

M E I N E
DAS MAGAZIN FÜR MITGLIEDER

SDK

UNSER HERZ SCHLÄGT FÜR IHRE GESUNDHEIT

Als Gesundheitsspezialist
Lebensqualität sichern

MIT DEN AKTUELLEN
MITTEILUNGEN
SEPTEMBER 2015

Beratungsqualität

Kompetenz und Technik
optimal kombiniert

Kundenservice

Neue Strukturen sorgen für noch
mehr Kundenfreundlichkeit

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

als ich Ihnen vor gut einem Jahr an dieser Stelle über die SDK berichtet habe, waren die Rahmenbedingungen ähnlich wie heute. Das Thema Griechenland-Rettung hat nur eine weitere Etappe absolviert, aber bis zu einer Lösung, die das Land wirtschaftlich und finanziell wieder nach vorne bringt, wird noch viel Zeit vergehen. Die Renditen auf den Kapitalmärkten sind wegen der Niedrigzinspolitik unverändert nahe an ihren Tiefständen. Das ist schön für Immobilienfinanzierer, aber ein Problem für alle, die Geld anlegen wollen oder es in größerem Stil müssen. Die SDK hat im Rahmen ihrer Kapitalanlagestrategie darauf reagiert und befindet sich auf erfolgreichem Kurs.

Erfolgreich war die SDK auch im Geschäftsjahr 2014. Unsere Kostensenkungsmaßnahmen haben bereits im ersten Jahr Früchte getragen, sodass die SDK die Prognosen für 2014 übertreffen und mit 105 Mio. Euro den dritthöchsten Überschuss der Unternehmensgeschichte verzeichnen konnte. Dies verschafft uns zusätzlichen Spielraum für Investitionen in unsere IT-Infrastruktur und neue Dienstleistungsangebote. Und mit der Steigerung der Vorsorgequote auf 48,2 Prozent bieten wir unseren Mitgliedern neben den tariflich garantierten Leistungen eine deutlich über dem Marktdurchschnitt liegende Zukunftsvorsorge: Fast jeden zweiten Euro aus den eingenommenen Beiträgen legen wir für später zurück, um langfristig bezahlbaren Versicherungsschutz auch im Alter bieten zu können.

Unsere im vergangenen Jahr begonnene strategische Neuausrichtung haben wir weiter vorangetrieben – ein Projekt, das bei uns Priorität genießt. Im Blickpunkt stehen dabei unsere Kunden, die gesund bleiben und wieder gesund werden sollen. Damit sichert die SDK mehr Lebensqualität. Denn die Erstattung von Arztrechnungen ist längst nicht mehr alles. Und deshalb investieren wir stärker in passgenaue Produktlösungen und Dienstleistungen.



Wir wollen uns in den kommenden Jahren als Gesundheitsspezialist und als wichtiger Akteur im dynamischen Wachstumsmarkt Gesundheit positionieren. Basis hierfür sind unternehmerische Unabhängigkeit und die partnerschaftliche Einbindung in die genossenschaftliche FinanzGruppe.

Um unsere Servicequalität weiter zu erhöhen, haben wir interne Abläufe und Strukturen optimiert. Mit neuen Kontaktdaten, die ab 1. Oktober 2015 gelten, werden Sie künftig schneller und effizienter den richtigen Ansprechpartner finden. Das beiliegende Informationsblatt gibt Ihnen eine Übersicht über die Veränderungen.

Sie sollen sich bei Ihrer SDK gut aufgehoben fühlen. Mit der Adaption des verbandseinheitlichen Verhaltenskodex und der Einführung unserer neuen Beratungssoftware unterstreichen wir, dass Sie bei uns kompetente Beratung bekommen, die sich auf Ihren Bedarf konzentriert. Nehmen Sie uns beim Wort und lassen Sie sich beraten.

Ihr

Dr. Ralf Kantak



04

TITELTHEMA

- 04 Als Gesundheitsspezialist Lebensqualität sichern
Strategiekonzept erfolgreich gestartet



10

SERVICE

- 09 SDK-Pflegeergänzungstarife bleiben wertvoll
Pflegestärkungsgesetz II
- 10 Neue Betreuungsangebote der SDK
Auf dem besten Weg zum Gesundheitsspezialisten
- 13 Flexibel, kompetent und noch effizienter
Neue Strukturen im Kundenservice
- 16 Wenn Kompetenz und Technik sich ergänzen
Mehr Beratungsqualität durch VERplay



13

GESUNDHEIT

- 18 Eine Herzensangelegenheit
Was Sie über Ihren Kreislauf wissen sollten
- 22 Eine Investition in die Zukunft
Gesundheitsmanagement am Arbeitsplatz



18

UNTERNEHMEN

- 26 Fair und stark im Service
Aktuelle Ratings
- 28 Mitglieder im Mittelpunkt
Verhaltenskodex des GDV
- 30 Kleine Spende, große Wirkung
Die Ärzte der Welt in Krisenregionen
- 33 Eintauchen in ein gesünderes Leben
Mitglieder werben Mitglieder
- 34 Das Beste aus gesetzlich und privat
Maßgeschneiderte Versorgungsangebote mit mhplus
- 36 Rechtliche Informationen



26



30



33

PDF statt Papier?

Sie möchten zukünftige Ausgaben unserer Mitgliederzeitschrift „Meine SDK“ auf digitalem Weg erhalten? Kein Problem! Nutzen Sie einfach folgende URL: www.sdk.de/service/sdk-news/meine-sdk-onlinebezug und geben Sie im Formular Ihre Daten ein.

Impressum

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

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

Herausgeber

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
0711 5778-0 (ab 01.10.: 0711 7372-7777)
sdk@sdk.de
www.sdk.de
Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vorsitzender),
Timo Holland
Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Roman Glaser

Redaktion

SDK, Fellbach,
Zentrale Vertriebsunterstützung
Wohlgemuth & Company, Stuttgart

Gestaltung, Satz

Wohlgemuth & Company, Stuttgart

Bildnachweise

Ärzte der Welt: S. 27, 29; Getty Images:
S. 16, 17; istockphoto: S. 9, 11, 12, 20,
22, 23, 27; SDK: S. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 15, 25,
26, 28, 30; Thinkstock: S. 52

Erfolgreiches Geschäftsjahr 2014 – Strategiekonzept erfolgreich gestartet

Als Gesundheitsspezialist Lebensqualität sichern

Bei der Hauptversammlung am 17. Juni 2015 stellten Dr. Ralf Kantak und sein Vorstandskollege Timo Holland den Mitgliedervertretern die Geschäftsberichte 2014 vor. Stolz berichtetensie vom drittstärksten Überschussergebnis der Unternehmensgeschichte. Gemeinsam erläuterten sie das Strategiekonzept der SDK für die Zukunft. Als Gesundheitsspezialist will sich die SDK von den Wettbewerbern abheben und langfristig selbstständig bleiben.

Dabei setzt der Vorstand auf die bisherigen Stärken: die Einbindung in die genossenschaftliche Finanz-Gruppe und die ausgeprägte Mitarbeiter- und Mitgliederorientierung des Unternehmens. Die Mitgliedervertreterinnen und -vertreter entlasteten Vorstand und Aufsichtsrat einstimmig. Am 1. Juli 2015 präsentierten Kantak und Holland die Zahlen den Journalisten beim alljährlichen Bilanz-Pressgespräch am Unternehmenssitz in Fellbach.

Gesundheit für Menschen als Antrieb

„In spätestens fünf Jahren wollen wir der führende Gesundheitsspezialist für Privat- und Firmenkunden in Deutschland sein“, so beschrieb Ralf Kantak die Vision für die SDK-Gruppe bei der Vorstellung des Geschäftsjahres 2014. Um dieses Ziel zu erreichen, habe sich das Unternehmen strategisch neu aufgestellt und werde seine Wettbewerbsfähigkeit in der nächsten Zeit deutlich ausbauen. Die Erstattung von Arztrechnungen sei längst nicht mehr alles. Es gehe vielmehr darum, die Kunden dabei zu unterstützen, gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden. Damit sichere der Krankenversicherer Lebensqualität. „Deshalb investieren wir stärker in passgenaue Produktlösungen und Dienstleistungen.“ Die SDK soll zum „Gesundheitskümmerer“ werden. „Kunden möchten auch dann noch Hilfe, wenn sie aus dem Krankenhaus kommen“, so Kantak.

Gesund bleiben

Versicherungslösungen, die durch die Finanzierung der bestmöglichen Versorgung im Krankheitsfall dabei helfen, wieder gesund zu werden, sind die klassische Kernkompetenz einer privaten Krankenversicherung. Nun weitet die SDK das Angebot aus. So können Versicherungslösungen auch dabei helfen, gesund zu bleiben und gar nicht erst krank zu werden. Wie beispielsweise der Vorsorgetarif, den die SDK 2014 auf den Markt gebracht hat. Von der gesetzlichen Krankenversicherung werden nur bestimmte Untersuchungen erstattet – und die sind noch nach Anzahl und Alter beschränkt. Der Vorsorgetarif kommt für zusätzliche Vorsorge-Angebote auf, wie zum Beispiel die Schlaganfall-Vorsorge oder die Vorsorge bei der Augenerkrankung „grüner Star“. Neben Vorsorgeuntersuchungen fördert der Tarif Präventionskurse mit





Gesund bleiben und gesund werden: SDK als Gesundheitsspezialist

Bewegungsangeboten oder Kurse zur Gewichtsreduktion. „Besonders für Firmen ist das ein interessantes Angebot, um Mitarbeiter an sich zu binden“, wie Timo Holland erläuterte.

Neben Versicherungslösungen setzt die SDK auch vermehrt auf Gesundheitsdienstleistungen. Gute Beispiele dafür sind die Einrichtung des Zweitmeinungsverfahrens bei Krebs oder im betrieblichen Gesundheitsmanagement die Gründung der „gesundwerker eG“.

Genossenschaftlich Denken

Der Vorstandschef verdeutlichte bei der Hauptversammlung und beim Bilanz-Pressesgespräch, dass die SDK mit rund 650.000 Versicherten eine gute Ertragsituation habe und die Kapitalmarktpolitik den Anforderungen des instabilen Marktes angepasst worden sei. Aber auch auf die vertriebliche Ausrichtung, einen exzellenten Kundenservice sowie eine schlagkräftige IT ist das Augenmerk gerichtet, um die starke Position der SDK

im Vergleich zu den Wettbewerbern ausbauen zu können. Insgesamt sei das Strategie-Projekt auf einem guten Weg und sichere, so Kantak, langfristig Arbeitsplätze sowie die rechtliche und unternehmerische Unabhängigkeit bei partnerschaftlicher Einbindung in die genossenschaftliche FinanzGruppe. Diese jahrzehntelange Kooperation ist ein wertvolles Pfund, auf das die SDK setzen kann. „Wir als SDK schätzen Vertrauen und Glaubwürdigkeit der Volks- und Raiffeisenbanken“, so der Vorstandsvorsitzende. Die Zahl der Vermittler in der Ausschließlichkeitsorganisation möchte Vertriebsvorstand Holland bis 2020 stark ausbauen.

Erfolgreiches Jahr 2014

Das Geschäftsjahr 2014 war für die Süddeutsche Krankenversicherung (SDK) wieder sehr erfolgreich, unterstrich Dr. Ralf Kantak bei der Bilanz-Pressekonferenz.

Das Unternehmen konnte sich in wesentlichen Kennziffern besser als der Markt entwickeln. Der Bruttoüberschuss kletterte um 10,8 Prozent von 94,8 Mio. auf 105,0 Mio. Euro. Die Beitragseinnahmen erreichten 759,7 Mio. Euro und lagen mit 0,7 Prozent im Branchendurchschnitt.

Die Vorsorgequote erhöhte sich von 47,6 Prozent auf den guten Wert von 48,2 Prozent und liegt damit um mehrere Prozentpunkte über dem Branchendurchschnitt. Damit Sorge die SDK in besonderem Maße für die Zukunft ihrer Versicherten vor und lege fast die Hälfte der Beitragseinnahmen für ihre Kunden zurück. Der Gesamtbestand nahm um knapp 13.000 Personen auf über 647.000 zu. Erfreulich haben sich die Zusatzversicherungen entwickelt. Sie stiegen um 14.500 Versicherte auf rund 481.000. Die SDK gehört mit einem Marktanteil von rund zwei Prozent zu den 15 größten PKV-Unternehmen in Deutschland.



Firmen kommen nicht mehr am Thema Gesundheit vorbei

Zufrieden zeigte sich Kantak mit den Zuwachsraten im Bereich der betrieblichen Krankenversicherung (bKV). 2014 versicherte die SDK 6,4 Prozent mehr Beschäftigte über den Arbeitgeber als im Vorjahr und hat nunmehr einen bKV-Bestand von über 2.300 Gruppenverträgen mit 120.000 Personen. Damit bestätigte sich die Erkenntnis, dass Firmeninhaber am Thema Gesundheit nicht mehr vorbei kommen würden. Die Absicherung der Gesundheit über den Arbeitgeber, z.B. im Krankenhaus oder beim Zahnarzt, sei für viele Jobsuchende ein schlagkräftiges Argument,



Dr. Ralf Kantak, Vorstandsvorsitzender der SDK-Gruppe.

Auf der gut besuchten Bilanz-Pressokonferenz präsentierten die SDK-Vorstände Dr. Ralf Kantak und Timo Holland überzeugende Zahlen und standen den Journalisten anschließend gerne Rede und Antwort.

sich für eine Firma zu entscheiden. Die gesundwerker eG – erste Genossenschaft für betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland und seit zwei Jahren aktiv – konnte zahlreiche Firmen als Kunden für umfassende Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen aus einer Hand gewinnen sowie Gesundheitstage für deren Mitarbeiter organisieren.

Die Bruttoaufwendungen für Versicherungsfälle lagen mit 486,0 Mio. Euro um zwei Prozent über dem Wert des Vorjahres. Unter Berücksichtigung der Zuführung

zu den Alterungsrückstellungen verringerte sich die Schadenquote auf 79,9 Prozent (2013: 80,6 Prozent). Die Abschlusskosten gingen von 59,4 Mio. Euro im Vorjahr auf 56,2 Mio. Euro zurück. Der Abschlusskostensatz ermäßigte sich von 7,9 Prozent auf gute 7,4 Prozent. Die Verwaltungsaufwendungen betrugen 11,9 Mio. Euro (Vorjahr: 12,2 Mio. Euro).

Der Kapitalanlagenbestand nahm zum Jahresende 2014 von 4,6 Mrd. Euro um 7,3 Prozent auf fast 5 Mrd. Euro

zu. Das Nettoergebnis aus Kapitalanlagen betrug 189,3 Mio. Euro (Vorjahr: 177,7 Mio. Euro). Die Nettoverzinsung erreichte wie im Vorjahr 4,0 Prozent.

Süddeutsche Lebensversicherung

Die Beitragseinnahmen der Süddeutschen Lebensversicherung wurden von 55,2 Mio. Euro auf 70,4 Mio. Euro (plus 27,4 Prozent) gesteigert. Der laufende Jahresbeitrag des Neugeschäfts erreichte 3,8 Mio. Euro (Vorjahr: 3,7 Mio. Euro). Der Überschuss stieg von 7,5 Mio. Euro auf 9,7 Mio. Euro. Der Kapitalanlagenbestand nahm in 2014 von 603,0 Mio. Euro auf 658,9 Mio. Euro zu. Die Nettoverzinsung erhöhte sich von 4,4 Prozent auf 4,8 Prozent.

Süddeutsche Allgemeine Versicherung

Die Süddeutsche Allgemeine Versicherung bietet Unfallversicherungen als Ergänzung zum Krankenversicherungsangebot an. Bei den Beitragseinnahmen wurden 1,0 Mio. Euro (Vorjahr: 926 Tsd. Euro) verbucht. Der Jahresüberschuss lag mit 151,5 Tsd. Euro deutlich über dem des Vorjahres mit 40,3 Tsd. Euro.

2014 viel erreicht

Kantak würdigte bei den Veranstaltungen zum Abschluss des Geschäftsjahres die großartige Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Herausforderungen, welche nicht nur die SDK, sondern der gesamte Versicherungsmarkt meistern müssen, seien ganz enorm: Da sei die Digitalisierung, die einen großen Investitionsdruck erzeuge, aber auch ein anspruchsvolles Wachstumsumfeld in einem enger werdenden Markt. Die regulatorischen Anforderungen und die Niedrigzinsphase beschäftigten die Versicherungsmathematiker und Risikomanager im Hause zu-

nehmend. „Wir haben ein tolles Team bei der SDK, mit einer hohen Verbundenheit zum Unternehmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehen den Weg der strategischen Neuausrichtung mit großem Eifer mit. Viele Projekte wurden umgesetzt, viele Veränderungen angestoßen. Wir sind sehr zufrieden mit dem, was wir erreicht haben. Im Kern geht es uns immer um eines: Zufriedene Kunden, die von unserer Arbeit profitieren und denen wir mit unserem Angebot einen Mehrwert bieten können.“ ■

49.089 Mitglieder erhielten 28,3 Mio. Euro Beiträge zurück

Auch 2015 erhielten vollversicherte Mitglieder der SDK einen Teil der im Jahr 2014 gezahlten Beiträge zurück. Rund ein Drittel der 166.000 Vollversicherten durfte sich vor wenigen Tagen über 28,3 Millionen Euro Beitragsrückerstattung (BRE) freuen. Davon profitierte, wer im Jahr 2014 keine Rechnungen zur Erstattung bei der SDK eingereicht hat. Das Instrument der Beitragsrückerstattung bietet einen Anreiz, Rechnungen erst ab einer gewissen Höhe zur Erstattung einzureichen.

Und es lohnt sich doppelt: der Verwaltungsaufwand für die SDK sinkt und die betroffenen Mitglieder erhalten pünktlich zur Sommerzeit im August Geld von der SDK. Zu Jahresbeginn werden alle Vollversicherten über ihre mögliche Beitragsrückerstattung schriftlich informiert. Es lohnt sich, Rechnungen zunächst selbst zu begleichen und erst dann zur Erstattung einzureichen, wenn die Gesamtsumme der Rechnungen größer ist als die zu erwartende Beitragsrückerstattung.

Pflegestärkungsgesetz II

SDK-Pflegeergänzungstarife bleiben wertvoller Versicherungsschutz



Am 12. August 2015 hat das Bundeskabinett mit dem „Pflegestärkungsgesetz II“ die zweite Stufe der Pflegereform auf den Weg gebracht. Versicherte der SDK können auch nach der Reform auf ihren Versicherungsschutz vertrauen.

Inkrafttreten zum 01.01.2017 geplant

Das Pflegestärkungsgesetz soll nach den Vorstellungen des Bundeskabinetts ab 01.01.2017 folgende Neuerungen für die soziale Pflegeversicherung bringen:

- Anhebung des Beitragssatzes um weitere 0,2 Prozentpunkte
- Leistungsverbesserungen vor allem für Demenzkranke
- Neudefinition des Pflegebegriffs
- Aus drei mach fünf: Fünf Pflegegrade lösen die bisher drei Pflegestufen ab

SDK-Versicherte mit einer Ergänzungsversicherung PS oder PE können gelassen bleiben. Sollte das Pflegestärkungsgesetz II mit den genannten Änderungen zum 01.01.2017 so in kraft treten, wird die SDK die Versicherungsbedingungen für ihre Pflegeergänzungstarife den neuen Gegebenheiten anpassen. §9 Abs.1 der Musterbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (MB/EPV 2009) ermöglicht genau diesen Schritt. Sollte die SDK den Weg über einen neuen Pflegeergänzungstarif mit aktualisierten Bedingungen wählen müssen, so werden alle Bestandsversicherten in den Tarifen PS und PE ein Wechselrecht erhalten.

Pflegereform bringt Verbesserungen durch Umverteilung

Mit künftig fünf Pflegegraden erhalten erstmals auch Personengruppen Leistungen, die bisher auf sich alleine gestellt waren. Doch diese Mehrleistungen entstehen in der Regel durch Umverteilung, also Minderleistungen an anderer Stelle. Unter dem Strich bleibt im Pflegefall unverändert eine Versorgungslücke bei den Betroffenen, die nur durch Eigenmittel (Renten, Vermögen, Angehörige) geschlossen werden kann. Oder eben durch eine ergänzende Absicherung für den Pflegefall.

Handeln Sie jetzt – Sie können nur gewinnen!

Wer glaubt, jetzt möglicherweise mit dem Abschluss oder einer Erhöhung des Versicherungsschutzes warten zu müssen, bis die Bedingungen umgestellt sind oder ein neuer Tarif angeboten wird, der verschenkt folgende Vorteile:

- Niedrigeres Eintrittsalter und damit dauerhaft niedrigere Beiträge bei garantierten Leistungen
- Sofortiger Versicherungsschutz: Niemand kann wissen, was bis 2017 mit ihm gesundheitlich passiert.
- Umstellungsgarantie auf Anpassung an neue gesetzliche Bestimmungen, ggf. Wechselrecht in neue Tarife
- Generationengerechte, dauerhafte Finanzierung durch Rücklagenbildung ■

Nächste Schritte auf dem Weg zum Gesundheitsspezialisten

Neue Betreuungsangebote der SDK

Die SDK hat sich das strategische Ziel gesetzt, sich zum Gesundheitsspezialisten weiter zu entwickeln. Daher wurden in den letzten Monaten in der Leistungsabteilung bereits die Betreuungsangebote für Mitglieder weiter ausgebaut. Vor allem bei der Betreuung im Krankheitsfall oder von Personen mit chronischen Erkrankungen bieten wir inzwischen ein umfangreiches Unterstützungsangebot. Hier erhalten Sie einen Überblick über den aktuellen Stand der Leistungen und Kooperationen. Unsere Mitglieder finden das Angebot auf unserer SDK-Homepage im Bereich „Service“.

Betreuung im Bereich Vorsorge

Präventionskurse

Für Mitglieder, die den Vorsorgetarif abgeschlossen haben, bieten wir eine Vielzahl von zertifizierten Kursen in den Bereichen Bewegung, Entspannung und Ernährung an.

Älter werden in Balance

Auf dem Portal www.aelter-werden-in-balance.de erhalten unsere Mitglieder Tipps, wie Sie bis ins hohe Alter fit bleiben.

Betreuung im Krankheitsfall

SDK Gesundheitstelefon

Bereits seit längerem bieten wir unseren Voll- und AKTIV55plus-Versicherten das 24-Stunden-Gesundheitstelefon an. Hier erhalten Ratsuchende medizinische Auskünfte und Vermittlungsservices bis hin zur allgemeinen Zweitmeinung.

Zweitmeinung Krebs

Über die Experten des onkologischen Zweitmeinungs-Services erhalten Krebspatienten Rat zur richtigen Behandlung. Diesen Service begleiten wir zusammen mit dem Institut für Gesundheitsökonomik mit einer Studie.

Zweitmeinung Wirbelsäulenoperation

Laut einer Studie der Techniker Krankenkasse sind rund 80 % der Wirbelsäulen-OPs nicht notwendig, da sie häufig Risiken und Einschnitte mit sich bringen. Manchmal sind diese jedoch dank spezialisierter Rückentherapien überflüssig. Auch hierzu können sich SDK-Mitglieder eine Zweitmeinung direkt vom Spezialisten einholen.

Orthopädischer Zweitmeinungsservice

Neben der persönlichen Zweitmeinung für Wirbelsäulen-OPs erhalten SDK-Mitglieder seit-Mai 2015 auch Zweitgutachten für Hüft-, Knie- und Wirbelsäulen-OPs aufgrund eingereicherter Unterlagen.



Wiedereingliederung bei psychischen Belastungen

Mit diesem Programm unterstützen wir Mitglieder, denen es aufgrund ihrer aktuellen Lebenssituation nicht möglich ist, am Arbeitsleben teilzuhaben. Betroffene sollen Schritt für Schritt wieder in den Arbeitsalltag integriert werden.

Behandlungspflege-Management

Umfangreiches Betreuungsprogramm für Mitglieder, die durch einen Unfall oder eine Erkrankung wie z. B. einen Schlaganfall schwer pflegebedürftig geworden sind.

Hilfsmittel-Management

Unterstützung bei der Anschaffung von preisgünstigen Hilfsmitteln.

Betreuung für chronisch Kranke

Hilfe bei Herzschwäche

Mitglieder mit Herzinsuffizienz können mit diesem telemedizinischen Betreuungsprogramm krankheitsbedingte Notfälle auf ein Minimum reduzieren.

Diabeteschulungen im Alter

Schulungen, die speziell auf die Bedürfnisse von älteren Menschen mit Diabetes ausgelegt sind.

Spezielle „integrierte funktionelle Rückenschmerztherapie“

In 24 Kursen werden zusammen mit Rückenschmerzexperten die wirbelsäulenstabilisierende Muskulatur verbessert und Ungleichgewichte bzw. Asymmetrien reduziert.

Hilfe bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Regelmäßige telefonische Beratungstermine mit persönlichem Coach zur Verbesserung der Lebensqualität im Alltag.

Weitere Unterstützungsleistungen und Kooperationsangebote

- Diverse Assistance-Leistungen in der Auslandsreise-Krankenversicherung, Pflegezusatzversicherung und Unfallversicherung.
- Pflegeberatung auf www.pflegeberatung.de und durch ein Beratungstelefon.
- Patientenberatung bei vermuteten Behandlungsfehlern oder Verletzung von Patientenrechten.
- Rabatt auf Hörgeräte der Lindacher Akustik GmbH.
- Leistungserstattung aus einer Hand mit der mhplus (PRAXISvario und PFLEGEvario).

COMPASS- Pflegeberatung

Die COMPASS Private Pflegeberatung informiert, unterstützt und begleitet Sie bei allen Fragen rund um die Pflege. Sie erreichen COMPASS bundesweit unter der kostenfreien Nummer 0800 1018800.

Mit qualifizierten Pflegeexperten können Sie über Ihre derzeitige Situation sprechen, auf offene Fragen Antworten finden oder sich umfassend informieren, etwa

- >> zu Hilfen bei der Organisation der Pflege,
- >> zu Entlastungsmöglichkeiten und Aufklärung für pflegende Angehörige oder
- >> zu finanziellen Aspekten der Pflege.

Die COMPASS-Pflegeberaterinnen und -Pflegeberater freuen sich auf Ihren Anruf oder kommen auch persönlich zu Ihnen, wenn Sie dies wünschen – selbstverständlich kostenfrei.

www.compass-pflegeberatung.de
oder 0800 1018800
Mo.-Fr. 8-19 Uhr Sa. 10-16 Uhr

Arztrechnung prüfen

Das Prüfprogramm ist ein Service des Verbands der Privaten Krankenversicherung. Es ersetzt nicht die Rechnungsprüfung durch Ihren Versicherer. Aber das Prüfprogramm kann Ihnen einen ersten Anhaltspunkt liefern, ob die (wahl)ärztliche Rechnung den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entspricht. Das Programm beruht auf den Vorgaben der GOÄ, dem GOÄ-Kommentar von Lang/Schäfer/Stiel/Vogt (2. Auflage, 2012) sowie den Ergebnissen eines Expertengremiums des PKV-Verbandes. Widersprüche, die sich aus dem Abgleich der Rechnung Ihres Arztes mit dem Ergebnis des Prüfprogramms ergeben, bedeuten nicht automatisch eine unrichtige Rechnungsstellung; die GOÄ ist ein Gesetz, das in der Praxis von Ärzten und Kostenerstatterern bisweilen unterschiedlich ausgelegt wird. Bitte überprüfen Sie bei Fehlermeldungen zunächst Ihre Eingabe und sprechen im zweiten Schritt Ihren Arzt an.

http://www.derprivatpatient.de/services/arztrechnung_puefen

Schutz von Patientenrechten: Schnelle Hilfe bei Behandlungsfehlern

Geht es um Ihre Gesundheit, ist jeder Behandlungsfehler einer zu viel. Haben Sie die Vermutung, dass ein Behandlungsfehler vorliegt oder bei der Behandlung sonstige Patientenrechte verletzt wurden? Wir unterstützen Sie gerne. Wenden Sie sich dazu bitte an Ihren SDK-Sachbearbeiter. Darüber hinaus erhalten Sie Hilfestellung durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) und die Gutachterkommission und Schlichtungsstellen der Ärztekammer.

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) berät bei Fragen rund um die Gesundheit und unterstützt Betroffene bei rechtlichen und medizinischen Fragen sowie bei Problemen im Umgang mit Krankheiten. Die Nutzung dieses Service-Angebotes ist kostenlos.

So erreichen Sie die UPD:
0800 0117722 (Mo.-Fr. von 10 bis 18 Uhr, Do. bis 20 Uhr)

Neue Telefonnummer, neue Durchwahlen –

Aus „5778“ wird „7372“

Bitte verwenden Sie **ab 1. Oktober 2015**
folgende Kontaktdaten.

Wir sind täglich von 7:30 bis 17:30 Uhr für Sie da.

Zur Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung,
Fragen rund um Ihren Vertrag
Telefon 0711 7372-7111 oder vertrag@sdk.de

Fragen zur Leistung, Rechnungseinreichung, Erstattung usw.
Telefon 0711 7372-7122 oder leistung@sdk.de

Fragen zur Auslandsreise-Krankenversicherung
Telefon 0711 7372-7133 oder auslandsreise@sdk.de

Fragen zur Pflegeversicherung
Telefon 0711 7372-7144 oder pflege@sdk.de

Fragen zum Krankentagegeld
Telefon 0711 7372-7155 oder leistung@sdk.de

Zur Lebens-, Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherung
Telefon 0711 7372-7166 oder leben@sdk.de

Briefe, Rechnungen von Ärzten und den gesamten Schriftverkehr
schicken Sie bitte an diese Adresse:

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
Postfach 19 23
70709 Fellbach

Alle Nummern online: www.sdk.de/direkt

Neue Strukturen im Kundenservice:

Flexibel, kompetent und noch effizienter

SEHR GUTER KUNDENSERVICE – das schreiben wir aus Tradition groß. Und auch in Kundenbefragungen schneidet die SDK regelmäßig sehr gut ab. Die Befragten loben die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft unserer Mitarbeiter. Aber Servicequalität ist auch eine Frage von Geschwindigkeit, gut organisierten Prozessen und der richtigen Technik. Die SDK hat sich zum Ziel gesetzt, jederzeit exzellenten Kundenservice zu bieten. Und damit unsere Mitglieder auch in Zukunft so zufrieden bleiben, wie sie heute sind, arbeiten wir intensiv daran, unseren Kundenservice zu modernisieren. Wir möchten eine schnelle, unkomplizierte Bearbeitung garantieren und zugleich kostengünstige Strukturen schaffen.

Wirtschaftliche Gesichtspunkte mit verbessertem Kundenservice zu verbinden, ist der Kern sogenannter Programme zur „operativen Exzellenz“. Die SDK hat unter diesem Oberbegriff verschiedene Maßnahmen ergriffen und bereits umgesetzt, um den Kundenservice zu beschleunigen und die Qualität weiter zu erhöhen.

Überregionaler Kundenservice für mehr Flexibilität

Bisher verfügt die Süddeutsche Krankenversicherung an den Standorten Fellbach, Augsburg und Freiburg über einen selbstständigen Kundenservice mit eigenem Posteingang. Dies ändert sich jetzt. In Zukunft ist der Kundenservice überregional organisiert. Das bedeutet: Post wird zentral in der Fellbacher Hauptverwaltung gesammelt und von dort aus verteilt. Kundenanfragen bearbeiten alle gemeinsam, unabhängig davon, wo der Kunde wohnt. Der Vorteil: das Arbeitsaufkommen verteilt sich gleichmäßiger und die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten es gemeinsam ab.

Optimierte Prozesse

Wir nutzen alle – auch technischen – Möglichkeiten, um Prozesse zu optimieren. Dazu gehören sowohl die Organisation der Arbeitsabläufe und der Einsatz qualifizierter Mitarbeiter in kommunizierenden Teams, die von Spezialisten unterstützt werden. Die elektronische Erfassung eingehender Korrespondenz und die zügige



Weiterleitung zur Bearbeitung trägt auch dazu bei, Ihnen unseren Service erlebbar zu machen. Sie profitieren dabei von kürzeren Bearbeitungszeiten ohne Qualitätsverlust.

Neue Telefonnummern und E-Mail-Adressen ab 1. Oktober

Damit Ihre Anliegen in Teamarbeit schnell bearbeitet werden können, führen wir zum 1. Oktober 2015 neue Telefonnummern und E-Mail-Adressen ein. So gelangen Sie als Kunde direkt zum richtigen Ansprechpartner und sparen sich den häufig gewählten Weg über die Zentrale. Auch weil sich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zukünftig gemeinsam um die Kundenanliegen kümmern und es keine persönlichen Arbeitsvorräte mehr gibt, sind die neuen Sammelrufnummern wichtig.



Gebündelte Kompetenz erhöht die Qualität

Für Spezialgebiete der Leistungsabrechnung, zum Beispiel Zahn oder Krankentagegeld, gab es bisher Experten an allen Standorten. Nun wird das Spezialwissen an jeweils einem Standort gebündelt. Das erhöht die Qualität und ermöglicht die Konzentration auf ein Aufgabengebiet. Auch in der allgemeinen Fallbearbeitung arbeiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fortan konzentrierter in wechselnden Telefonie- oder Erstattungszeiten.

Vertragsservice aus einer Hand

Während bis vor Kurzem zwischen Antragsfragen und Vertragsangelegenheiten unterschieden wurde, werden diese beiden Bereiche nun zusammengeführt. Damit sind mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Lage, sich um alle organisatorischen Fragen zum Versicherungsschutz zu kümmern. Auch der Beitragseinzug der Mitglieder und das Mahnwesen werden in dieser Abteilung

zusammengeführt und damit der Vertragsservice aus einer Hand eingerichtet.

Neu ausgerichteter Kundenservice

Mit verbesserten Abläufen und Strukturen steigt die Qualität im Kundenservice der SDK. Zeitgleich reduzieren sich die Kosten durch eine schlankere Organisation. Von dem erwirtschafteten Überschuss gehen damit mehr Mittel an die Versicherten in Form der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zurück. Der neu ausgerichtete Kundenservice ist nur ein erster Schritt für die angestrebte Serviceexzellenz. Die Welt wird immer digitaler. Immer mehr Kunden wünschen sich einen Austausch mit ihrer Versicherung über Smartphones und Online-Anwendungen. Deshalb investiert die SDK in diese Bereiche. Denn Gesundheit für Menschen treibt uns an. Dazu gehört auch ein ständig verbesserter Service. Und das gehen wir für Sie, unsere Kunden, an. ■

Mehr Beratungsqualität

VERplay: Wenn Kompetenz und Technik sich ergänzen

Im ersten Halbjahr hat die SDK eine neue Beratungssoftware zur Unterstützung unserer Außendienstpartner eingeführt. Das Programm VERplay ist auf die Beratungsbedürfnisse unserer Kunden und unserer Spezialisten im Außendienst zugeschnitten und bringt beiden Seiten viele Vorteile. Fachwissen und technische Unterstützung sollen ein optimales Ergebnis für unsere Mitglieder bringen.

Ihre Existenz verdient volle Konzentration

Keine Frage: Die SDK hat vielen ihrer Wettbewerber etwas voraus. Durch die Konzentration auf Personenversicherungen können sich ihre Berater im Außendienst voll auf das Wichtigste im Leben konzentrieren: Gesundheit an erster Stelle, aber auch auf die Vorsorge fürs Alter, für Hinterbliebene und für den Fall einer Berufsunfähigkeit. Hierbei geht es nicht um Besitztü-

mer, die uns im Einzelfall natürlich auch wichtig sind. Hier geht es schlicht um existenzielle Dinge, die unser Leben bestimmen. Und dafür braucht es volle Konzentration und exzellentes Fachwissen.

VERplay: Mehr Zeit fürs Wesentliche

VERplay steht für Innovation, Komfort und Effizienz in der Beratung und für noch mehr Qualität im Ergebnis. Dabei ermöglicht VERplay eine ganzheitliche, produktübergreifende Beratung für eine individuell abgestimmte Absicherung existenzieller Risiken. Mit VERplay erzielen Sie schon bei der Beratung einen Mehrwert gegenüber einem konventionellen Kundengespräch. Denn Sie erhalten eine softwaregestützte Expertise über die Beratungsinhalte – als Ausdruck oder als PDF-Datei per E-Mail.

Das Beratungstool soll unsere Außendienstpartner bei der fachlichen Beratung lediglich tatkräftig unterstützen, es soll und kann das Fachwissen unserer geschulten Partner nur ergänzen, nicht ersetzen. Im Gegenteil: Wenn Bedarf und passende Produkte effizien-

Die SDK steht für ausgezeichnete Beratungsqualität und höchste Kundenzufriedenheit. Sie möchten sich selbst davon überzeugen? Dann nehmen Sie uns beim Wort und lassen sich beraten.

ter ermittelt sind, steht automatisch mehr Zeit für die Beratung zur Verfügung. Und darauf kommt es am Ende an. Das richtige Produkt, maßgeschneidert für Ihren Bedarf.



Das Highlight: Die elektronische Unterschrift

Traditionell im Umgang mit Kunden und ihren Bedürfnissen und doch aufgeschlossen gegenüber Änderungen, so präsentiert sich Ihre SDK mit ihrer neuen Software VERplay. Ist eine umfassende Risikoanalyse durchgeführt und sind individueller Bedarf und passende Absicherung ermittelt worden, so ist ein Vertragsabschluss jetzt auch mit einer elektronischen Unterschrift mittels Smartphone möglich. Papier war gestern. Jeder weitere Schritt zum gewünschten Versicherungsschutz erfolgt dank elektronischer Datenübermittlung noch schneller als bisher. Ihr SDK-Außendienstpartner wird gerne den Nachweis antreten. ■

Unser Kreislauf:

Eine Herzensangelegenheit

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, wie zum Beispiel Bluthochdruck und Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Herzinfarkt gehören in den Industrienationen nach wie vor leider zu den häufigsten Krankheiten. Jeder zweite Todesfall lässt sich auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurückführen.

Dabei kann jeder Einzelne durch vernünftige Ernährung und eine gesunde Lebensweise das persönliche Risiko minimieren. Wichtig ist vor allem, bestehende Risikofaktoren zu kennen und zu eliminieren.

Wie funktioniert der Kreislauf eigentlich?

Wer seinem Herz-Kreislauf-System etwas Gutes tun möchte, muss zunächst erst einmal verstehen, wie es funktioniert. Und das ist gar nicht so einfach, denn im menschlichen Körper existieren gleich zwei Kreisläufe, die hintereinander geschaltet sind.

Der so genannte „große Körperkreislauf“ beginnt mit der Entspannung und der Erweiterung des Herzmuskels. Dabei entspannt sich die linke Herzkammer und weitet sich anschließend. So kann das sauerstoffreiche Blut aus dem linken Vorhof aufgenommen werden.

Gleichzeitig fließt sauerstoffarmes Blut aus dem rechten Vorhof in die rechte Herzkammer. In dieser Phase, die auch „Diastole“ genannt wird, fließt das Blut also aus beiden Vorhöfen in die beiden Herzkammern. In dieser Phase wird der diastolische Blutdruck gemessen, der normalerweise im Bereich von 80-89 mmHg liegt. 1 mmHg ist der Druck, den ein Millimeter (mm) einer Quecksilbersäule (Hg) ausübt; dabei entspricht 1 mmHg = 0,00133 bar (Druck).

Auf die Diastole folgt die Systole, die Blut-Ausströmungsphase des Herzens. Der systolische Druck liegt normalerweise im Bereich von 110-130 mmHg. Die linke Herzkammer pumpt das Blut in die Hauptschlag-

ader und die rechte Herzkammer pumpt das Blut in die Lungenarterie. Dort beginnt der kleine Lungenkreislauf: Die Lungenarterie zweigt sich über kleinere Arterien und Arteriolen in Kapillaren auf, die die Lungenbläschen wie ein feines Netz überspannen. Dort findet der lebenswichtige Gasaustausch statt: Das Blut nimmt Sauerstoff auf und gibt Kohlendioxid ab. Das sauerstoffreiche Blut fließt über die Lungenvenen in den linken Vorhof und die beiden Blutkreisläufe beginnen von vorn.

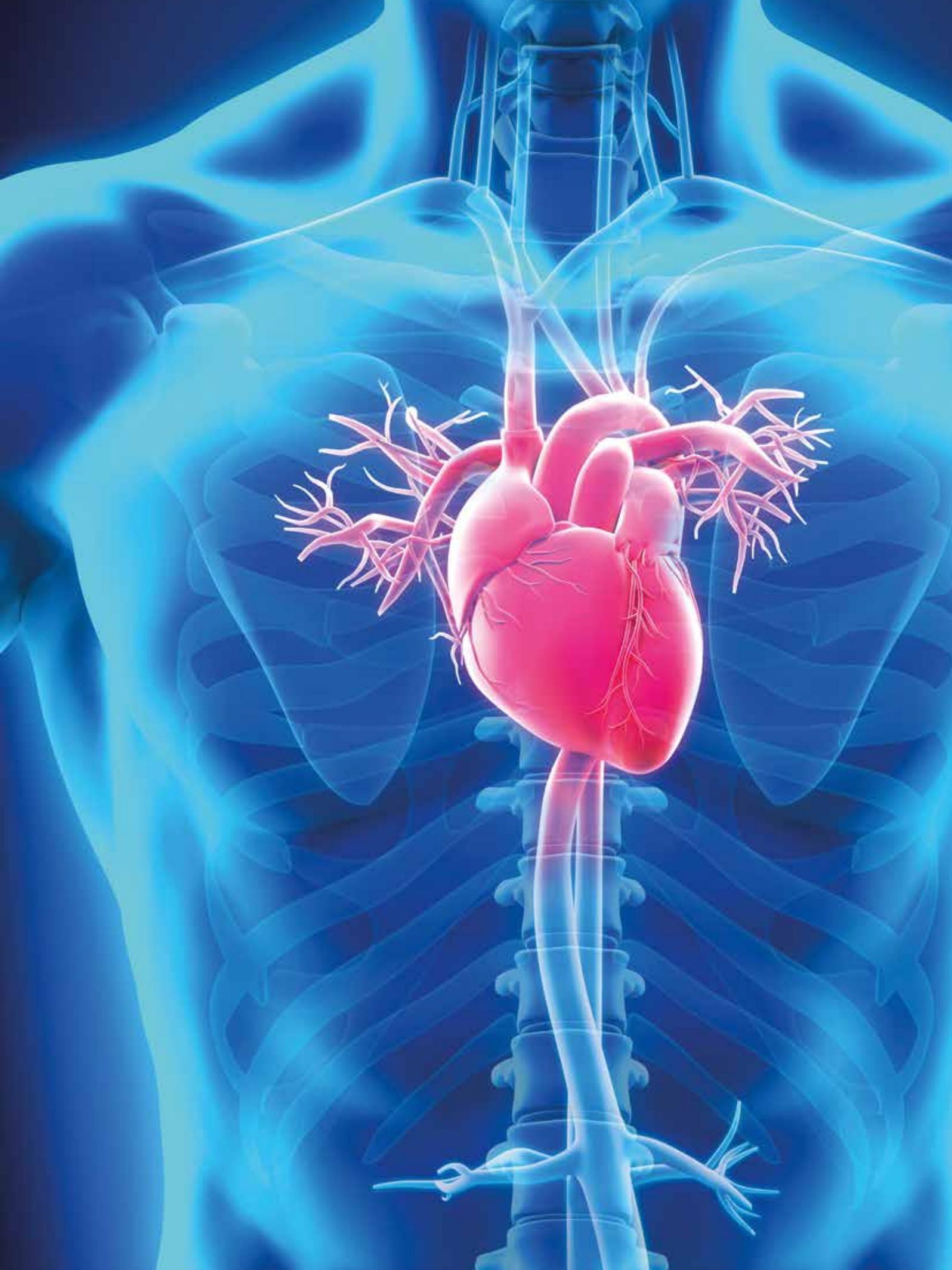
Was ist Bluthochdruck?

Fast jeder zweite Europäer ist von der Volkskrankheit betroffen. Und wahrscheinlich noch mehr, denn oft bleibt ein zu hoher Blutdruck unentdeckt. Der Blutdruck ist höchst individuell und unterliegt gewissen Schwankungen. Er steigt zum Beispiel bei Stress oder körperlichen Anstrengung und sinkt in Ruhe- und Schlafphasen. Erst wenn der Blutdruck dauerhaft zu hoch ist, sprechen Ärzte von Bluthochdruck.

Verschiedene Faktoren können die Entstehung des Hochdruckes fördern. Es gibt nicht beeinflussbare Ursachen wie familiäre Vorbelastung. Und mit zunehmendem Alter nimmt der Blutdruck automatisch zu, da die Elastizität der Gefäßwände abnimmt.

Aber es gibt auch zahlreiche Faktoren, die man sehr wohl beeinflussen kann; dazu zählen vor allem:

- Mangelnde körperliche Bewegung
- Übergewicht
- Metabolisches Syndrom
- Erhöhter Kochsalzkonsum
- Erhöhter Alkoholkonsum
- Rauchen
- Dauerhafter Stress
- Zu niedriger Blutdruck



Im Gegensatz zum Bluthochdruck ist ein zu niedriger Blutdruck nicht gefährlich, aber sehr wohl unangenehm. Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation handelt es sich bei weniger als 100/60 mmHg bei Frauen und 110/70 mmHg bei Männern um einen niedrigen Blutdruck. Dieser äußert sich in der Regel dadurch, dass man sich nicht fit fühlt und trotz ausreichend Schlaf müde ist. Viele Betroffene können sich schlecht konzentrieren, frieren schnell und fühlen sich erschöpft. Auch ein leichtes Schwindelgefühl ist ein Anzeichen von zu niedrigem Blutdruck.

Bei starken Luftdruck- und Temperaturschwankungen sackt der Blutdruck bei manchen vorübergehend ab, Kreislaufprobleme treten auf. Außerdem können schnelles Aufstehen, langes Stehen, üppige Mahlzeiten, ein längerer Aufenthalt in Menschenmassen oder starke Schmerzen für Kreislaufprobleme verantwortlich sein.

Unabhängig davon, ob Ihr Blutdruck normal, zu niedrig oder zu hoch ist: Jeder sollte einmal pro Jahr eine exakte Blutdruckmessung vom Hausarzt oder Internisten durchführen lassen. So können Schädigungen der Blutgefäße frühzeitig erkannt werden und so die die Schädigung wichtiger Organe vermieden werden. ■

Die Betreuungsprogramme der SDK

Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit unserer Versicherten liegt uns sehr am Herzen. Deshalb bieten wir Ihnen gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern spezielle Betreuungsprogramme für unsere Mitglieder mit chronischer Herzschwäche und mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen an.

AnyCare TeleMed Herz bei Herzschwäche

Durch den Einsatz einer telemetrischen Waage und einer automatischen digitalen Übertragung der Messwerte wird der Gesundheitszustand des Patienten kontinuierlich überwacht. Bei Auffälligkeiten kontaktiert Sie Ihr persönlicher Berater. Dadurch lassen sich krankheitsbedingte Notfälle auf ein Minimum reduzieren.

Alle Informationen zu TeleMed Herz finden Sie auf www.sdk.de im Servicebereich.



Cardiagil bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Möchten Sie Ihre eigene Gesundheit verbessern, Ihre Lebensqualität steigern und besser mit Ihrer chronischen Erkrankung umgehen? Wir unterstützen Sie gerne dabei mit unserem exklusiven Beratungsprogramm Cardiagil.

Das telefonische Beratungsprogramm Cardiagil arbeitet nur mit medizinischem Fachpersonal mit anerkannten Zusatzqualifikationen und jahrelanger praktischer Erfahrung aus dem Bereich Kardiologie. Ihr persönlicher Coach unterstützt Sie in regelmäßigen Gesprächen darin, besser mit Ihren gesundheitlichen Belastungsfaktoren im Privat- und Berufsleben umzugehen, damit Sie aktiv und belastbar bleiben.

Alle Informationen zu Cardiagil finden Sie auf www.sdk.de im Servicebereich.



So starten Sie mit Elan in den Tag

Wer morgens trotz ausreichendem Schlaf nur schwer aus dem Bett kommt, kann seinen Kreislauf mit einfachen Maßnahmen in Schwung bringen.

1. Nichts überstürzen

Geben Sie Ihrem Körper Zeit, dehnen Sie Arme und Beine und verweilen Sie noch einen Moment auf der Bettkante.

2. Frische Luft

Stellen Sie sich nach dem Aufstehen an das geöffnete Fenster, auf den Balkon oder die Terrasse. Der Sauerstoff gibt Ihnen den nötigen Schwung für den Tag.

3. Tageslicht

Die Ausschüttung von Hormonen wie Melanin und Serotonin wird durch natürliches Licht angeregt. Kunstlicht kann diese Aufgabe nicht erfüllen. Gerade für die dunkle Jahreszeit ist die Investition in eine spezielle Tageslichtlampe eventuell sinnvoll.

4. Wechselduschen

Wer abwechselnd heiß und kalt duscht, bringt seinen Kreislauf auf Touren. Allerdings ist diese Methode recht brachial und für Menschen mit Herz-Kreislauf-Beschwerden nicht empfehlenswert. Für sie ist warmes Duschen sinnvoller und außerdem kann eine Bürstenmassage unter der Dusche sehr belebend wirken.

5. Tee statt Kaffee

Keine Frage: Kaffee macht munter. Doch bei übermäßigem Konsum stellen sich schnell negative Begleiterscheinungen wie Nervosität ein. Eine gesunde Alternative ist grüner Tee. Dank des Teeins (= Koffein) wirkt auch grüner Tee anregend, wobei die Wirkung verzögert und sanfter ist, und die enthaltenen Polyphenole wirken zusätzlich entzündungshemmend und vorbeugend gegen Krebs.

6. Frühstück

Das Frühstück ist und bleibt die wichtigste Mahlzeit des Tages. Schon am Morgen können Sie durch eine vitamin- und eiweißreiche Mahlzeit den Grundstein für einen gelungenen Tag legen.



7. Der Frühstücks-Cocktail

Es mag etwas exotisch klingen, aber viele Menschen schwören auf dieses Rezept: Wer morgens noch vor dem Frühstück ein Glas Wasser mit einem Teelöffel Honig und drei Esslöffeln Apfelessig trinkt, startet schwungvoll in den Tag.

Gesundheitsmanagement am Arbeitsplatz**Eine Investition in die Zukunft**

Gesundheitsmanagement ist ein lohnendes unternehmerisches Investment. Immer mehr Firmenchefs unterstützen ihre Mitarbeiter dabei, gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden.

Deutsche Arbeitnehmer fehlen krankheitsbedingt 12,6 Tage im Jahr. Kommt eine psychische Belastung als Ursache für die Arbeitsunfähigkeit in Frage, fehlt der Arbeitnehmer insgesamt 25 Tage. Hochrechnungen zufolge entstehen durch krankheitsbedingte Produkti-

onsausfälle 46 Milliarden Euro Kosten im Jahr. Darüber hinaus darf der Fachkräftemangel nicht unberücksichtigt bleiben. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales beziffert in seinem „Arbeitskräftebericht“ die Zahl der Erwerbstätigen, die Deutschland in den nächsten 15 Jahren verliert, auf 6 Millionen Personen. Wer als Arbeitgeber gute Leistungen und qualifiziertes Personal erwartet, muss den Mitarbeitern entsprechende Anreize bieten. Gesundheitsmanagement etabliert sich in diesem Zuge immer mehr als Bestandteil einer

Unternehmensphilosophie, die sowohl die Gesundheit der bestehenden Belegschaft fördert als auch einen Anreiz für qualifizierte Nachwuchskräfte darstellt. Etwas für die Gesundheit zu tun, liegt aus den beschriebenen Gründen im ökonomischen Interesse der Arbeitgeber. Große Konzerne haben meist eigene Gesundheits-Abteilungen aufgebaut und das betriebliche Gesundheitsmanagement in ihren Managementsystemen berücksichtigt. Kleine und mittelständische Unternehmen hingegen können das alleine oft nicht leisten und sind folglich auf externe Hilfe angewiesen.

Gesundheitskonzepte auch für kleine Unternehmen

Die Süddeutsche Krankenversicherung hat diese Entwicklung erkannt und ein entsprechendes Konzept entwickelt, das Unternehmen die Möglichkeit bietet, die Gesundheit ihrer Belegschaft zu unterstützen. Be-

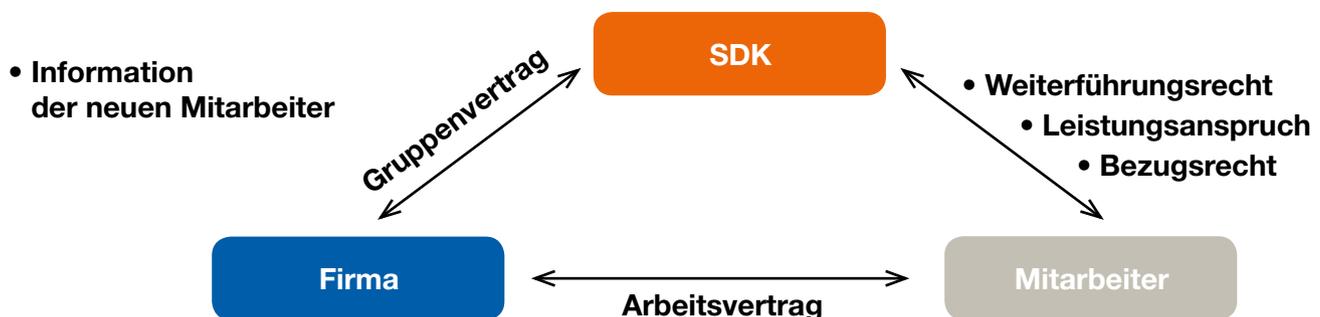
Bedingung ist: Es müssen mindestens fünf versicherte Personen zusammenkommen. Aber das sollte kein Problem sein, denn auch Familienangehörige und sogar Firmeninhaber können mitmachen, solange sie gesetzlich krankenversichert sind.

Versorgungslücken schließen mit einer betrieblichen Krankenversicherung

Mit Hilfe der bKV können die Mitarbeiter Lücken im gesetzlichen Kassenschutz schließen und damit ihren Versicherungsschutz zu besonders günstigen Preisen optimieren.

Idealerweise hilft sie den Mitarbeitern, im Krankheitsfall schneller wieder gesund zu werden. Sie funktioniert ähnlich wie die betriebliche Altersvorsorge, nur dass hier Zusatzversicherungen für gesetzlich Krankenversicherte und keine Vorsorgeprodukte für die Rente angeboten werden.

So wird eine betriebliche Krankenversicherung organisiert



triebliche Krankenversicherung (bKV) und betriebliches Gesundheitsmanagement (bGM) sollen den Mitarbeitern dabei helfen, gesund zu bleiben und wieder gesund zu werden. Individuelle Programme bietet die SDK auch kleinen Unternehmen schon ab zwei Beschäftigten an und wendet sich damit z. B. auch an Arztpraxen, Kanzleien, Ingenieurbüros etc. Einzige

Für die Arbeitgeber selbst stellt die bKV eine attraktive Sozialleistung dar, welche zur Mitarbeitermotivation und -bindung beiträgt und gleichzeitig mit nur einem geringen Verwaltungsaufwand verbunden ist. Der Arbeitgeber muss lediglich seine Mitarbeiter über das neue Angebot informieren. Grundlage einer betrieblichen Krankenversicherung ist ein Gruppenvertrag

Die Bausteine – flexibel und bedarfsgerecht

Brille, Kur, Ausland, große Hilfsmittel



Tagegeld

Privatpatient beim Arzt/Zahnarzt



Zahnersatz/-behandlung

Vorsorge



Naturheilverfahren

Krankenhaus-tagegeld



(Rahmenvertrag) zwischen Arbeitgeber und der SDK als Versicherer. Leistungsfragen werden dann direkt von der SDK mit den Mitarbeitern abgeklärt. In der Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes besteht eine sehr hohe Flexibilität, denn jede Firma kann den gewünschten Leistungsumfang aus mehreren Bausteinen individuell zusammenstellen. Hierzu gehören beispielsweise zahnärztliche Behandlungen, finanzielle Beteiligungen für Hilfsmittel wie Brillen und Hörgeräte oder die Krankenhausunterbringung im Einbettzimmer mit Chefarztbehandlung.

Präventiv tätig werden

Viele Arbeitgeber wollen nicht erst dann etwas für die Gesundheit der Mitarbeiter tun, wenn der Krankheitsfall eingetreten ist, sondern schon früher. Die SDK bietet hierfür einen speziellen Vorsorgetarif, der präventive Maßnahmen wie beispielsweise Leistungen für Krebsvorsorge, Gesundheits-Check-ups, Schutzimpfungen, Präventionskurse oder Gesundheitstelefone für Mitarbeiter beinhaltet. Die telefonische Beratung mittels des Gesundheitstelefons umfasst neben der Beantwortung

von medizinischen Fragen auch psychologische Hilfestellungen. Die psychische Gesundheit der Mitarbeiter wird zu einem wichtigen Handlungsfeld, denn psychische Belastungen am Arbeitsplatz sind für zehn Prozent der krankheitsbedingten Abwesenheit vom Arbeitsplatz verantwortlich. Bei Burn-Out, Mobbing, Sucht oder Depression bietet dieses Telefonangebot Mitarbeitern auf anonymer Weg die Möglichkeit, Rat einzuholen. Dies kann ein wirksames Mittel des Arbeitgebers darstellen, um psychischen Erkrankungen und damit verbundenen Leistungsverlusten oder Langzeitausfällen vorzubeugen.

Sicherung von Lebensqualität

Der Vorsorgetarif stellt eine Verbindung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement dar, bei dem präventive Maßnahmen im Vordergrund stehen. Während große Konzerne bGM meist schon in ihren Managementsystemen berücksichtigen, bieten Firmen wie die „gesundwerker eG“, eine Tochter der SDK, kleinen und mittelständischen Unternehmen einen einfachen Einstieg: Sie geben Empfehlungen ab, wie bGM unkompliziert und effektiv eingeführt werden kann. Im Vordergrund stehen die Themen Bewegung, Ernährung und Entspannung. Die Teilnehmer werden für ein gesundheitsbewusstes Leben sensibilisiert und bekommen konkrete Möglichkeiten aufgezeigt, bisherige Gewohnheiten abzulegen. Ziel ist eine nachhaltige Sicherung der Lebensqualität. Motivation und Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz werden nur durch gesunde Arbeitskräfte gesichert, weshalb bGM auf lange Sicht erheblich zum Unternehmenserfolg beiträgt.

Wettbewerbsvorteil für Unternehmer

Für die Wirtschaft wird das Thema Gesundheit immer wichtiger. Innovative und leistungsfähige Mitarbei-



Timo Holland ist Vertriebsvorstand der Süddeutschen Krankenversicherung und Vorstand der gesundwerker eG

ter stellen einen zentralen Wettbewerbsfaktor dar und bestimmen ganz wesentlich den Unternehmenserfolg. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter zu fördern ist daher kein Luxus, sondern eine Investition in die Zukunft des eigenen Unternehmens. Betriebliche Krankenversicherung und betriebliches Gesundheitsmanagement bieten sich an, um das Thema Gesundheit systematisch und nachhaltig im Unternehmen zu verankern. Gerade mit Blick auf den zunehmenden Fachkräftemangel und die eigene Wettbewerbsfähigkeit ist dies für kleine und mittelständische Unternehmen eine nicht unwesentliche Chance. ■

Sie sind Unternehmer oder angestellt und halten unser Angebot für eine gute Anregung an Ihren Arbeitgeber?

Dann sind wir gerne für Sie da:

0711 5778-686 (bis 30.09.2015)

0711 7372-7140 (ab 01.10.2015)

oder **vermittlungservice@sdk.de**

Aktuelle Ratings

Anerkannt fair und stark im Service!



Unsere Mitglieder haben ihre SDK zum wiederholten Mal in den Kreis der fairsten privaten Krankenversicherer gewählt. Dies ergab eine Online-Befragung von ServiceValue. Die SDK erhielt dabei in vier von fünf Kategorien das Prädikat „sehr gut“. Den besten Service am Telefon bietet ebenfalls die SDK. Das war das Ergebnis von Testanrufen im Rahmen einer Untersuchung des Deutschen Instituts für Servicequalität (DISQ).

Viermal „sehr gut“ von FOCUS-MONEY: Fairster privater Krankenversicherer

Die SDK etabliert sich aus Sicht ihrer Mitglieder nach einer repräsentativen Online-Befragung von ServiceValue und Focus-Money wie schon im Vorjahr im Kreis der fairsten privaten Krankenversicherer in Deutschland. Damit bestätigt auch diese Befragung Ergebnisse, wie wir

sie im Rahmen früherer Mitgliederbefragungen der Ratingagentur Assekurata durch Ihre Antworten bekommen haben. Herzlichen Dank an alle, die mit ihrem Votum dieses hervorragende Ergebnis auf den Weg gebracht haben.

Befragungsmodalitäten und Ergebnisse

Die Befragung wird jährlich durchgeführt. Datengrundlage für die Umfrage war eine Online-Befragung im Januar 2015 bei insgesamt 1.831 Kunden von 19 getesteten Unternehmen. In der Studie wurden die Probanden nach 25 verschiedenen Service- und Leistungsmerkmalen befragt; diese erstreckten sich über die Bereiche:

1. Faire Kundenkommunikation
2. Faires Preis-Leistungs-Verhältnis
3. Faire Kundenberatung
4. Faire Leistungsabwicklung
5. Faires Produktangebot

Die SDK wurde in den Bereichen 1 bis 4 jeweils „sehr gut“ bewertet, beim Produktangebot mit „gut“. Hier zeigt sich, dass die SDK alle wichtigen Voraussetzungen erfüllt, um langfristig ein erstklassiger Partner für die Gesundheitsvorsorge ihrer Mitglieder zu sein: Fairer Umgang mit den Versicherten, Kompetenz in der Beratung und ein breites Tarifangebot mit ausgezeichnetem Preis-Leistungs-Verhältnis. Die Auszeichnung „Fairster Versicherer“ stellt zudem unter Beweis, dass die SDK ihren Anspruch auch langfristig erfüllt. Denn sie gehört in diesem Vergleich bereits zum vierten Mal in Folge zu den allerbesten Anbietern der Branche.

Zweimal Testsieger beim telefonischen Service

Das Deutsche Institut für Service-Qualität (DISQ) und die Deutsche Gesellschaft für Verbraucherstudien (DtGV) haben die SDK als besten privaten Krankenversicherer beim telefonischen Service ausgezeichnet. In der Serviceanalyse allgemein (DISQ) belegte die SDK den zweiten Rang, ebenso beim „Kundendienst“ in der DtGV-Untersuchung. Bewertet wurden neben der telefonischen Beratung die Antworten auf E-Mail-Anfragen und die Informationen über das Internet. Die SDK zeigte dabei in allen untersuchten Bereichen konstant gute Bewertungen.

Spitzenergebnis auch für „Kundendienst“ (DtGV-Untersuchung)

In einer Untersuchung der Deutschen Gesellschaft für Verbraucherstudien (DtGV) in Kooperation mit dem Nachrichtensender N24 belegte die SDK im Gesamtergebnis den zweiten Platz. Hier wurden Tarifoptionen, Wechselberatung und Kundenkontakt bewertet. Bei Letzterem gab es auch in dieser Studie einen ersten Platz in der telefonischen Beratung und einen zweiten Platz in der Wertung „Kundendienst“.

Langfristig höchste Kundenzufriedenheit

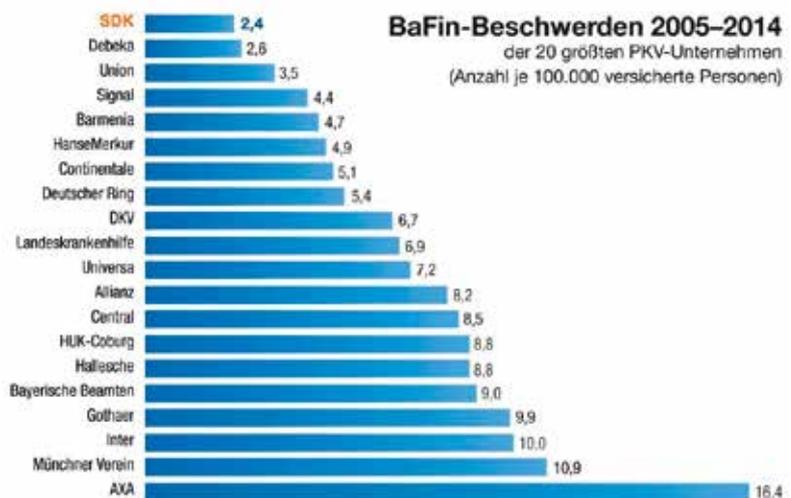
In der Beschwerdestatistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) behaupten SDK Kran-



ken und SDK Leben mit niedrigen Beschwerdequoten seit Jahren Spitzenpositionen. Untersucht man die 20 größten privaten Krankenversicherer, steht die SDK Kranken in der Langzeitbetrachtung mit nur 2,3 Beschwerden je 100.000 Versicherte in der Statistik ganz vorne. Die SDK Leben als relativ kleiner Anbieter setzt sich beim Vergleich mit den 20 größten Lebensversicherern ebenfalls an die Spitze, und das mit sogar nur 0,9 Beschwerden.

Kein Rating ist wichtiger als Ihre Meinung!

So sehr auch wir uns über gute Ergebnisse in Rankings, Produkt- und Unternehmensbewertungen freuen, steht für uns bei der SDK doch ein Urteil ganz oben auf der



Skala: Ihre Meinung. Und die kommt durch eine überschaubare Zahl von Beschwerden und durch Kundenbefragungen am besten zum Ausdruck. Wenn Sie mit der SDK zufrieden sind, dann sind wir es auch. Und deshalb arbeiten wir jeden Tag daran, uns Ihr Vertrauen neu zu verdienen. ■

GDV-Verhaltenskodex

Leitsätze stellen Mitglieder in den Mittelpunkt

Die SDK-Gruppe ist mit allen drei Sparten – Kranken, Leben und Allgemeine Versicherung – mit Wirkung zum 01.07.2013 dem Verhaltenskodex des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) beigetreten und bekennt sich damit zu den elf entwickelten Leitsätzen, die über den Kodex geregelt werden. Die Leitsätze sind eine in Worte gefasste Bestätigung für Versicherungskunden, dass sie und ihre Interessen im Mittelpunkt der Beziehung mit den Versicherungsunternehmen stehen. Für die Versicherungsunternehmen ist der GDV-Verhaltenskodex ein wichtiges Instrument, um eine hohe Qualität der Kundenbetreuung sicherzustellen.

Mit dem Beitritt zum GDV-Verhaltenskodex verpflichten sich Unternehmen zu dessen Einhaltung, einem fairen Umgang mit Kunden, zu bedarfsgerechter Beratung und verständlichen Produkten. Die Versicherungsunternehmen ergreifen die notwendigen Maßnahmen, um die Regeln des Kodex in den Grundsätzen des eigenen Unternehmens zu verankern.

Mitgliederorientierung und Kundenzufriedenheit gehören seit jeher zu den grundlegenden Zielen der SDK und sind deshalb auch im Unternehmensleitbild verankert. Die Umsetzung des GDV-Verhaltenskodex ist dementsprechend eine logische Folge der gelebten Unternehmenskultur und dient zur konsequenten Verfolgung dieser Ziele. Dass dies bei der SDK auch in der Vergangenheit so gelebt wurde, bestätigt die unabhängige Kölner Ratingagentur Assekurata schon seit Jahren. Ausgezeichnete Werte bei Kundenbefragungen und in offiziellen Beschwerdestatistiken sind ein untrügliches Indiz dafür.

Die Leitsätze stellen Sie, unsere Mitglieder, und Ihre Interessen in den Mittelpunkt. Die Versicherungsprodukte der SDK werden so dargestellt und die wichtig-

ten Merkmale so aufgezeigt, dass Sie als Mitglieder eine individuelle Entscheidung treffen können. Darüber hinaus ist es für die SDK-Gruppe wichtig, nur mit Vermittlern zusammenzuarbeiten, die den GDV-Verhaltenskodex akzeptiert haben und die Grundsätze der SDK im Kontakt mit ihren Mitgliedern anerkennen (Leitsatz 11). Dabei legt die SDK vor allem großen Wert auf die Qualifikation ihrer Vermittler. Denn bei der SDK geht es immer um Menschen – ihre Gesundheit, ihre Vorsorge für sich und ihre Familie. Da sind Qualifikation und Vertrauen besonders wichtig.

Die Leitsätze 2 und 6 beziehen sich vor allem auf das Interesse und den Bedarf unserer Mitglieder bei Vertragsabschluss. Hierbei ist es für die SDK besonders wichtig, dass die Beratung die individuellen Wünsche

11 Verhaltensgrundsätze für die Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Versicherern, Kunden und Vermittlern.

und den Bedarf unserer Mitglieder berücksichtigt. Ebenso wichtig ist der SDK bei einem Neuabschluss die Durchführung einer Beratungsanalyse und die Information auf mögliche Nachteile bei einem Wechsel des Versicherers. Leitsatz 5 ergänzt die große Bedeutung einer nachhaltigen Kundenbeziehung für die SDK, die sich in Beratung und Betreuung auch nach Vertragsabschluss zeigt.

Leitsatz 3 ist die Verbindung zwischen dem GDV-Verhaltenskodex einerseits und dem SDK-Verhaltenskodex (Compliance-Vorschriften). Der SDK-Verhaltenskodex umfasst die Regelung zur Ächtung von Korruption, Bestechung und Bestechlichkeit sowie den Umgang mit persönlichen und vertraulichen Daten, aber auch die Einhaltung der datenschutzrechtlichen und wett-

- 1 Unsere Versicherungsprodukte sind klar sowie verständlich dargestellt und ermöglichen dem Kunden eine individuelle Entscheidung.
- 2 Das Kundenvertrauen ist von besonderer Bedeutung, daher orientieren sich Beratung und Vermittlung bei der SDK stets am Kundenbedürfnis.
- 3 Unsere Vermittler halten sich an vorgegebene Compliance-Vorschriften.
- 4 Unsere Kunden erhalten unmittelbar nach Vertragsabschluss zu den Beratungsinhalten ein dokumentiertes Protokoll.
- 5 Wir legen Wert auf nachhaltige Kundenbeziehungen und bieten daher eine Beratung und Betreuung nach Vertragsabschluss.
- 6 Das Kundeninteresse steht bei uns im Mittelpunkt, deshalb informieren wir bei einer Abwerbung bzw. Umdeckung eines Versicherungsvertrages nicht nur über Vorteile.
- 7 Jeder Vermittler der SDK legt seine Beziehung zur SDK klar und eindeutig offen.
- 8 Wir legen großen Wert auf die Qualifikation unserer Vermittler.
- 9 Die Zusatzvereinbarungen mit Maklern werden so vereinbart, dass deren unabhängige Vermittlung nicht beeinflusst wird.
- 10 Wie weisen unsere Kunden auf den unabhängigen Ombudsmann als Schlichtungsstelle für den Fall von Meinungsverschiedenheiten hin.
- 11 Wir arbeiten nur mit Vermittlern zusammen, die die Inhalte des Kodex anerkennen und praktizieren.

bewerbsrechtlichen Vorschriften. Die Vermittler haben sich an die Compliance-Vorschriften zu halten!

Absichten sind gut, Kontrolle ist besser

Anfang des Jahres 2015 wurde der SDK-Gruppe die Einhaltung aller elf Leitsätze des GDV-Kodex von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG bestätigt. Damit gehört die SDK-Gruppe zu einer der ersten geprüften Gesellschaften.

Umsetzung ist eine Selbstverständlichkeit

Dass die SDK die Leitsätze nicht nur formuliert, sondern auch tatsächlich lebt, zeigt die Ernsthaftigkeit, mit der die SDK die Sache angegangen ist. Ziel war es von Anfang an, die strengen Vorgaben des GDV-Kodex vollumfänglich zu erfüllen und die Prüfung durch KPMG erfolgreich zu bestehen. Dies haben wir erreicht. Die Überprüfung wird zukünftig alle zwei Jahre stattfinden. ■

1-Euro-Spenden über REISEplus unterstützen Ärzte der Welt in Krisenregionen

Kleine Spende – große Wirkung

Beim Blick auf die Krisenregionen dieser Welt wird häufig in großen Zahlen berichtet. Die Zahl der Flüchtlinge in diesen Regionen steigt stetig. Immer mehr neue Konflikte und Krisenherde, wie letztes Jahr in Syrien oder erst kürzlich in Nepal, kommen dazu. Dabei ist die Not der Menschen in den seit vielen Jahren schon bestehenden Krisenregionen, beispielsweise im Irak oder in vielen Regionen Afrikas, unverändert groß.

Diese Erfahrung macht die Hilfsorganisation Ärzte der Welt bei ihrer täglichen Arbeit. Die SDK-Stiftung kooperiert mit „Ärzte

der Welt“ im Rahmen der 1-Euro-Spendenaktion bei REISEplus, der Auslandsreisekrankenversicherung der SDK. Für das Geschäftsjahr 2014 überreichte die SDK-Stiftung einen Spendenscheck in Höhe von 12.000 Euro.

Klaus Henkel, Kuratoriumsvorsitzender der SDK-Stiftung, betonte bei der Scheckübergabe in der SDK-Zentrale in Fellbach den hohen Stellenwert der Spendenaktion für die Stiftung: „Die wohltätige und gemeinnützige Arbeit der SDK-Stiftung bekommt durch die Spendenaktion und die direkt damit gekoppelten konkreten Hilfsleistungen, die Ärzte der Welt weltweit umsetzt, einen besonderen Wert. Wir sind froh, dass wir auch dieses Mal wieder eine schöne Summe für unseren Kooperationspartner einsammeln konnten – dank der SDK-Kunden, die fleißig gespendet haben.“

Humanitäre Arbeit offenbart sich ganz besonders bei den „kleinen“ Beispielen menschlicher Schicksale. Wie sehr Menschen in Krisenregionen vom Schicksal getroffen sind und wie „Ärzte der Welt“ Flüchtlingen, Kindern und von Krieg und Vertreibung Betroffenen helfen, lässt sich an den Einzelschicksalen von Moissa B. und Nazer Mahma nachvollziehen.

Moissa B. ist ein 13 Jahre altes Mädchen aus Syrien und ist, seitdem sie von der Kugel eines Scharfschützen getroffen wurde, gelähmt. „Es ist in Idlib passiert, wo ich mit meiner Familie gewohnt habe. Ich kam von der Schule nach Hause und wurde



Moissa B.



Nazer Mahma



Spendenübergabe: Klaus Henkel (Mitte), Kuratoriumsvorsitzender der SDK-Stiftung, überreichte im April 2015 einen Scheck über 12.000 Euro an Thomas Bader, geschäftsführender Vorstand von „Ärzte der Welt“ (rechts), und Bernward Scholtyseck, Bereichsleiter Fundraising bei „Ärzte der Welt“ (links).

in den Rücken geschossen.“ Die Kugel des Scharfschützen durchtrennte ihr Rückenmark, und obwohl die Ärzte ihr Bestes gaben, gibt es keine Hoffnung, dass sie eines Tages ihre Beine wieder benutzen kann. Moissa B. muss mit ihrem Schicksal alleine umgehen, denn ihre Eltern leben nicht mehr.

Nazer Mahma ist Krankenpfleger im Irak. Er floh mit seiner gesamten Familie, ohne irgendetwas mitnehmen zu können. „Eine Stunde nachdem wir aufgebrochen waren, wurden wir angegriffen.“ Die Familie musste zu Fuß weiter flüchten. „Es waren 45 Grad im Schatten, wir wären fast verdurstet.“ Doch die Flucht gelang. Inzwischen leitet Nazer eine Apotheke für das mobile „Ärzte der Welt“-Team und ist damit im Distrikt Amadiya unterwegs. „Im Team sind Muslime,

Christen, Jesiden. Sie sind Vertriebene, genau wie ich. Wir helfen uns alle gegenseitig.“

Flüchtlinge können sich kaum ausreichend selbst schützen und sind bei ihrer Flucht fast immer auf sich alleine gestellt. Im medizinischen Notfall entsteht dann schnell Lebensgefahr. SDK-Versicherte schützen sich auf Reisen weltweit mit REISEplus und sind damit vor medizinischen Notfällen im Ausland bestens abgesichert. REISEplus-Kunden und auch alle anderen bei der SDK versicherten Mitglieder können durch eine Spende für die SDK-Stiftung unmittelbar die Arbeit von „Ärzte der Welt“ unterstützen und dadurch medizinische Hilfe für notleidende Menschen mitfinanzieren. Über die SDK-Stiftung werden alle eingenommenen Spendengelder gesichert und nachhaltig eingesetzt.

Eine ganz besondere Unterstützung erhielten „Ärzte der Welt“ von einer SDK-Versicherten. Sie hatte letzten Sommer in „Meine SDK“ den Bericht über die Hebammenschule in Togo gelesen und angeboten, Wollmützen für die Neugeborenen dort zu stricken.



Foto: © Ärzte der Welt/Natascha Petersen

Inzwischen konnten „Ärzte der Welt“ schon 300 Mützen an Neugeborene und Kleinkinder in verschiedensten Regionen verteilen. Ein tolles Beispiel für soziales Engagement und ein wertvoller Beitrag für „Ärzte der Welt“ über die eigentliche Spendenaktion hinaus. ■

Die SDK unterstützt als Pate seit vielen Jahren schon die **Tour Ginkgo**, eine Benefiz-Radtour der **Christiane-Eichenhofer-Stiftung**, die jedes Jahr auf ihrer dreitägigen Tour Geld für kranke Kinder einsammelt. In diesem Jahr radelten zahlreiche Prominente in der Region Tübingen/Neckaralb. Die SDK war mit mehreren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Fahrerfeld vertreten. Der Erlös der diesjährigen Tour kommt dem Verein „Hilfe für kranke Kinder e. V.“ an der Universitätsklinik Tübingen zugute. Mehr Infos zur Tour Ginkgo unter www.tour-ginkgo.de



Zwei neue Ausgaben der **Publikationsreihe SDK-BLICKPUNKTE**, herausgegeben von der SDK-Stiftung, sind erschienen. Heft 4 behandelt das Thema „Individualisierte Medizin – Chancen und Grenzen zukünftiger Patientenversorgung“ Heft 5 greift das Thema des diesjährigen SDK-Symposiums auf: „Gesunde Qualität – Gesundheitsversorgung auf dem Prüfstand“. Beide Hefte können kostenlos als Druck bestellt oder online als PDF heruntergeladen werden. Auch ein kostenfreies Abonnement ist möglich. www.sdk.de/unternehmen/sdk-stiftung/sdk-blickpunkte



Wenn Sie für die durch die SDK-Stiftung unterstützten Projekte von **Ärzte der Welt** spenden möchten, lautet die Bankverbindung:

SDK-Stiftungskonto
IBAN DE78 5006 0400 0001 0269 30
BIC GENODEFFXXX (DZ Bank)
Verwendungszweck: Ärzte der Welt

Mitglieder werben Mitglieder

Eintauchen in ein gesünderes Leben

Viele Menschen benötigen nicht mehr als einen kleinen wohlwollenden Schubs, um über ihre Gesundheit nachzudenken. Wichtig sind die Menschen, die diesen Anstoß geben. Zugegeben: Bei manchen Menschen ist etwas mehr Initiative nötig, um sie von der Notwendigkeit eines gesunden Lebenswandels zu überzeugen. Aber dafür sind gute Freunde schließlich da.

Im Rahmen unserer Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“ bitten wir Sie: Geben Sie Ihre positiven Erfahrungen mit der SDK an Freunde, Bekannte oder Kollegen weiter und geben Sie so den Anstoß für ein gesünderes Leben.

Ihre Empfehlung lohnt sich auf jeden Fall. Denn das neue Mitglied kommt zu einer Krankenversicherung, die regelmäßig Bestnoten erhält: von renommierten Wirtschaftsmagazinen, der unabhängigen Ratingagentur Assekurata und bei Kundenbefragungen. Und Sie

erhalten für Ihre erfolgreiche Empfehlung (Ausnahme: REISEplus) einen BestChoice-Gutschein „Sport“ im Wert von mindestens 25 Euro. ■

So einfach geht's:

1. Berichten Sie Ihrer Familie und Ihren Freunden von Erfahrungen mit der SDK.
2. Wählen Sie eine der Prämien aus.
3. Nutzen Sie das Onlineformular unter: www.sdk.de/service/mitglieder-werben-mitglieder



Maßgeschneiderte Versorgungsangebote

Das Beste aus gesetzlich und privat

Mit ihrem Kooperationspartner mhplus bietet die SDK gesetzlich Versicherten passgenaue Zusatzleistungen, die den gesetzlichen Basisschutz ideal ergänzen. mhplus-Versicherte profitieren auf diese Weise von einem Rundumschutz, der sich nahezu beliebig erweitern lässt.

Gleichzeitig sieht sich die mhplus als Krankenversicherer, der versteht, wie Menschen denken, fühlen und handeln. Als Begleiter in allen Gesundheitsfragen hat sie den Anspruch, mit ihren Leistungen die hohen gesetzlichen Standards zu übertreffen. Die mhplus belegt dieses Selbstverständnis unter anderem mit Angeboten, die im Umfeld der gesetzlichen Krankenkassen weitgehend sind:

Achtung Rücken!

Rückenschmerzen sind ein Volksleiden der Deutschen. Aus diesem Grund hat die mhplus ein Internetportal geschaffen, das sich dem Thema Rückenschmerz aus unterschiedlichsten Perspektiven nähert. Die entscheidenden Stichworte dabei sind: Schmerzen verstehen, lindern und behandeln. Nutzer finden nicht nur Informationen zu den Leistungsangeboten, sie erhalten umfassende Informationen über die Wirbelsäule und



erfahren, was sie im Alltag tun können, um Schmerzen zu vermeiden. Dazu gehört beispielsweise die richtige Sitzhaltung am PC-Arbeitsplatz oder die Wahl einer Sportart, die zur Schmerzlinderung beitragen kann. Das Informationsangebot zum Thema Rücken finden Interessierte hier: www.achtung-ruecken.de

Versorgungsmanagement

Mit einem besonderen Betreuungsangebot für Versicherte mit chronischen Erkrankungen des Herzens oder der Psyche gehört die mhplus einmal mehr zu den Vorreitern unter den gesetzlichen Kassen. Im Rahmen dieses Programms erhalten betroffene Versicherte über den Zeitraum eines Jahres eine persönliche und intensive Beratung, die die Behandlungsschritte und Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen begleitet. Eine wissenschaftliche Studie hat gezeigt, dass eine Intensivbetreuung bei psychisch Erkrankten zu deutlichen gesundheitlichen Verbesserungen führt.

Besondere Behandlungsprogramme

mhplus-Versicherte profitieren von besonderen Versorgungsangeboten, die nicht von allen Krankenkassen in gleicher Weise erbracht werden. Schlagworte sind: integrierte Versorgung, hausarztzentrierte Versorgung oder Disease-Management-Programme. Dahinter stehen vertragliche Vereinbarungen mit Ärzten oder Ärztenverbänden. Derartige Angebote verbessern beispielsweise die Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Mediziner oder ermöglichen innovative Therapien. Mehr zu unseren Programmen finden Sie hier: www.mhplus.de/behandlung-plus.html

Spitzenplätze im Vergleichstest

Die Ergebnisse des großen Focus-Money-Krankenkassentests untermauern den hohen Leistungsanspruch der mhplus gegenüber ihren Versicherten. Die mhplus konnte in zahlreichen Testrubriken Spitzenplätze erzielen. Dazu gehören beispielsweise:

Hotline der SDK: 0711 5778-650

Im Internet: www.sdk.de/mhplus.html

Per E-Mail: mhplus@sdk.de

Beste regionale Krankenkasse

Bereits mehrfach erhielt die mhplus in der Vergangenheit das Label „Beste regionale Krankenkasse“ und beweist damit ein gleichbleibend hohes Leistungsniveau, das langfristig allen Versicherten zugute kommt.



Bonusprogramme

Gleich drei Bonusprogramme für Kinder und Erwachsene bietet die mhplus ihren Versicherten. Belohnt werden insbesondere gesundheitsfördernde Aktivitäten. Wer teilnimmt, profitiert doppelt: zum einen von den Effekten einer gesunden Lebensweise, zum anderen von tollen Prämien.



Zusatzleistungen

Mit vielen Extras überzeugt die mhplus im Bereich Zusatzleistungen. Dazu gehören beispielsweise besondere Vorsorgeangebote für Schwangere, zahlreiche Schutzimpfungen oder die Hautkrebsvorsorge.



Vorsorge und Prävention

Gesund sein und bleiben gehört zu den wichtigsten Wünschen der meisten Menschen. Die mhplus unterstützt ihre Versicherten dabei mit vielfältigen Gesundheitskursen zu den Themen Ernährung, Entspannung und Bewegung, mit vielen Vorsorgeuntersuchungen oder einem Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung (ab 18 Jahren).



Service

Mit Angeboten wie der Erreichbarkeit rund um die Uhr, einer medizinischen Beratungshotline oder der Vermittlung von Facharztterminen hat die mhplus auch in der Rubrik Servicequalität die Nase vorn. ■



Rechtliche Informationen

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung

Der PKV-Verband hat in Abstimmung mit der BaFin und dem zuständigen juristischen Treuhänder neue brancheneinheitliche Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung erstellt. Mit den Änderungen werden das erste Pflegestärkungsgesetz und das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf umgesetzt.

Die Leistungsverbesserungen zielen insbesondere auf eine Stärkung der häuslichen Pflege. Es handelt sich im Einzelnen um die Erhöhung der Leistungsbeträge, eine Erweiterung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie niedrigschwellige Angebote zur Entlastung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Dazu zählen Hilfen im Haushalt, Alltagsbegleiter oder ehrenamtliche Helfer.

Ein weiteres Ziel ist die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Als wesentliche neue Leistung wurde dafür das Pflegeunterstützungsgeld eingeführt. Dabei handelt es sich um einen Lohnersatz für bis zu zehn Arbeitstage, an denen Beschäftigte nahe Angehörige in einer akut aufgetretenen Pflegesituation betreuen.

Die zu ändernden Texte (Fassung alt) sind, teilweise als Auszug aus den entsprechenden Regelungen, *kursiv* dargestellt.

Inhaltliche Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 1 Abs. 2 MB/PPV

Hinweis: Die Neueinfügung bedeutet eine Ausdehnung der zusätzlichen Betreuungsangebote im stationären Bereich auf alle Pflegebedürftigen. Mit dem zweiten Satz wird die Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen bei der Begleitung eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen sichergestellt.

Fassung alt

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16 Sätze 3 und 4). 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, voraus-

sichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Fassung neu

(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. Ein Versicherungsfall für Leistungen nach § 4 Abs. 14 i.V.m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) liegt auch dann vor, wenn eine Erkrankung der versicherten Person im Sinne des § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) besteht.

§ 1 Abs. 9 MB/PPV

Hinweis: Die Änderung betrifft zeitliche Regelungen für den Leistungsbeginn des Pflegeunterstützungsgeldes und der Inanspruchnahme von Pflegezeit.

Fassung alt

(9) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 3, 2. Alt. und Satz 4 durch einen vom Versicherten beauftragten Arzt oder durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt.

Fassung neu

(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 Versicherten 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 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 beginnt der Versicherungsfall frühestens mit der Freistellung nach § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz.

§ 4 Abs. 1 Satz 6 MB/PPV

Hinweis: In den Leistungsumfang der häuslichen Pflege werden die neuen Entlastungsleistungen zur Entlastung der Pflegebedürftigen und pflegender Angehöriger aufgenommen.

Fassung alt (Auszug)

(1) ... 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 Betreuungsleistungen erstattet werden. ...

Fassung neu (Auszug)

(1) ... 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 Entlastungsleistungen erstattet werden. ...

§ 4 Abs. 6 MB/PPV

Hinweis: Die Leistungen für die Verhinderungspflege werden auf sechs Wochen je Kalenderjahr ausgeweitet.

Fassung alt

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PP erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Fassung neu

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder

aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PP erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

§ 4 Abs. 7a MB/PPV

Hinweis: Im Rahmen der Stärkung der häuslichen Pflege erweitert die Regelung die Wohngruppenförderung.

Fassung alt

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

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

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

Fassung neu

(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 Wohnung 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.

§ 4 Abs. 9 MB/PPV

Hinweis: Teilstationäre Tages- und Nachtpflege kann künftig zusätzlich zu ambulanten Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung erfolgt. Die bisherigen komplexen Regelungen zur Kombination der Leistungen werden aufgehoben.

Fassung alt

(9) Die versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren:

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen gemäß Nr. 1 des Tarifs PP um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PP über 50 v.H. in Anspruch genommen werden. Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PP je Kalendermonat 50 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich das Pflegegeld gemäß Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PP über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen bei teilstationärer Pflege gemäß Absatz 8 zusammen mit der Kombination von Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 und Pflegegeld gemäß Absatz

2 in Anspruch genommen, bleiben die Leistungen nach Absatz 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten findet Absatz 5 Satz 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v.H. auszugehen und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

Fassung neu

(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.

§ 4 Abs. 10 MB/PPV

Hinweis: Die Kurzzeitpflege kann künftig um den Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege erhöht und um bis zu vier Wochen verlängert werden.

Fassung alt (Auszug)

(10) ... Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Fassung neu (Auszug)

(10) ... 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.

§ 4 Abs. 14 bis 14b MB/PPV

Hinweis: Die Neueinfügungen regeln die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes bei bis zu zehntägiger Arbeitsverhinderung sowie die Leistungen für Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in dieser Zeit.

Fassung alt

(14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9 des Tarifs PP auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Fassung neu

(14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – (siehe Anhang) wird, 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), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (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) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.

§ 4 Abs. 16 MB/PPV

Hinweis: Zusätzlich zu den bisherigen niedrighschwelligigen Betreuungsangeboten gibt es künftig auch niedrighschwellige Entlastungsangebote für Pflegebedürftige, Angehörige oder vergleichbar nahestehende Pflegepersonen.

Fassung alt

(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 und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Abs. 1), teilstationärer Pflege (Abs. 8) und Kurzzeitpflege (Abs. 10) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PP. Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei stationärer Pflege (Abs. 8, 10 und 11) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PP.*

Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Weitere Voraussetzung ist, dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und der vom Versicherer beauftragte Arzt oder der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung 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.

Fassung neu

(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 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.

§ 4 Abs. 16b MB/PPV

Hinweis: Die neue Regelung beinhaltet die Anrechnung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen auf Leistungen der häuslichen Pflege sowie eine Verpflichtung zur Inanspruchnahme von Beratungsleistungen.

(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 niedrighschwellige 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 niedrighschwelligeren 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 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 nach 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.

§ 4 Abs. 16c MB/PPV

Hinweis: Die Neueinfügung sieht Zuschläge für die Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen vor.

(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.

§ 4 Abs. 19 MB/PPV

Hinweis: Es wurde klargestellt, dass der Förderbetrag für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung von gemeinsamen Wohnungen bereits in Anspruch genommen werden kann, wenn die Umgestaltungsmaßnahme vor der Gründung einer Wohngruppe oder dem Einzug erfolgt.

Fassung alt

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

Fassung neu

(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PP einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PP. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem

Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

Redaktionelle Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 6 Abs. 2 Satz 6 MB/PPV

Fassung alt

Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder dem Gutachter des medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind.

Fassung neu

Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind.

§ 8 Abs. 3 c) MB/PPV

Fassung alt

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

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn ...; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, ...

Fassung neu

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

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn ...; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, ...

Änderungen der Tarifbeschreibung

Tarif PP mit Tarifstufen PPN und PPB redaktionelle Änderung

Fassung alt

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2014) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Fassung neu

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

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

Fassung alt (Auszug)

... Sehen die Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1- 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte

Fassung neu (Auszug)

Sehen die Beihilfavorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1-5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Nr. 1 und 2 Tarif PP

Hinweis: Die Änderung betrifft die Anhebung der Leistungsbeträge.

Fassung alt

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung werden je Kalendermonat

a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 450 Euro,

b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.100 Euro,

c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.550 Euro erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwändungsersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflege stufe III weit übersteigt. ...

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- | | |
|---|-----------|
| a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I | 235 Euro, |
| b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II | 440 Euro, |
| c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III | 700 Euro. |

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

In Tarifstufe PB/PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro, in Pflegestufe III bis zu 31 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 21 Euro erstattet.

Fassung neu

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung werden je Kalendermonat

- | |
|--|
| a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 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 Aufwändungsersatz 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. ...

2. Pflegegeld

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.

In Tarifstufe PB/PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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.

Nr. 3 Tarif PP

Hinweis: Im ersten Absatz wird der Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege erhöht. Im neuen dritten Absatz wird die Anrechnung bei einer Kombination von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege geregelt.

Fassung alt

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson
Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.550 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. ...

Fassung neu

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

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.

...

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806 Euro auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PP (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PP entsprechend. 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).

Nr. 4 und 5 Tarif PP

Hinweis: Die Änderung betrifft die Anhebung der Leistungsbeträge.

Fassung alt

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

... 4.2 *Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 31 Euro je Kalendermonat erstattet.*

4.3 *Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 2.557 Euro je Maßnahme begrenzt.*

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

5. Teilstationäre Pflege

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

5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 450 Euro,

5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.100 Euro,

5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.550 Euro erstattet.

Fassung neu

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 40 Euro je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.000 Euro je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000 Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

5. Teilstationäre Pflege

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.

Nr. 6 Tarif PP

Hinweis: Für die Kurzzeitpflege wird der Leistungsbetrag erhöht und die Anrechnung bei der Kombination mit der Verhinderungspflege neu geregelt.

Fassung alt

6. Kurzzeitpflege

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 1.550 Euro pro Kalenderjahr ersetzt. ...

Fassung neu

6. Kurzzeitpflege

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. ...

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PP (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. In diesem Fall wird der Anspruch abweichend von Satz 1 auf längstens 8 Wochen pro Kalenderjahr ausgedehnt. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PP entsprechend. 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).

Nr. 7 Tarif PP

Hinweis: Es handelt sich um eine Anhebung der Leistungsbeträge.

Fassung alt

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

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 1.023 Euro je Kalendermonat,

b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro je Kalendermonat,

c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.550 Euro je Kalendermonat,

d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 2 anerkannt sind, in Höhe von 1.918 Euro je Kalendermonat erstattet, ...

7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2) werden die Aufwendungen 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 256 Euro je Kalendermonat, abgegolten. ...

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536 Euro.

Fassung neu

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

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, ...

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

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

Nr. 9 Tarif PP

Hinweis: Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes und die Berechnung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden mit den Neueinfügungen geregelt.

Fassung alt

Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt nach Maßgabe von § 44a SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 150, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PB/PPB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Fassung neu

9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 150, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt. In Tarifstufe PB/PPB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang).

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt

Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt. Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PB/PPB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anlage). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

In Tarifstufe PB/PPB werden die Zahlungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Nr. 11 Tarif PP

Hinweis: Mit der Änderung werden die neuen Entlastungsleistungen eingefügt und die Leistungsbeträge erhöht.

Fassung alt

11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

a) der teilstationären Pflege,

b) der Kurzzeitpflege,

c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und

nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder

d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind, werden bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. ...

Fassung neu

11. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

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

a) der teilstationären Pflege,

b) der Kurzzeitpflege,

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 niedrigschwelligen 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. ...

Nr. 13 Tarif PP

Hinweis: Der Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen wird erhöht.

Fassung alt

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

Fassung neu

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

Nr. 15 Tarif PP

Hinweis: Die Änderung betrifft die Erhöhung und Ausweitung der Leistungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Fassung alt

15. Weitere Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
15.1 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe besteht Anspruch auf

- a) Pflegegeld nach Nr. 2.1 Tarif PP in Höhe von 120 Euro oder
- b) Häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PP in Höhe von bis zu 225 Euro oder
- c) Kombinationsleistungen aus den Nr. 2.1 und Nr. 1 Tarif PP (§ 4 Abs. 5) je Kalendermonat, sowie Anspruch auf Leistungen nach Nr. 3 und Nr. 4 Tarif PP (§ 4 Abs. 6 und 7).

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 70,00 Euro auf 305,00 Euro
- b) die häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PP um 215,00 Euro auf bis zu 665,00 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 85,00 Euro auf 525,00 Euro
- b) die häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 um 150,00 Euro auf bis zu 1.250,00 Euro.

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

Fassung neu

15. Weitere Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

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

- a) Pflegegeld nach Nr. 2.1 Tarif PP in Höhe von 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 1.298 Euro. In Tarifstufe PPB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde der Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung als prozentualer Satz der beitragspflichtigen Einnahmen ausgestaltet. Damit war eine entsprechende Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif erforderlich.

§ 8a Abs. 5 S. 2 AVB/BT**Fassung alt**

Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung und der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Abs. 2 SGB V (Anhang) jeweils bekannt gegebenen Höhe wird hinzugerechnet.

Fassung neu

Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Abs. 2 SGB V mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Satzungsänderung der Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.

Die Hauptversammlung der Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G. hat folgende Satzungsänderung beschlossen:

§ 4 der Satzung wird am Ende um folgenden Absatz ergänzt:
„Die Mitglieder des Vorstands sind gegen Entgelt tätig.“

Hinweis: Diese Änderung hat lediglich klarstellenden Charakter und wurde notwendig, da durch Art. 6 Nr. 1 des Gesetzes zur Stärkung des Ehrenamtes vom 21. März 2013 (BGBl. 2013, Teil I Nr. 15, S. 556) § 27 Abs. 3 BGB folgender Satz angefügt worden ist: „Die Mitglieder des Vorstands sind unentgeltlich tätig.“ Diese Regelung ist am 01.01.2015 in kraft getreten. Gemäß § 53 Abs. 2 S. 1 VAG findet § 27 BGB auf kleinere VVaG, also auch auf die Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G., Anwendung. § 40 BGB sieht vor, dass unter anderem § 27 Abs. 3 BGB keine Anwendung findet, als die Satzung ein anderes bestimmt. Da die Vorstandsmitglieder der Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G. auch in Zukunft gegen Entgelt tätig sein sollen, war oben genannte Satzungsänderung erforderlich.

PDF statt Papier

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

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

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

Wie das geht?

Ganz einfach: Klicken Sie auf www.sdk.de bitte folgende Menüpunkte: „Service“ und dann „SDK News“. Sie finden links in der Navigation „Meine SDK Onlinebezug“. Oder Sie scannen den QR-Code und geben im Formular Ihre Daten ein.

