Winter

Wie Sie Ihr Immunsystem stärken können

Feuchtes Wetter und niedrige Temperaturen stellen erhöhte Anforderungen an die körpereigene Abwehr. Kein Wunder, dass zu diesen Jahreszeiten besonders viele Menschen eine Erkältung bekommen. Mit einer gesunden Ernährung können Sie Ihr Immunsystem maßgeblich stärken.

Besonders wichtig für die Immunabwehr sind zum Beispiel diese Nährstoffe:

- **EISEN** Eisen, vor allem in Fleisch enthalten, unterstützt die sog. Fresszellen des Immunsystems dabei, Fremdstoffe und Krankheitserreger zu bekämpfen. Bei Eisenmangel können Symptome wie Müdigkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und Blutarmut (Anämie) die Folge sein.
- **ZINK** Zink trägt zur Aktivierung der Fresszellen bei und unterstützt darüber hinaus die Produktion von Antikörpern. Ist zu wenig Zink im Körper vorhanden, heilen Wunden langsamer. Zink steckt zum Beispiel in Sonnenblumenkernen und Cashewkernen.
- **SELEN** Das Spurenelement ist häufig in Fisch enthalten und unterstützt bestimmte Enzyme, die für den Abbau von sog. freien Radikalen notwendig sind. Freie Radikale sind aggressive Sauerstoffverbindungen, welche das Erbgut schädigen können.
- **JOD** Jod ist Bestandteil der Schilddrüsenhormone und spielt für viele Stoffwechselprozesse eine wichtige Rolle.

Vitamine und sekundäre Pflanzenstoffe

Vitamin C, Vitamin E, Vitamin A und sekundäre Pflanzenstoffe helfen dabei, freie Radikale abzuwehren. Da-



rüber hinaus tragen vor allem die Vitamine C und E zur Aktivierung des Immunsystems bei und können in ausreichender Menge die Infektanfälligkeit des Körpers senken. Da sich die Vitamine untereinander in ihrer Funktion ergänzen, sollte man auf eine ausgewogene Aufnahme achten und eine einseitige Ernährung vermeiden.

Ballaststoffe für die Darmflora

Vor allem Ballaststoffe, die in Nahrungsmitteln wie Getreide, Hülsenfrüchten, Obst und Gemüse enthalten sind, unterstützen eine gesunde Darmflora. Joghurt, verschiedene Milchprodukte wie Buttermilch und Dickmilch, Sauerkraut und milchsauer eingelegte Gemüsesorten, aber auch Probiotika können das gesunde Wachstum der Milchsäurebakterien fördern. ■



3 Fragen an Frau Laura Roth,

Mitarbeiterin der gesundwerker, Tochterunternehmen der SDK für betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

1. Wie kann das Immunsystem aus Ihrer Sicht mit der richtigen Ernährung gestärkt werden?

Um die körpereigene Abwehr zu stärken, sollte man am besten 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag essen. Das fällt aber vielen Menschen besonders im Winter schwer, da die Auswahl an saisonalem Gemüse und Obst kleiner ist als im Sommer.



2. Welches Obst und Gemüse hat in der kalten Jahreszeit Saison?

Saisonales Obst im Winter sind Äpfel und Birnen. Im Gemüseregal kann man zu Zwiebeln, Wirsing, Sellerie, Rosenkohl, Lauch, Kürbis, Kartoffeln, Chinakohl, Chicoree, Schwarzwurzel, Rotkohl, Rote Beete, Weiß- und Spitzkohl, Möhren, Champignons und Porree greifen. Aus den meisten Sorten lassen sich tolle Suppen und Eintöpfe herstellen. Die machen auch schön warm.

2. Und wenn man keine Lust auf das saisonale Obst und Gemüse hat?

Ein guter Ersatz für frisches Obst und Gemüse ist im Winter Tiefkühlware. Sie wird nach der Ernte direkt blanchiert und tiefgefroren, sodass Vitamine und Mineralstoffe erhalten bleiben. Ist Gemüse oder Obst zu lange einer hohen Temperatur ausgesetzt, gehen wichtige Vitamine und Mineralstoffe verloren. Mein Tipp: Tiefkühlgemüse vor der Zubereitung nicht auftauen. Beim Kochen von Gemüse sollte generell darauf geachtet werden, möglichst wenig Wasser zu verwenden und die Erhitzungszeit kurz zu halten.

Ein Rezept für ein gesundes Wintergericht finden Sie rechts. Weitere Informationen zum BGM finden Sie unter gesundwerker.de.

Cremiges Apfel-Lauch-Curry-Süppchen

Zutaten für 4 Personen

- 1 mittelgroße Zwiebel
- 1 Stange Lauch
- 4 mittelgroße Äpfel, 1 TL Zitronensaft
- 2 EL Rapsöl mit Buttergeschmack
- 2 EL Curry
- 2-3 TL Gemüsebrühe
- Salz und Pfeffer
- 100 g saure Sahne (oder Ricotta – auch lecker!)

Zwiebel schälen und fein würfeln, Lauch putzen, waschen und in dünne Ringe schneiden.

Äpfel waschen, vierteln, entkernen, alle Viertel würfeln und die Hälfte mit Zitronensaft beträufeln und beiseite stellen.

1 EL Öl im Topf erhitzen und Zwiebeln, Lauch (nur den weißen Teil) sowie Äpfel darin andünsten.

Curry darüber streuen und mit ca. $\frac{3}{4}$ l Wasser ablöschen, Brühe einrühren. Zugedeckt bei mittlerer Hitze ca. 15 Minuten köcheln lassen.

Die grünen Lauch-Ringe fein schneiden.

1 EL Öl in einer Pfanne erhitzen und den grünen Lauch sowie die restlichen Apfelwürfel kurz andünsten.

Suppe mit dem Stabmixer pürieren.

Ca. 4 TL saure Sahne fürs Servieren übrig lassen und den Rest in die Suppe einrühren.

Suppe mit Pfeffer und Salz würzen.

Zum Schluss Suppe mit Sahne und Lauchgrün, Apfelstückchen sowie evtl. etwas Curry anrichten und servieren.

Pro Portion ca: 3 g Protein, 20 g KH, 6 g Ballaststoffe, 10 g Fett, 200 kcal

Rezept: Katja Lippold, Dipl.-Trophologin



Weiteres Vorstandsmitglied der SDK

Mathematiker mit Innovationskraft

Seit 1. Oktober komplettiert Benno Schmeing das Vorstandstrio Ihrer SDK. Der 56-Jährige war zuvor als Bereichsleiter in der Produktentwicklung für die DKV Deutsche Krankenversicherung tätig. Nun freut er sich auf neue Aufgaben, ein neues Arbeitsumfeld und vor allem auf eines: gemeinsam mit den neuen Kollegen die SDK weiter voranzubringen.

Mathematik? Langweilig. Versicherungen? Noch langweiliger. Beides zusammen? Sterbenslangweilig. Diesem heutzutage sicherlich weit verbreiteten Vorurteil setzt die SDK nun einen Namen entgegen: Benno Schmeing. Der studierte Mathematiker ist seit 1. Oktober 2016 als dritter Vorstand bei Ihrer SDK für das Kapitalanlagenmanagement, das Produktmanagement sowie den Leistungs- und Vertragsservice zuständig. Dass Mathematiker in der Versicherungsbranche keine langweiligen Menschen sind, wird jedem, der ihn kennenlernt, schnell klar. Auf die Frage, worauf er sich bei dieser neuen Aufgabe besonders freut, sprudelt es geradezu aus ihm heraus. Eines wird besonders deutlich: Benno Schmeing will gestalten. Er ist ein neugieriger Mensch, der gerne entdeckt und ausprobiert. Deshalb freut er sich sehr auf die neuen Aufgaben und das Kennenlernen der Kolleginnen und Kollegen bei der SDK. Neben seiner Neugier spielten noch weitere Beweggründe eine Rolle: Die guten Voraussetzungen der SDK, die Herausforderungen in der Versicherungsbranche erfolgreich zu meistern. Die Konzentration auf die Absicherung von Personenrisiken und die Unternehmensgröße sind Schmeings Meinung nach die beiden ausschlaggebenden Faktoren hierfür. „Die SDK ist schon lange erfolgreich am Markt, hat stabile Bestände und somit ein optimales Fundament, um zukunftsfähige Produkte zu schaffen. Für mich also genau die richtige Adresse, um kreativ zu sein und etwas bewegen zu können“, so Schmeing.

„Außerdem ist sie im Vergleich zu großen Versicherungskonzernen flexibel und kann schnell auf neue Entwicklungen reagieren und hat dabei dennoch die nötigen Ressourcen und Infrastruktur, um sich gegenüber Wettbewerbern zu behaupten.“



Benno Schmeing (56) ist seit 1. Oktober 2016 Vorstandsmitglied der SDK

Auch in seiner Freizeit probiert Benno Schmeing gerne Neues aus: Ein Schnupperkurs im Standup Paddeling ist das neueste „Privatprojekt“. Und wenn er nicht gerade sportlich aktiv ist, verbringt er gerne Zeit mit seinem Sohn Maximilian und seiner Frau Bärbel beim Kochen und einem guten Tropfen Wein. Auch in dieser Hinsicht ist er in Fellbach an der richtigen Adresse. ■

Wichtiger Faktor zur Gesundheitsförderung

Deutschland verfügt über ein leistungsstarkes Gesundheitssystem. Doch wenn es darum geht, die Informationsflut rund um das Thema Gesundheit richtig einzuschätzen, tut sich ein Großteil der Bevölkerung schwer. Dies hat eine Studie der Universität Bielefeld gezeigt. Ihr zufolge weisen mehr als die Hälfte der Deutschen eine eingeschränkte oder sogar unzureichende Gesundheitskompetenz auf.

Gesundheitskompetenz rückt immer weiter in den Fokus. Schon lange sind Patienteninformation und Eigenverantwortung Themen auf der öffentlichen Agenda. Allerdings wurden diese Diskussionen bislang kaum in Verbindung mit dem Begriff „Gesundheitskompetenz“ geführt. Bei allen Fragen, die der Begriff beim ersten Hören aufwerfen mag, versteckt sich dahinter doch eine nachvollziehbare Definition: Gesundheitskompetenz sind die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die Menschen motivieren und befähigen, Informationen zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit zu nutzen, zu verstehen und zu erhalten.

Doch was tun, wenn die besagten Informationen ein solches Ausmaß erreichen, dass sie nicht mehr verstanden, geschweige denn genutzt werden können? Dieses

Problem stellt sich einem Großteil der Bevölkerung, wie durch die Studie der Bielefelder Wissenschaftler deutlich wurde. Eine Befragung des SDK-Instituts für Gesundheitsökonomie unter Privatversicherten hat ebenfalls ergeben, dass die Gesundheitskompetenz vieler Menschen unzureichend ist.

Durch einen „Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ will das Bundesgesundheitsministerium die Gesundheitskompetenz voranbringen. Denn es gilt, die Bürger dabei zu unterstützen, unser Gesundheitssystem effektiv zu nutzen, indem ihre Gesundheitskompetenz gefördert wird. Dies hat Ihre SDK bereits vor einiger Zeit als ein wichtiges Ziel formuliert und erstattet daher eine Vielzahl zertifizierter Kurse, die von der Bewegung über Entspannung bis hin zu Ernährung reichen. Denn dies sind die besten Stellschrauben, um positiv auf die Gesundheitskompetenz und den persönlichen Gesundheitszustand einzuwirken. Darüber hinaus leisten die SDK-Zweitmeinungsangebote Hilfestellung im oftmals scheinbar undurchdringlichen Diagnosedschungel. Als Gesundheitspezialist will Ihre SDK Ratgeber und Dienstleister in nahezu allen Gesundheitsfragen sein und damit nicht nur Ihre Gesundheitskompetenz steigern, sondern auch langfristig Ihre Lebensqualität sichern. ■

Trotz unseres leistungsstarken Gesundheitssystems ist die Gesundheitskompetenz vieler Bürger unzureichend



SDK-Stiftung

Brücken bauen

Seit 90 Jahren lebt die SDK für die Gesundheit ihrer Mitglieder. Seit nahezu 10 Jahren ist die SDK-Stiftung im deutschen Gesundheitswesen aktiv. Die medizinische Versorgung stößt weltweit, aber auch in einem hoch entwickelten Land wie Deutschland, regelmäßig an ihre Grenzen. Die SDK-Stiftung hilft dabei, Brücken zu bauen – als Förderer von Wissenschaft und sozialem Engagement.

11.000 Euro für Ärzte der Welt

Im Mai übergaben Klaus Henkel, Vorsitzender des Kuratoriums der SDK-Stiftung, und Dr. Ralf Kantak, Vorstandsvorsitzender der Süddeutschen Krankenversicherung, 11.000 Euro an Thomas Bader und Bernward Scholtyseck von Ärzte der Welt. Den Spendenbetrag ermöglichten zahlreiche Nutzer der 1-Euro-Spende von REISEplus, der Auslandsreisekrankenversicherung der SDK. Wie immer rundete die SDK den Betrag auf. Beides zusammen ermöglicht einen Teil der nationalen und internationalen Arbeit von Ärzte der Welt. „Auch direkt vor unserer Haustür gibt es Menschen, die nicht ausreichend medizinisch versorgt sind“, betonte Vorstandsmitglied Bader anlässlich der Spendenübergabe. „Hier sollen Angebote wie MedMobil in Stuttgart oder open.med in München helfen.“ International betreut Ärzte der Welt Menschen in Flüchtlingslagern mit

Sie möchten Ärzte der Welt unterstützen?
Überweisen Sie einfach einen Euro oder mehr bei Ihrer Auslandsreiseversicherung REISEplus. Oder spenden Sie auf das SDK-Stiftungskonto unter dem Stichwort „Ärzte der Welt“
Spendenkonto:
IBAN: DE78 5006 0400 0001 0269 30
BIC: GENODEFFXXX



Spendenübergabe der SDK-Stiftung und der SDK an Ärzte der Welt.

Von links nach rechts: Bernward Scholtyseck, Klaus Henkel, Thomas Bader, Dr. Ralf Kantak

mobilen Kliniken, beispielsweise in Ungarn. Im Norden Syriens versucht Ärzte der Welt, trotz der zerstörten Infrastruktur, die medizinische Primärversorgung zu gewährleisten.

Nachsorge verbessern

Die Tour Ginkgo der Christiane Eichenhofer-Stiftung hilft mit jährlich wechselnden Projekten seit vielen Jahren dabei, die Betreuung von Familien mit schwerkranken Kindern zu verbessern. Mit der SDK-Stiftung als Pate konnten für die Familienrehabilitationsklinik „Katharinenhöhe“ im Schwarzwald 2016 über 200.000 Euro gesammelt werden. Das Geld wird für den Bau zusätzlicher, zeitgemäßer Familienwohnungen verwendet.

Im nächsten Jahr ist die Tour Ginkgo für das Olgahospital Stuttgart unterwegs. In einer eindrucklichen zweiteiligen Serie („Großes Herz für kleine Kinder“, www.swrmediathek.de) zeigt der Südwestrundfunk die Arbeit von „Olgäle sorgt nach“. Um die betroffenen

Familien nicht nur in der Klinik, sondern auch weiterhin zu Hause betreuen zu können, ist der Nachsorgeverein auf Spenden angewiesen.

Mit der dreitägigen wohltätigen Radveranstaltung und begleitenden Aktionen möchte die Tour Ginkgo dem Verein ein verlässliches finanzielles Fundament für die nächsten Jahre ermöglichen. Schon bei der Gründung von „Olgäle sorgt nach“ konnte die Tour Ginkgo 2012 mit einem Rekord-Spendenergebnis von 450.000 Euro die Startfinanzierung sichern. Auch dafür zeichnete Ministerpräsident Winfried Kretschmann die Initiatorin der Tour Ginkgo, Christiane Eichenhofer, im April 2016 mit dem Verdienstkreuz des Landes Baden-Württemberg aus.



TOUR GINKGO

ROLLT FÜR KRANKE KINDER

Eine Initiative der
Christiane Eichenhofer-Stiftung

Die Tour Ginkgo 2017 sucht Unterstützung im Großraum Stuttgart. Sie möchten sich sozial engagieren? Wir informieren Sie gerne über die Tour Ginkgo. Kontakt: 0711 7372-4916 oder stiftung@sdk.de



Winfried Kretschmann verleiht Christiane Eichenhofer den Verdienstorden des Landes Baden-Württemberg

Gesundheitsökonomie fördern

Die SDK-Stiftung leistet nicht nur praktische Hilfe bei der Überbrückung von Versorgungsgrenzen, son-

dern fördert mit dem Stiftungslehrstuhl an der Steinbeis Hochschule Berlin die gesundheitsökonomische Ausbildung der Studierenden.

Das jährliche Symposium der SDK-Stiftung steht allen Interessierten offen. Der nächste Termin ist am 19. Januar 2017 in Stuttgart. Die Referenten befassen sich mit den

Auswirkungen der Digitalisierung auf das Gesundheitswesen. Die Begleitpublikation „Blickpunkte“ ist über stiftung.sdk.de bestellbar. Dort finden sich auch weitere Informationen zum SDK-Symposium. ■

Soziales Engagement

Spenden zum 90. Jubiläum

Nicht allein mit der SDK-Stiftung, sondern auch im Rahmen vielfältiger Einzelspenden unterstützt die SDK das Gemeinwohl. Anlässlich des 90. Jubiläums der SDK stellte das Unternehmen 15.000 Euro für das soziale Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereit. Jeder erhielt 90 Punkte und konnte mitentscheiden, welche Projekte unterstützt werden.

Aus der Landesdirektion Freiburg erhielt Roland Schäffer 1.570 Euro für den Verein "Wildwasser". Die Beratungsstelle bietet Mädchen und Frauen, die von sexuellem Missbrauch betroffen sind, schnelle Hilfe, Beratung und rechtliche Unterstützung. Seit 1986 im Unternehmen, feiert Roland Schäffer 2016 sein 30. Jahr bei der SDK. Er bringt als Seniorsachbearbeiter im Leistungswesen seine große Erfahrung für die Kunden ein.



Michael Kopp freut sich über 1.500 Euro für DEVELOPmed.aid

Über 1.550 Euro freute sich Michael Kopp. Er ist aktiv bei DEVELOPmed.aid, einem gemeinnützigen Verein für kranke Kinder in Burkina Faso. Auf eigene Kosten besuchten er und weitere Ehrenamtliche in diesem Jahr die Helfer vor Ort. Mit der Spende der SDK werden Verbandsmittel und Medikamente für die Kinder finanziert.

In Burkina Faso müssen Patienten in der Regel selbst für die medizinische Grundausstattung aufkommen. Michael Kopp ist seit über zehn Jahren für die Aus- und Weiterbildung der SDK-Außendienstpartner zuständig.

Im Kreativtreff Endersbach näht und strickt Melanie Merz zusammen mit Gleichgesinnten für sterbende Kinder. Sie ist seit 2008 im Leistungswesen bei der SDK in Fellbach tätig. Die an die evangelische Kirche angegliederte Gruppe fertigt in liebevoller Handarbeit

Die SDK-Vorstände Dr. Ralf Kantak (Vorsitzender/Mitte) und Timo Holland überreichten Melanie Merz bei der Jubiläumsfeier den Scheck für den Kreativtreff in Endersbach. Sie war überwältigt von der großen Resonanz für ihr Projekt.



für zwei Kinderhospize und eine Palliativeinrichtung das an, was sich die Eltern und Kinder wünschen: zum Beispiel Lagerungskissen, Lätzchen oder Socken.

Eine Zuwendung aus dem Jubiläumstopf erhielten noch 16 weitere Projekte der SDK-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Vom Fußball- über den Musikverein, von der Jugendfeuerwehr bis hin zum Schwimmclub. Über die Mitarbeiterspendenaktion hinaus fördert die SDK viele regionale und überregionale gemeinnützige Projekte und Aktionen, um ihrer sozialen Verantwortung gerecht zu werden. ■

90 Jahre Mitgliederorientierung

Die SDK feiert 2016 ihren 90. Geburtstag. Seit der ersten Stunde arbeitet sie nach folgendem Prinzip: Die Interessen der Versicherten stehen im Mittelpunkt. Um diesen Anspruch auch in Zukunft zu leben, arbeitet die SDK permanent an ihrer Mitgliederorientierung – ihrem zentralen Unternehmenswert. Drei Beispiele zeigen, was die SDK tut.

Mitgliederorientierung bedeutet ...

... stabile Beiträge

Die SDK fährt eine besondere Strategie. Sie achtet bei Tariffinnovationen auf das, was die Mitglieder brauchen. Und sie bringt deshalb seltener neue Tarife auf den Markt als andere. Nur so ergeben sich große, sogenannte „Versicherungskollektive“, in denen Junge und Alte, Gesunde und Kranke füreinander einstehen.

Die hierdurch entstehende gute Risikodurchmischung ist die Grundlage für eine stabile Beitragsentwicklung. In der Antragsprüfung von Neukunden schaut die SDK genau hin. Das ist gut für die bereits Versicherten. Mit einer langfristig ausgelegten Tarifstrategie und einer soliden Annahmepolitik vermeidet die SDK unnötige Beitragsanpassungen.

... unabhängig sein

Die SDK ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Wie bei einer eingetragenen Genossenschaft sind die Versicherten zugleich die Mitglieder des Unternehmens. Anders als bei einer Aktiengesellschaft sind keine Drittinteressen zu berücksichtigen. Damit das in Zukunft so bleibt, arbeitet die SDK an effizienten

Strukturen und achtet darauf, dass die Beiträge der Mitglieder wirtschaftlich eingesetzt werden. Das sichert die rechtliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit.

... Datenschutz gewährleisten

Die SDK achtet sehr genau auf einen zuverlässigen Schutz der Daten.

Das ist sehr wichtig, denn als Krankenversicherung ist die SDK Hüter von sensiblen Informationen zum persönlichen Gesundheitszustand. Deshalb ist die SDK auch dem „Code of Conduct“ beigetreten, einem Verhaltenskodex der Branche, der den Umgang mit personenbezogenen Daten in der Versicherungswirtschaft regelt. Ziel ist, den Datenschutz branchenweit einheitlich zu gestalten.

Im Kern geht es um drei Änderungen, welche die SDK jetzt umsetzt. Erstens führt die SDK eine strikte Trennung zwischen der Einsicht in die Daten der Kranken- und der Lebensversicherung ein. Zweitens testet die SDK IT-Entwicklungen nur mit pseudonymisierten Daten. Und drittens löscht die SDK Daten von Interessenten, mit denen es nicht zum Vertragsabschluss kommt, automatisch. Die Daten ehemaliger Kunden werden gesperrt und dürfen nicht mehr angezeigt werden.

Stabile Beiträge, unabhängig sein, Daten schützen. Das sind drei Beispiele dafür, wie die SDK die Mitgliederorientierung lebt. Darüber hinaus tut die SDK noch viel mehr. Was, das erfahren Sie unter www.sdk.de/service. ■





Weitersagen lohnt sich: Wählen Sie einen Einkaufsgutschein von BestChoice oder Sennheiser CX 685 In-Ear-Kopfhörer.

Anstoß für ein gesünderes Leben

Viele Menschen benötigen nicht mehr als einen kleinen Anstoß, um über ihre Gesundheit nachzudenken. Wir hoffen, Sie sind zufrieden mit den Leistungen und dem Service der Süddeutschen Krankenversicherung und möchten diesen Anstoß einem für Sie wichtigen Menschen geben.

Wir belohnen jede Empfehlung, die zu einem erfolgreichen Vertragsabschluss führt (ausgenommen REISEplus). Und so geht's:

1. Berichten Sie Ihrer Familie und Freunden von Ihren Erfahrungen mit der SDK

2. Teilen Sie uns über unser Onlineformular mit, wem Sie die SDK weiterempfehlen möchten: sdk.de/weiterempfehlen

3. Wählen Sie eine der Prämien aus: BestChoice-Gutschein oder Kopfhörer