DAS GESUNDHEITSMAGAZIN DER SDK

AUSGABE 2022

# MEINE SDK

## Immun bleiben? Einfach gesund durch die kalte Jahreszeit.

**Individuelle Unterstützung? Einfach erhalten.**
Mit der SDK immer an Ihrer Seite.

**Nachhaltigkeit für kommende Generationen? Einfach fair.**
Die private Krankenversicherung als Modell der Zukunft.

**Gesundheit verstehen? Einfach machen.**
So werden Sie zum Experten Ihrer eigenen Gesundheit.

SDK
Einfach für Ihr Leben da.

# DIGITAL EINREICHEN?

## Einfach machen.

Mit der SDK-App können Sie Ihre Anliegen schnell, unkompliziert und sicher erledigen – überall und jederzeit.

**SDK-App jetzt herunterladen und von vielen Vorteilen profitieren:**

- Dokumente einreichen
- Bearbeitungsstatus verfolgen
- Adress- und Bankdaten ändern
- Bescheinigungen anfordern
- Umfangreiches Service-Angebot nutzen
- Gesundheitsinformationen erhalten

Denn als Gesundheitsspezialist sind wir auch digital als leistungsstarker Partner an Ihrer Seite.

Weitere Infos unter: Telefon 0711 7372 - 7234 von Mo. – Fr. 07:30 – 17:30 Uhr oder AppSupport@sdk.de

▸ **www.sdk.de/app**

**SDK-App kostenlos downloaden:**

Laden im App Store

JETZT BEI Google Play

SDK
Einfach für Ihr Leben da.

V. l. n. r.:
Olaf Engemann,
Benno Schmeing,
Dr. Ralf Kantak,
Ralf Oestereich

# Liebe Mitglieder,

schon bald neigt sich ein weiteres ereignisreiches Jahr dem Ende zu, der Herbst hat Einzug gehalten. Anstatt auf Sommer, Sonne, Sonnenschein müssen wir uns nun auf die kalte Jahreszeit einstellen.

Deswegen heißt es in den kommenden Wochen und Monaten besonders: Passen Sie auf sich auf. In vielen Fällen kann die eigene Gesundheit bereits anhand recht einfacher Maßnahmen positiv beeinflusst werden. Mit einigen Tipps und Tricks kann man viel tun, um Ansteckungen zu vermeiden oder ggf. möglichst schnell wieder fit zu werden. Wussten Sie, warum zum Beispiel Hühnersuppe wirklich bei Erkältung hilft? Oder mit welchen gesunden und zugleich leckeren Rezepten Sie Ihren Abwehrkräften etwas Gutes tun können?

Und sollte es doch einmal etwas Ernsteres sein als nur eine Erkältung: Wir als SDK sind auch bzw. ganz besonders in solchen Fällen für Sie da, denn Ihre Gesundheit ist unsere Herzenssache. Deshalb stehen wir Ihnen in allen Gesundheitsfragen zur Seite. Das betrifft die Prävention mit Blick auf schwere Krankheiten ebenso wie den Erhalt der Gesundheit und damit Ihrer Lebensqualität ganz allgemein.

In dieser Ausgabe unseres Mitgliedermagazins „Meine SDK“ können Sie viel Spannendes rund um das Thema Immunsystem nachlesen, bekommen Tipps und Tricks an die Hand, wie Sie ihren Abwehrkräften etwas Gutes tun, und können weitere interessante Inhalte entdecken.

**Schon gewusst?**

In dieser Ausgabe finden Sie immer wieder kleine Infoboxen mit interessanten Fakten, hilfreichen Informationen und praktischen Tipps – damit Sie einfach gesund durch die kalte Jahreszeit kommen.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre und vor allem eines: Gesundheit.

Herzliche Grüße
**Ihr Vorstand**

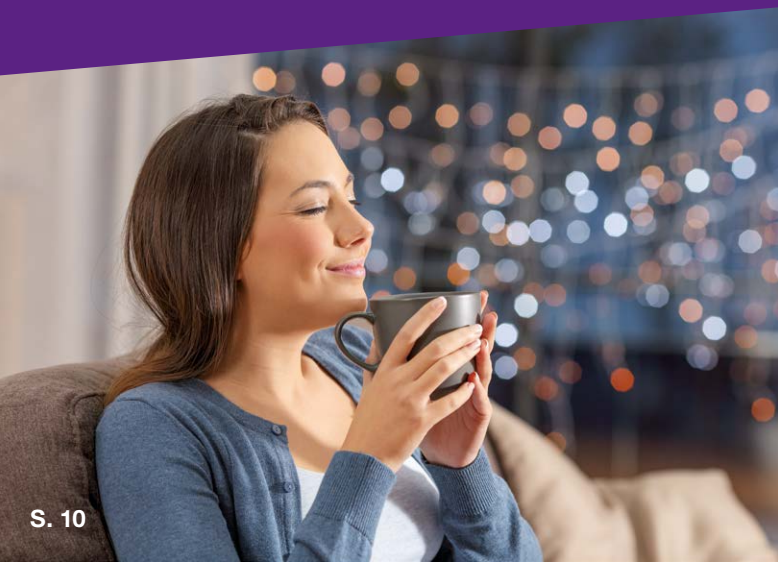
Dr. Ralf Kantak,
Vorsitzender des Vorstands,
Zentralbereiche

Olaf Engemann,
Vorstand,
Vertrieb und Marketing

Benno Schmeing,
Vorstand,
Betriebsbereiche

Ralf Oestereich,
Vorstand,
IT und Betriebsorganisation

01



S. 10

02

S. 12

## Bestens informiert


06 eRezept, gematik, TI? Einfach Bescheid wissen.

07 Der Arztbesuch per Telefon oder App

08 Jubiläum für die SDK. 25 Jahre betriebliche Krankenversicherung.

09 Arbeitskultur in neuer Umgebung gestalten. Ein Blick hinter die (Arbeits-)Kulisse der SDK.

10 **Kümmerer in herausfordernden Zeiten**

11 Unser Gesundheitsprogramm „covidcare“ gegen die Langzeitfolgen von Covid-19

### Schon gewusst?

Sonne tanken ist auch in der kalten Jahreszeit essenziell für unsere Gesundheit. Doch oft wird die Kraft der Sonnenstrahlen im Winter unterschätzt. Fallen die Temperaturen unter 8 Grad, sinkt die Talgproduktion der Haut und damit auch der hauteigene Sonnenschutz. Schnee und Eis reflektieren die UV-Strahlen der Sonne zusätzlich um bis zu 90 %. Dadurch kann die Sonne unsere Haut noch schneller angreifen, was zu Pigmentstörungen, Faltenbildung und sogar Hautkrebs führen kann. Deshalb vor allem auch im Winter **Sonnenschutz** verwenden.

## Einfach abgesichert


12 **Nachhaltig und fair gegenüber kommenden Generationen. Die private Krankenversicherung als Modell der Zukunft.**

13 Freiwillig gesetzlich versichert? Höchste Zeit für GesundheitsFAIR!

14 Warum eine private Pflegezusatzversicherung wichtig ist!


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


15 SDK NEVA: digitale und nachhaltige Produkte für alle Lebenslagen

03

04

## Rundum unterstützt


16 Gemeinsam für eine schnelle Abrechnung

17 Was geht App? Warum Sie sich unbedingt die SDK-App herunterladen sollten.

18 **Gesundheit verstehen? Einfach machen.**


### Newsletter jetzt abonnieren

Unser SDK-Newsletter „EINFACH AKTUELL“ hält Sie in Sachen Gesundheit immer auf dem Laufenden. Noch nicht abonniert? Dann wird es höchste Zeit. Einfach anmelden und nichts mehr verpassen. So geht's:

1. **www.sdk.de/newsletter** aufrufen
2. Das Formular befüllen und absenden
3. Sie erhalten eine E-Mail von uns. Bitte bestätigen Sie Ihre Eintragung.
4. Sie erhalten eine Bestätigungs-E-Mail.
5. Top informiert sein

▸ **www.sdk.de/newsletter**

## Einfach gesund


20 **Wie funktioniert das Immunsystem?**

22 Wahr oder falsch? Erkältungs-Mythen im Faktencheck.

23 Gesunde Rezepte? Einfach zu Hause nachkochen.

24 Einfach im Gespräch bleiben, wenn's um Ihre Gesundheit geht.

27 Höchste Qualität – unabhängig bestätigt

27 Impressum

01

Bestens informiert

# eRezept, gematik, TI?

## Einfach Bescheid wissen.

Hören Sie in letzter Zeit öfter Begriffe wie eRezept, ePA, gematik oder TI? Hier erfahren Sie, was sich dahinter verbirgt.

Die Gesellschaft für Telematik GmbH – kurz **gematik** – wurde im Jahr 2005 von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens gegründet. Der Verband der Privaten Krankenversicherung ist einer der gematik-Gesellschafter und setzt sich für die Belange seiner Versicherten ein. Die gematik hat u. a. den gesetzlichen Auftrag, die Infrastruktur im Gesundheitswesen, die sogenannte **Telematikinfrastruktur (TI),** voranzutreiben.

Über das TI-Netzwerk können verschiedene Leistungserbringer, z. B. Ärzte, Krankenhäuser, gesetzliche Krankenkassen (GKV) oder private Krankenversicherungen (PKV), Daten sicher miteinander austauschen. Die sektorenübergreifende TI soll die zentrale Plattform für Gesundheitsanwendungen in Deutschland werden. Um Zugang zur TI zu erhalten, ist eine Anmeldung (Authentifizierung) der einzelnen Anwender anhand einer **elektronischen Identität (eID)** erforderlich. Zur Beantragung der eID wird die **Krankenversichertennummer (KVNR)** benötigt, die der eindeutigen Identifizierung einer versicherten Person dient. Bislang wird diese nur von den gesetzlichen Krankenkassen ausgegeben. Um eine eID zu erhalten und von der TI zu profitieren, benötigen auch privat Versicherte künftig eine KVNR. Daher erhalten im Jahr 2023 unsere voll- und beihilfeversicherten Mitglieder weitere Informationen zur KVNR-Vergabe.

Welche Vorteile bringt die TI? Die gematik GmbH hat im Rahmen des sicheren TI-Gesundheitsnetzes **Fachanwendungen** und Prozesse im Gesundheitswesen definiert. Diese sollen u. a. dazu dienen, die Therapiesicherheit zu erhöhen sowie Mehrfachuntersuchungen durch eine bessere digitale Datengrundlage zu vermeiden. Die beiden wichtigsten Fachanwendungen sind aktuell das eRezept und die ePA:

- **Das elektronische Rezept (eRezept):**
  Zukünftig sollen Arzneimittelrezepte nicht mehr in Papierform, sondern digital ausgestellt werden. Sie können dann anhand der eRezept-App der gematik eingelöst werden. Nach einer Testphase folgt eine stufenweise Einführung für gesetzlich Versicherte und in einem weiteren Schritt werden auch privat Versicherte die eRezept-App nutzen können. Sobald Sie als SDK-Mitglied die eRezept-App nutzen können, werden wir Sie darüber informieren.

- **Die elektronische Patientenakte (ePA):**
  Mit der ePA haben Versicherte zukünftig alle medizinischen Informationen wie Medikationsplan, Arztbriefe oder Impfpass zur Hand – sie liegen transparent und sicher gespeichert in der ePA-App ab. So können sich Ärzte sowie die Versicherten jederzeit einen Überblick über die Gesundheitslage verschaffen. Die Nutzung ist freiwillig und die Hoheit über die Daten liegt bei den App-Nutzern. Das heißt, sie entscheiden, welche Daten einem Arzt zur Verfügung gestellt werden und welche nicht. Für die PKV besteht zurzeit keine gesetzliche Einführungspflicht. Zudem müssen noch einige technische Spezifikationen an das Umfeld der PKV angepasst werden. Die SDK prüft aktuell die Voraussetzungen für eine SDK-ePA und wird ihre vollversicherten Mitglieder über eine Verfügbarkeit zum entsprechenden Zeitpunkt informieren.

Den Überblick bei all diesen Innovationen bewahren?
Wir informieren Sie rechtzeitig über wichtige Neuerungen!

# Eine echte Alternative:

# der Arztbesuch per Telefon oder App

Lange Wartezeiten, unflexible Praxis-Öffnungszeiten oder Ansteckungsgefahr im Wartezimmer – ein Praxisbesuch ist immer aufwändig und muss geplant werden. Spontan und schnell zum Arzt? Das geht selten. Und obwohl das Arztgespräch nicht lange dauert, müssen rund 2,5 Stunden für einen Praxisbesuch inkl. Fahrzeit eingeplant werden.

Seit einiger Zeit geht das bequemer und flexibler dank Telemedizin. Hier sprechen Patienten per Telefon oder Video mit Ärzten. Sogar Befunde und Diagnosen sowie Rezepte oder Krankschreibungen sind möglich ohne Praxisbesuch. Solche virtuellen Sprechstunden werden immer beliebter. So stieg die Zahl der Videosprechstunden von knapp zwei Millionen in 2020 auf rund 3,5 Millionen in 2021.

Privatversicherte sind dabei im Vorteil, indem Privatrezepte als eRezept ausgestellt und in Online- oder niedergelassenen Apotheken eingelöst werden können. Das ist praktisch für Chroniker und Menschen, die regelmäßig Medikamente einnehmen. Und wer akut krank ist? Der kann von zu Hause aus einen Arzt konsultieren, ohne Ansteckungsgefahr in der Praxis.

Aber wie ist das mit der medizinischen Qualität? Kann ein Arzt aus der Ferne so gut diagnostizieren wie in der Praxis? Die Stiftung Warentest hat im Juni dieses Jahres die Qualität des digitalen Arztbesuches getestet.

**Das Fazit:**

Videosprechstunden sind eine echte Alternative! Natürlich müssen Ärzte telemedizinisch geschult und erfahren sein. Nicht alle Anbieter bringen diese Voraussetzungen mit. „Deshalb hat sich die SDK für Medgate als Telemedizin-Partner entschieden. Ausschlaggebend waren 20 Jahre telemedizinische Erfahrung und erstklassige Ärzte mit deutscher Approbation“, sagt SDK-Vorstand Benno Schmeing.

medgate_

Tatsächlich startete Medgate schon vor über zwei Jahrzehnten mit Telemedizin in der Schweiz. „Seit 2020 können auch SDK-Versicherte die Medgate-Ärzte aus über 20 Fachrichtungen rund um die Uhr konsultieren und profitieren von den neusten telemedizinischen Möglichkeiten“, sagt Andreas Bogusch, Geschäftsführer von Medgate. So können Medgate-Ärzte heute auf modernste Bildbefundung oder elektronische Krankschreibung zurückgreifen. Patienten können medizinische Dokumente, Befunde oder Medikationspläne digital speichern und ablegen und bei Bedarf mit ihren Ärzten teilen, wobei strengster Datenschutz gilt. Eine runde Sache, diese Telemedizin!

## Schon gewusst?

**Regelmäßige Wechselduschen** sind ein gutes Training für das Immunsystem. Durch das heiße Wasser weiten sich unsere Blutgefäße, kaltes Wasser hingegen zieht sie wieder zusammen. Dieser Wechsel fördert die Durchblutung, sodass unsere Zellen besser mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden. Dadurch können unsere Schleimhäute Viren und Bakterien besser abwehren und wir werden nicht so schnell krank. Aber Achtung! Wechselduschen sollten nur als Vorbeugemaßnahme fungieren. Während einer Krankheit ist das Immunsystem bereits geschwächt und man sollte mit dem Wechselduschen pausieren.

# Jubiläum für die SDK

## 25 Jahre betriebliche Krankenversicherung.

Können Sie sich noch an 1997 erinnern? Klonschaf Dolly wurde der Öffentlichkeit vorgestellt, wir haben noch in D-Mark gezahlt und einen eigenen Internetanschluss zu Hause hatten nur die wenigsten. Auch das Thema betrieblicher Gesundheitsschutz steckte zu diesem Zeitpunkt noch in den Kinderschuhen. Aber wie bei jeder Neuerung bedarf es mutigen Vorreitern. Und beim Thema betriebliche Krankenversicherung (BKV) war es unter anderem die SDK, die dieses wichtige Thema aufgenommen und seitdem sukzessive weiterentwickelt hat.

Innovation hat für uns Tradition – so lässt sich die Erfolgsstory unserer betrieblichen Krankenversicherung auf den Punkt bringen. Bereits vor einem Vierteljahrhundert haben wir mit einem modernen, unkomplizierten und leistungsstarken Tarifwerk Maßstäbe gesetzt – als einer der ersten Anbieter im Markt. Seitdem bringen wir die BKV immer wieder mit neuen Ideen voran und entwickeln unsere Produkte für Arbeitgeber und ihre Mitarbeitenden beständig weiter: mit dem Ziel, möglichst vielen Menschen hochwertigen Gesundheitsschutz zu bieten.

Sie sind Unternehmer oder Personalchef und wollen sich im Kampf um die besten Talente abheben und durch gesunde Mitarbeitende die eigene Wettbewerbsfähigkeit sichern? Dann freuen sich unsere Experten auf Ihren Anruf unter 0711 7372 - 6778.

**Feiern Sie mit!**
Unser Jubiläumsjahr wollen wir natürlich nicht allein feiern. Deshalb haben wir für unsere Firmenkunden ein tolles Paket zusammengestellt. Weitere Informationen finden Sie auf **www.gesundwerker.sdk.de/25-jahre**

# Arbeitskultur in neuer Umgebung gestalten

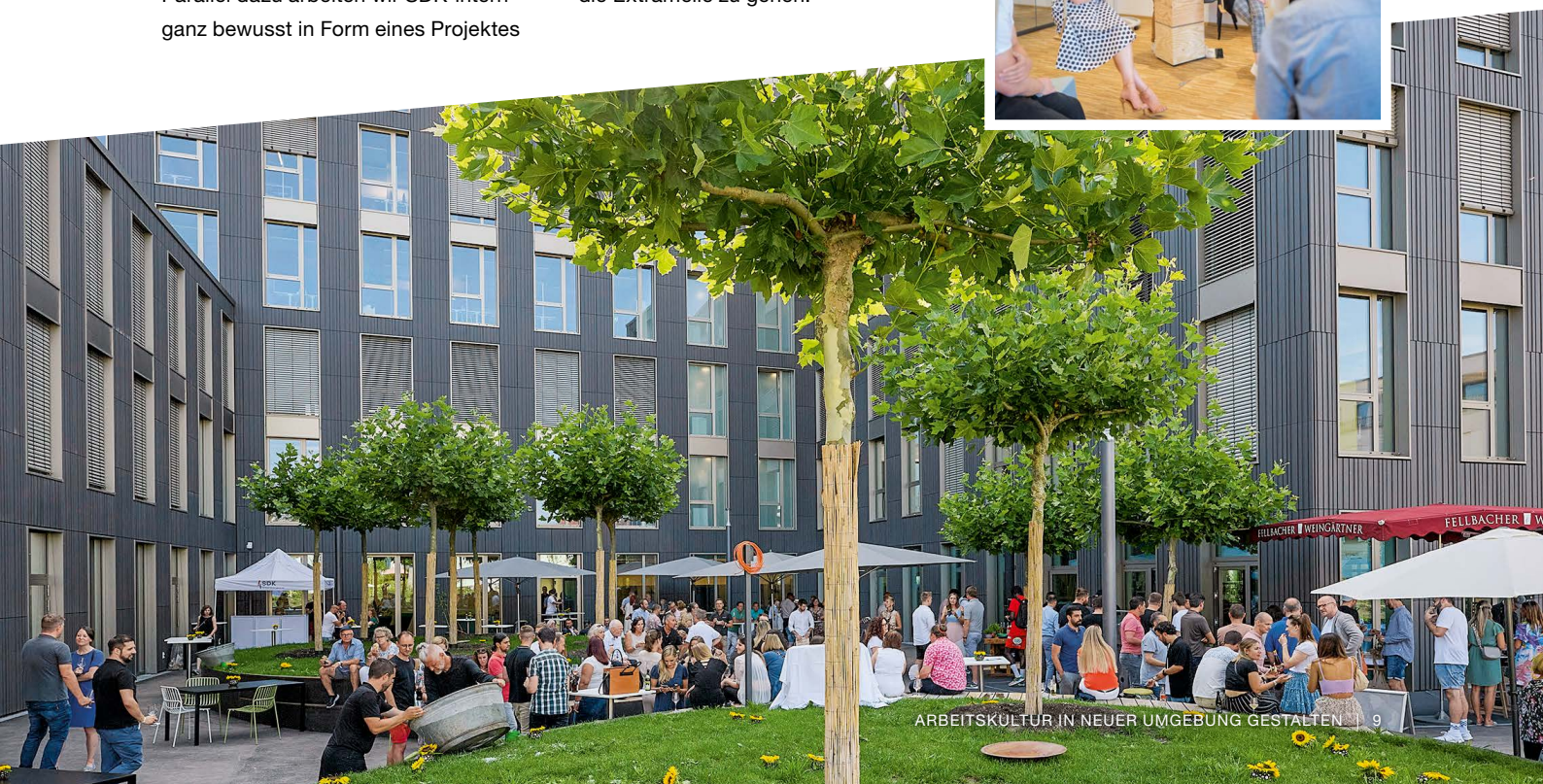
## Ein Blick hinter die (Arbeits-)Kulisse der SDK.

Die Hauptverwaltung der SDK ist umgezogen, vom Raiffeisenplatz 5 an den Raiffeisenplatz 11 in (weiterhin) 70736 Fellbach. Das neue Gebäude liegt nur einige Meter entfernt von der bisherigen Hauptverwaltung. Dennoch ändert sich einiges, vor allem in Sachen Arbeitskultur und -umgebung.

Mit der neuen Hauptverwaltung sollten die Grundlagen geschaffen werden für einen Arbeitsplatz der Zukunft. Daher beruht das neue Bürokonzept auf sogenannten Teamflächen und Arbeitsplatzbelegung. Bei der Ausgestaltung hat das Projektteam bewusst Mitarbeitende aller Abteilungen eingebunden. Herausgekommen ist eine moderne und vielseitige Arbeitsumgebung mit verschiedenen Bereichen, vom Stillarbeitsplatz über Begegnungszonen bis hin zu Projektflächen.

Parallel dazu arbeiten wir SDK-intern ganz bewusst in Form eines Projektes an unserer Arbeits- und Unternehmenskultur, um diese neue Arbeitsumgebung auch aktiv mit Leben zu füllen. An dem Zielbild, das beschreibt, wie diese neue Kultur aussehen soll, damit wir auch in Zukunft für Sie Bestleistungen erbringen können, haben nicht nur das Management, sondern auch ca. 10 % der Mitarbeitenden in mehreren Workshops mitgewirkt.

Denn wir wollen für Sie – unsere Mitglieder – noch schneller und besser werden und sind überzeugt, dass eine moderne und flexible Arbeitsumgebung dies positiv befördern kann. Denn kombiniert mit einer entsprechenden Unternehmenskultur fördert sie den Wissenstransfer, die bereichsübergreifende Zusammenarbeit sowie das eigenverantwortliche Denken und Handeln jedes und jeder Einzelnen sowie die Bereitschaft, für unsere Kunden die Extrameile zu gehen.



# Kümmerer in herausfordernden Zeiten

**Vor über zwei Jahren stellte die Corona-Pandemie unseren Alltag auf den Kopf. Gleich zu Beginn haben wir als SDK reagiert und ein Corona-Management aufgesetzt.**

Während die Labore restlos übelastet waren, haben wir innerhalb kürzester Zeit ein umfassendes Betreuungsangebot geschaffen: Corona-Tests, deren Ergebnisse innerhalb kurzer Zeit vorlagen, und eine anschließende telefonische Begleitung. Damals war Corona eine große Unbekannte.

Als Gesundheitsspezialist konnten wir unseren Mitgliedern in dieser Zeit Sicherheit geben, in der vieles andere unsicher war. Heute wissen wir mehr über das Corona-Virus. Inzwischen gibt es Impfangebote, die mit hoher Wahrscheinlichkeit vor schweren Verläufen schützen.

## Schon gewusst?

Wer täglich ca. 20 Minuten meditiert, kann seinen Blutdruck spürbar senken und somit das Risiko, einen Schlaganfall oder Herzinfarkt zu erleiden, erheblich reduzieren. Gleichzeitig entspannt die Meditation den Körper und gilt als Wunderwaffe gegen Alltagsstress.

Dennoch ist für viele Betroffene nach einer Infektion mit dem Corona-Virus nichts mehr, wie es einmal war: Sie leiden unter Long-Covid-Symptomen. Zu den häufigsten gesundheitlichen Folgen nach einer Covid-19-Infektion gehören Müdigkeit, Erschöpfung, Geruchs- und Geschmacksstörungen, Atembeschwerden, depressive Verstimmung, beeinträchtigte Denkleistung und weitere Symptome. Diese anhaltenden körperlichen und seelischen Beschwerden belasten die Betroffenen im Alltag sehr. Auch in diesen Fällen sind wir für Sie da.

Das **Long-Covid-Programm „covidcare“** bietet Ihnen persönliche Betreuung sowie Unterstützung mit Informationen zur Bewältigung der Folgen einer Corona-Infektion.

Sie möchten an diesem Programm teilnehmen? Dann können Sie sich direkt anmelden unter **www.sdk.de/covidcare**

Unsere Gesundheitsservices entwickeln wir ständig weiter und reagieren dabei auch auf kurzfristige Veränderungen. So stehen wir Ihnen als Gesundheitsspezialist auch in Zeiten von Pandemien als starker Partner zur Seite!

**Ihre Gesundheit und Ihre Bedürfnisse stehen für uns im Mittelpunkt.** Konsequenterweise haben wir ein Strategieprojekt aufgesetzt, das sich darauf konzentriert, unsere internen Abläufe und Services in Ihrem Sinne zu verbessern.

## Schon gewusst?

**Hühnersuppe** hilft tatsächlich bei Erkältung. Das bewährte Hausmittel blockiert die Neutrophilen – bestimmte weiße Blutkörperchen, die für Entzündungen und Schwellungen der Schleimhäute mitverantwortlich sind. Außerdem stärkt das in der Hühnerbrust enthaltene Carnosin zusätzlich unser Immunsystem.

Dafür haben wir die Mitarbeitenden in unserem Haus geschult, die **„Kundenbrille“** aufzusetzen und die bestehenden Abläufe im Kundensinne zu verbessern. An vielen Stellen sind wir dadurch bereits schneller in der Bearbeitung geworden und können auf Ihre Anliegen individuell eingehen. Um sicherzugehen, dass wir mit unseren Optimierungen auf dem richtigen Weg sind, wird mit Hilfe der unabhängigen **Rating-Agentur Assekurata** eine jährliche Kundenbefragung durchgeführt.

Zudem holen wir **Ihr Feedback** direkt bei Neuabschluss, Vertragsänderung und im Leistungsfall ein. **An dieser Stelle vielen Dank an alle, die bereits Feedback gegeben haben und es künftig tun werden. Ihre Meinung ist entscheidend, nur mit Ihrer Hilfe können wir besser werden!**

# Unser Gesundheits-programm „covidcare“ gegen die Langzeitfolgen von Covid-19

Gemeinsam mit unserer Tochtergesellschaft widecare GmbH bieten wir für unsere voll- oder beihilfeversicherten Mitglieder mit Long Covid das telefonische Gesundheitsprogramm „covidcare“ an. „covidcare“ ist speziell auf die Folgen einer Corona-Infektion ausgerichtet. Die Gesundheitsmanager der widecare GmbH kümmern sich um Sie, wenn Sie nach einer Corona-Infektion Hilfe benötigen.

Sie beantworten Ihre Fragen, betreuen Sie durch medizinisches Fachpersonal, helfen Ihnen beim Umgang mit Folge- oder Begleiterkrankungen und unterstützen bei der Suche nach einem passenden Arzt oder einer Therapie.

Jetzt unter **www.sdk.de/covidcare** anmelden und von medizinischer Expertise und digitaler Unterstützung profitieren.

# Nachhaltig und fair gegenüber kommenden Generationen

## Die private Krankenversicherung als Modell der Zukunft.

Angesichts der demografischen Entwicklung geraten unsere Sozialsysteme finanziell zunehmend in Schieflage. Ein ernstes Problem, für das die Politik Lösungen finden muss. Sonst müssen wir alle und vor allem zukünftige Generationen schon bald mit noch größeren Einschränkungen und/oder Belastungen rechnen. Die private Krankenversicherung (PKV) ist mit ihrer Kapitaldeckung vor diesem Hintergrund ein echtes Zukunftsmodell.

In den vergangenen Jahren ist die umlagefinanzierte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziell immer mehr in Schieflage geraten, Corona hat diese Entwicklung noch verschärft. In den Sozialversicherungen verteilen sich immer höhere Lasten auf immer weniger Schultern. Die Folge: Vor allem die GKV kann sich schon seit Jahren nicht mehr allein durch ihre Beitragseinnahmen finanzieren. Seit einigen Jahren betragen die regulären Staatszuschüsse zur GKV 14,5 Milliarden Euro pro Jahr – der größte Einzelposten bei den Finanzhilfen des Bundes. In der Corona-Pandemie wurde der Zuschuss im Jahr 2022 sogar auf 28,5 Milliarden Euro aufgestockt. Angesichts des hohen Defizits in der GKV war zu erwarten, dass der Bundeszuschuss weiter erhöht wird. Neben einer Anhebung des Zusatzbeitrages und anderer Maßnahmen soll auch der reguläre Zuschuss zur GKV um weitere 2 Milliarden Euro auf dann 16,5 Milliarden Euro angehoben werden. Echte Strukturreformen, um die Kranken- und Pflegeversicherung besser auf den demografischen Wandel vorzubereiten, wurden bislang nicht angepackt, sind jedoch dringend geboten.

Ein Anstieg der Bundeszuschüsse steht zudem grundsätzlich im Widerspruch zum dualen System aus GKV und PKV, weil er eine massive Wettbewerbsverzerrung zulasten der PKV erzeugt. Denn durch die Zuschüsse werden die Beiträge in der GKV mit Steuergeldern, die auch Privatversicherte zahlen, obwohl sie die Leistungen dieses Systems gar nicht in Anspruch nehmen, subventioniert.

Die PKV erhält hingegen keinerlei Steuermittel. Trotzdem sorgt sie mit ihrer Kapitaldeckung dafür, dass jede Generation ihre eigenen Gesundheitskosten selbst abdeckt. Dafür bildet sie sogenannte Alterungsrückstellungen, auch Nachhaltigkeitsreserve genannt. Bei der SDK bspw. ist die Vorsorgequote, also die Kennzahl, die anzeigt, wie viel von jedem Euro Beitrag für die Kostendeckung im Alter zurückgelegt wird, traditionell überdurchschnittlich. Im vergangenen Geschäftsjahr betrug sie 43,5 % (der Branchenwert liegt bei 36,9 %). Damit ist die PKV mit Blick auf die demografische Herausforderung nicht nur Teil der Lösung, sondern ein echtes Zukunftsmodell.

Quelle: PKV-Verband, www.pkv.de/positionen/bundeszuschuss

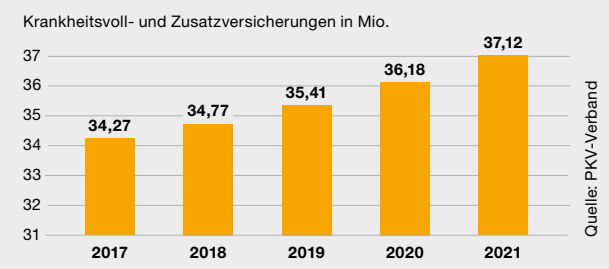
## Gesund werden und gesund bleiben

# Freiwillig gesetzlich versichert? Höchste Zeit für GesundheitsFAIR!

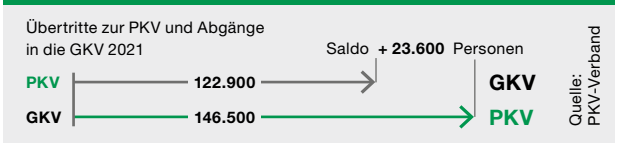
**Sie sind selbstständig oder freiberuflich tätig? Oder angestellt, mit jährlichem Einkommen von mehr als 64.350 Euro? In beiden Fällen können Sie sich privat vollversichern.**

Wenn Sie trotzdem noch Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, dann sollten Sie sich unsere private Vollversicherung GesundheitsFAIR genauer ansehen. Denn die Nachfrage nach privatem Versicherungsschutz hat bundesweit deutlich zugelegt. Zögern Sie nicht, Ihre medizinische Versorgung auf den neuesten Stand zu bringen. Mit GesundheitsFAIR!

### Fast jeder Zweite ist privatversichert




### Mehr Menschen wechseln in die PKV




Als SDK-Mitglied mit Zusatzversicherung(en) haben Sie eine richtige Entscheidung für Teilbereiche schon getroffen. Machen Sie jetzt mit der Vollversicherung den nächsten Schritt.

### Was macht eine Vollversicherung bei der SDK so attraktiv?

Als Premiumanbieter mit genossenschaftlicher Prägung und der Erfahrung aus fast 100 Jahren bieten wir mit GesundheitsFAIR starke Leistungen, die ihrem Namen gerecht werden. Denn die Tarife sind fair und für größtmögliche Beitragsstabilität generationengerecht kalkuliert, als Bausteine für ambulante, stationäre und Zahnleistungen frei wählbar und flexibel auf die jeweilige Lebenssituation anpassbar.

**Vollversicherung GesundheitsFAIR: 5 Sterne für Beitragsstabilität**

### Ein Auszug unserer Leistungen:

- Freie Arzt- und Krankenhauswahl
- Privatärztliche Behandlung und bessere Unterbringung im Krankenhaus
- Erstattung von Zahnbehandlung zu 100 %, Zahnersatz/Kieferorthopädie bis zu 90 % bei freier Wahl der Qualität
- Beitragsrückerstattung
- SDK-App: Rechnungseinreichung auch digital
- Medgate-App: Telemedizin und Gesundheitsberatung
- Ergänzende Gesundheitsdienstleistungen wie Prävention, ärztliche Zweitmeinung, Expertensuche, Facharztterminservice …

### Ihr Weg zur optimalen Absicherung

Sie sind freiwillig gesetzlich versichert, haben bei der SDK eine Zusatzversicherung und interessieren sich für unsere Vollversicherung GesundheitsFAIR? Oder Sie möchten Ihre aktuelle Versorgung analysieren lassen? Dann nehmen Sie bitte Kontakt mit Ihrem zuständigen Vermittler auf.

Sie kennen Menschen aus Ihrem Umfeld, denen Sie mit der SDK einen guten Tipp geben wollen? Dann wenden Sie sich bitte an **vermittlerservice@sdk.de** oder **Telefon 0711 7372-7140**

### Schon gewusst?

**Saunieren** ist nicht nur entspannend, sondern Prävention gegen Erkältungen. Durch die Hitze entsteht eine Art künstliches Fieber. Das steigert die Produktion von Abwehrstoffen. Gleichzeitig härten starke Temperaturwechsel den Körper ab, sodass Infekte leichter abgewehrt werden können.

## Die aktuelle Pflegereform

# Warum eine private Pflegezusatzversicherung wichtig ist!

Inzwischen benötigen immer mehr Menschen im Alter eine professionelle Pflege. Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat sich seit 2010 nahezu verdoppelt. Bis 2050 prognostiziert das Statistische Bundesamt einen Anstieg auf 6,1 Millionen. Doch gute Pflege ist teuer, ganz gleich, ob die Pflege daheim durch Angehörige, einen mobilen Pflegedienst oder stationär im Heim stattfindet. Die gesetzliche Pflegeversicherung finanziert einen Teil der Maßnahmen, sie übernimmt jedoch nicht die vollen Kosten. Die durchschnittlichen Eigenanteile bei stationärer Pflege liegen mittlerweile bei 2.100 Euro oder mehr im Monat.

Mit der im vergangenen Jahr verabschiedeten Pflegereform wollte der Gesetzgeber für finanzielle Entlastung sorgen. Die Leistungen für ambulante Fachkräfte wurden angehoben und der Eigenanteil bei stationärer Pflege gedeckelt.

### Die Entlastung beträgt:

- ab dem ersten Monat 5 %,
- bei mehr als 12 Monaten 25 %,
- bei mehr als 24 Monaten 45 % und
- bei mehr als 36 Monaten 70 %,

jeweils vom pflegebedingten Eigenanteil.

### Das leistet die gesetzliche Pflegepflichtversicherung

| | Pflegegeld bei Pflege durch Angehörige | Pflegesachleistung bei Pflege durch ambulanten Pflegedienst | Vollstationäre Pflege im Pflegeheim |
|---|---|---|---|
| **Pflegegrad 1** | 125 €* | – | 125 € |
| **Pflegegrad 2** | 316 € | 724 € | 770 € |
| **Pflegegrad 3** | 545 € | 1.363 € | 1.262 € |
| **Pflegegrad 4** | 728 € | 1.693 € | 1.775 € |
| **Pflegegrad 5** | 901 € | 2.095 € | 2.005 € |

* Als Geldbetrag, der für Erstattung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen zur Verfügung steht. Auszahlung nur gegen Rechnungsvorlage.

### Was bedeutet die Entlastung?

Betroffene bleiben immer noch auf einem hohen Eigenanteil sitzen, den sie selbst irgendwie finanzieren müssen. Denn die Entlastung bezieht sich lediglich auf die Pflegekosten, nicht auf Kosten für Unterbringung, Verpflegung sowie Investitionen. Eine spürbare Entlastung erfolgt erst ab dem vierten Jahr. Dennoch verbleiben auch dann knapp zwei Drittel der Kosten beim Pflegebedürftigen.

### Wer zahlt im Pflegefall?

Wer pflegebedürftig wird und keine Pflegezusatzversicherung hat, muss für den Eigenanteil sein Einkommen und seine Ersparnisse aufbrauchen. Unangetastet bleibt in jedem Fall ein gesetzlich festgelegter Geldbetrag, das sogenannte Schonvermögen. Zurzeit sind das 5.000 Euro. Ansonsten aber gilt: Auch das Vermögen muss eingesetzt werden, zum Beispiel eine Lebensversicherung. Das selbst bewohnte Haus oder die eigene Wohnung bleibt außen vor. Ausnahmen kann es aber geben, wenn die selbst oder vom Ehepartner bewohnte Immobilie „unangemessen“, also zu groß ist.

Für Ehe- oder Lebenspartner gilt, dass sie füreinander finanziell einspringen müssen. Aber auch hier gelten gewisse Einschränkungen. Beiden Eheleuten bleibt ein Schonbetrag von zusammen 10.000 Euro, den das Ehepaar nicht für die Kosten der Pflege antasten muss. Wenn alle Mittel ausgeschöpft sind, springt das Sozialamt ein und übernimmt die Kosten. Es achtet aber darauf, dass diese „angemessen“ und „nicht unverhältnismäßig“ sind. Die Behörde würde keine Unterbringung im Luxus-Pflegeheim finanzieren.

Unter Umständen müssen sich auch Kinder an den Pflegekosten ihrer Eltern beteiligen. Allerdings nur, wenn sie ein jährliches Bruttoeinkommen von mehr als 100.000 Euro haben.

Wer sein Vermögen schützen, selbstbestimmt entscheiden und seine Lebensqualität auch im Pflegefall behalten möchte, der sollte rechtzeitig vorsorgen. Weitere Infos finden Sie auf **www.sdk.de/pflege**

Wichtige Pflichtinformationen

# RECHTLICHE INFORMATIONEN

§

SDK
Einfach für Ihr Leben da.

## Rechtliche Informationen I

# Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

## Änderungen bei der Tarifbeschreibung für den Tarif AP

Im Folgenden sind die Änderungen als Auszug aus den Bedingungsteilen und Tarifen dargestellt *(kursiv)*.

### Tarif AP

**I. Unsere Leistungen**

**7. Auslandsreiseversicherung**

**ALT**

Wir erstatten die Kosten für:

…

- den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus. Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus,

**NEU**

Wir erstatten die Kosten für:

…

- *den medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus. Erweisen sich der zunächst aufgesuchte Arzt oder Krankenhaus als nicht geeignet, zahlen wir die medizinisch notwendige Verlegung zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus.*
- Stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus *einschließlich Unterkunft, Pflege und Verpflegung im Krankenhaus. An Stelle der Kostenerstattung können Sie für jeden Tag der stationären Behandlung 50 EUR erhalten. Das Tagegeld zahlen wir maximal 30 Tage ab Beginn der stationären Behandlung. Sie müssen zu Beginn der stationären Behandlung wählen, welche Leistung Sie in Anspruch nehmen wollen.*

HINWEIS: Die Leistungen des Auslandsreisebausteins im Tarif AP sind an die geänderte Auslandsreiseversicherung angepasst worden. Es handelt sich teilweise um Klarstellungen. Zum Teil handelt es sich um beitragsneutrale Leistungsverbesserungen.

## Änderungen bei der Tarifbeschreibung für die Tarife AM30, AM31, AM32, AM33 und AM10, AM11, AM12 und AM13

Im Folgenden sind die Änderungen als Auszug aus den Bedingungsteilen und Tarifen dargestellt *(kursiv).*

**A. Unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung in Deutschland**

**1. Ärztliche Behandlung und ambulante Behandlung durch Heilpraktiker**

**ALT**

(7) Wir erstatten auch Arznei-, Heil- und Verbandmittel, die ein Heilpraktiker verordnet. Diese fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR pro Kalenderjahr.

**NEU**

(7) Wir erstatten auch Arznei-, Heil- und Verbandmittel *sowie Digitale Gesundheitsanwendungen,* die ein Heilpraktiker verordnet. Diese fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR pro Kalenderjahr.

**NEU**

***22. Digitale Gesundheitsanwendungen***

*(1) Versichert sind die Kosten für die Versorgung mit zertifizierten Medizinprodukten, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind,*

- *bei der versicherten Person oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten*

*oder*

- *die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen*

*zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).*

*(2) Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.*

*(3) Digitale Gesundheitsanwendungen, die die Voraussetzungen von Abs. 1 erfüllen und nicht in das Verzeichnis des Bundesins-*

*tituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurden, sind erstattungsfähig, wenn sie*

- *die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person unterstützen*

*und*

- *einen Nachweis für positive Versorgungseffekte erbracht haben.*

*Wir erstatten keine digitalen Gesundheitsanwendungen, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.*

*(4) Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von den unter Abschnitt A.1. oder A.10. genannten Behandelnden verordnet werden. Je Verordnung erstatten wir die Kosten für maximal 12 Monate. Danach ist eine neue Verordnung erforderlich.*

*(5) Wir sind berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen selbst zur Verfügung zu stellen. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, die digitale Gesundheitsanwendung über uns zu beziehen.*

*(6) Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. abgeschlossen, erstatten wir die dort vereinbarten Vergütungsbeträge. Anderenfalls erstatten wir die Kosten, die nach § 134 SGB V mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart worden sind. Wenn es keine Vergütungsvereinbarungen gibt, erstatten wir die tatsächlichen Kosten.*

*(7) Der Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Wir erstatten keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, beispielsweise für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.*

HINWEIS: Mit dem Digitalen-Versorgungsgesetz wurde die Versorgung gesetzlich Versicherter mit digitalen Gesundheitsanwendungen im SGB V geregelt. Wegen der Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden auch die Leistungsversprechen des Basistarifs und des Standardtarifs angepasst. Wir haben diese Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens zum Anlass genommen, den Versicherten in der Krankenvollversicherung ebenfalls Zugang zu Digitalen Gesundheitsanwendungen zu ermöglichen.

## Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarife A100 - A109, A80, A80B, A75, A210, A220 und Tarif A für Beihilfeberechtigte

Tarifbeschreibungen der Tarife A100 - A109

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für …

**NEU**

***4. Digitale Gesundheitsanwendungen***
*die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze.*

Tarifbeschreibungen der Tarife A80, A80B

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für …

**NEU**

***4. Digitale Gesundheitsanwendungen***
*die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze.*

Übersteigen für 1. ambulante Heilbehandlung, 2. Vorsorgeuntersuchungen, 3. Hilfsmittel und *4. Digitale Gesundheitsanwendungen* zusammen die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von EUR 1.800,–, so erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 20 % der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarifbeschreibung Tarif A75

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

**NEU**

***6. Digitale Gesundheitsanwendungen***
***75 %*** *des Rechnungsbetrages;*

Tarifbeschreibung Tarif A210 / Tarif A220

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei einem jährlichen tariflichen Selbstbehalt von EUR 1.000,– im Tarif A210 und EUR 2.000,– im Tarif A220 (für Kinder beträgt der Selbstbehalt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, jeweils die Hälfte) für …

**NEU**

***8. Digitale Gesundheitsanwendungen***
*Leistungen für Digitale Gesundheitsanwendungen sind zu 60 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.*

Tarifbeschreibung Tarif A für Beihilfeberechtigte

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für …

**NEU**

***4. Digitale Gesundheitsanwendungen***
*die unter Ziffer 1 genannten Erstattungssätze;*

Übersteigen beim Tarif AV für 1. ambulante Heilbehandlung, 2. Vorsorgeuntersuchungen, 3. Hilfsmittel *und 4. Digitale Gesundheitsanwendungen* zusammen die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von EUR 2.600,–, so erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 10 % der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

## Änderungen bei den Tarifbedingungen zu den Tarifen A100 - A109, A80, A80B, A75, A210, A220 und Tarif A für Beihilfeberechtigte

**NEU**

***5.2 zu § 4 (1. u. 2.) MB/KK 2009 Digitale Gesundheitsanwendungen***

*a) Soweit im Tarif vereinbart, sind erstattungsfähig die Kosten für die Versorgung mit zertifizierten Medizinprodukten, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind,*

- *bei der versicherten Person oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten*

*oder*

- *die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen*

*zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).*

*b) Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.*

*c) Digitale Gesundheitsanwendungen, die die Voraussetzungen von Abs. a) erfüllen und nicht in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurden, sind erstattungsfähig, wenn sie*

- *die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person unterstützen*

*und*

- *einen Nachweis für positive Versorgungseffekte erbracht haben.*

*Nicht erstattungsfähig sind digitale Gesundheitsanwendungen, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.*

*d) Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von den unter Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet werden. Je Verordnung erstatten wir die Kosten für maximal 12 Monate. Danach ist eine neue Verordnung erforderlich.*

*e) Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen selbst zur Verfügung zu stellen. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, die digitale Gesundheitsanwendung über den Versicherer zu beziehen.*

*f) Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. abgeschlossen, sind die dort vereinbarten Vergütungsbeträge maßgeblich für die Erstattung. Anderenfalls sind die Kosten, die nach § 134 SGB V mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart worden sind, maßgeblich. Wenn es keine Vergütungsvereinbarungen gibt, werden die tatsächlichen Kosten der Erstattung zu Grunde gelegt. Die Höhe der Erstattung ergibt sich aus dem Tarif.*

*g) Der Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, beispielsweise für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.*

HINWEIS: Mit dem Digitalen-Versorgungsgesetz wurde die Versorgung gesetzlich Versicherter mit digitalen Gesundheitsanwendungen im SGB V geregelt. Wegen der Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden auch die Leistungsversprechen des Basistarifs und des Standardtarifs angepasst. Wir haben diese Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens zum Anlass genommen, den Versicherten in der Krankenvollversicherung ebenfalls Zugang zu Digitalen Gesundheitsanwendungen zu ermöglichen.

## Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif

HINWEIS: Mit dem Digitalen-Versorgungsgesetz wurde die Versorgung gesetzlich Versicherter mit digitalen Gesundheitsanwendungen im SGB V geregelt. Wegen der Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden auch die Leistungsversprechen des Basistarifs und des Standardtarifs angepasst.

Die Regelung zur Bezifferung der Mahnkosten wurde aufgrund aktueller Rechtsprechung geändert und eine Höchstgrenze für die Mahnkosten festgelegt.

Die Erstattungssätze für Zahnersatz wurden an die Höhe der Zuschüsse in § 55 SGB V angeglichen.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

**NEU**

*(3a) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall auch Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen) nach Maßgabe von Abschnitt I. des Tarifs BT. Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in Absatz 2 genannten Leistungserbringern verordnet werden. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.*

***I. Digitale Gesundheitsanwendungen***

*(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die*

*a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und*

*b) nach Verordnung des behandelnden Vertragsarztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 2 MB/BT 2009 angewendet werden.*

*(2) Der Anspruch gemäß Absatz 1 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.*

*(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.*

**§ 8 Beitragszahlung**

**ALT**

(3) … Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

**NEU**

(3) … Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten von *höchstens 5 Euro je Mahnung* zu entrichten.

**C. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie**

**ALT**

(4) Der Aufwendungsersatz beträgt 50 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf 60 Prozent, wenn der Gebisszustand der versicherten Person regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie nachweisen kann, dass sie während der letzten fünf Jahre vor Behandlungsbeginn

a) sich vor Vollendung des 18. Lebensjahrs zweimal in jedem Kalenderjahr

b) sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal in jedem Kalenderjahr

hat zahnärztlich untersuchen lassen. Bei ununterbrochener 10jähriger Inanspruchnahme der jeweils vorgesehenen Untersuchungen erhöht sich der Aufwendungsersatz um weitere 5 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei einer Unterbrechung des Fünf- oder Zehnjahreszeitraums vermindert sich der Aufwendungsersatz wieder auf 50 Prozent.

**NEU**

(4) Der Aufwendungsersatz beträgt *60* Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf *70* Prozent, wenn der Gebisszustand der versicherten Person regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie nachweisen kann, dass sie während der letzten fünf Jahre vor Behandlungsbeginn

a) sich vor Vollendung des 18. Lebensjahrs zweimal in jedem Kalenderjahr

b) sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal in jedem Kalenderjahr

hat zahnärztlich untersuchen lassen. Bei ununterbrochener 10jähriger Inanspruchnahme der jeweils vorgesehenen Untersuchungen erhöht sich der Aufwendungsersatz um weitere 5 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei einer Unterbrechung des Fünf- oder Zehnjahreszeitraums vermindert sich der Aufwendungsersatz wieder auf *60* Prozent.

## Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif

HINWEIS: Mit dem Digitalen-Versorgungsgesetz wurde die Versorgung gesetzlich Versicherter mit digitalen Gesundheitsanwendungen im SGB V geregelt. Wegen der Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden auch die Leistungsversprechen des Basistarifs und des Standardtarifs angepasst.

Die Regelung zur Bezifferung der Mahnkosten wurde aufgrund aktueller Rechtsprechung geändert und eine Höchstgrenze für die Mahnkosten festgelegt.

Die Regelungen zu den Heilmitteln und das Heilmittelverzeichnis wurden an die beihilfefähigen Höchstsätze des Heilmittelverzeichnisses der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) angepasst.

Das Heilmittelverzeichnis finden Sie hier ab Seite 13:

**Bitte den QR-Code abfotografieren!**

**§ 4 Umfang der Leistungspflicht**

**NEU**

**Nr. 3 c Definitionen**

*(4) Erstattungsfähige Heilmittel sind auch Ergotherapie, Podologie und Ernährungstherapie, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs (Anlage) aufgeführt sind und von Ergotherapeuten oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten,*

*Podologen oder medizinischen Fußpflegern nach § 1 des Podologengesetzes oder Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftlern erbracht werden.*

*(3a) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall auch Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Behandelnden die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet werden. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.*

***Nr. 3 d Digitale Gesundheitsanwendungen***

*(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die*

*a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und*

*b) nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 2 MB/ST 2009 angewendet werden.*

*(2) Der Anspruch gemäß Absatz 1 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.*

### § 8 Beitragszahlung

### Nr. 7 Mahnkosten

**ALT**

Die Mahnkosten betragen je Mahnung 5,00 EUR.

**NEU**

*Die Mahnkosten dürfen je Mahnung 5 EUR nicht überschreiten.*

## Leistungen des Versicherers

### A. Ambulante Behandlung

### 6. Heilmittel

**ALT**

80 % der nach dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für die Leistungen

des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten (siehe Nr. 3c Abs. 2 TB/ST), des Logopäden (siehe Nr. 3c Abs. 3 TB/ST)

erstattungsfähigen Aufwendungen, nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A.8 100 %

**NEU**

80 % der nach dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für die Leistungen

des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten (siehe Nr. 3c Abs. 2 TB/ST);
des Logopäden (siehe Nr. 3c Abs. 3 TB/ST)
*des Ergotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (siehe Nr. 3c Abs. 4 TB/ST);*
*des Podologen, des medizinischen Fußpflegers nach § 1 des Podologengesetzes (siehe Nr. 3c Abs. 4 TB/ST);*
*des Diätassistenten, des Oecotrophologen und des Ernährungswissenschaftlers (siehe Nr. 3c Abs. 4 TB/ST)*

erstattungsfähigen Aufwendungen, nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A.9 100 %.

**NEU**

***E. Digitale Gesundheitsanwendungen***

*100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen (s. Nr. 3d TB/ST), jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.*

## Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif

HINWEIS: Die Änderung geht zurück auf die Änderung von § 192 Abs. 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die Einführung eines Direktanspruches des Leistungserbringers wird jetzt auch in den Versicherungsbedingungen abgebildet.

### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

**ALT**

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

**NEU**

*(3) Der Versicherer wird durch Leistung an den Versicherungsnehmer von seiner Leistungspflicht frei. Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang stattdessen unmittelbar an den Leistungserbringer, wenn dieser ihm einen den Anforderungen von*

*Absatz 1 genügenden Nachweis übersendet. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt, worüber er zu informieren ist.*

*(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt eine Benennung nach Satz 1 vor und reicht die versicherte Person einen den Anforderungen von Absatz 1 genügenden Nachweis zur Erstattung ein, ohne zu belegen, dass die Forderung des Leistungserbringers erfüllt ist, ist der Versicherer berechtigt, unmittelbar an den Leistungserbringer zu leisten. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt, worüber die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer zu informieren ist. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann vorbehaltlich von Absatz 3 nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.*

## Änderungen bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen die private Pflegepflichtversicherung

Im Folgenden sind die Änderungen als Auszug aus den Bedingungsteilen und Tarifen dargestellt *(kursiv).*

HINWEIS: Mit den Bedingungsänderungen werden das Digitale-Versorgungs- und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) sowie Änderungen im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) und weiteren Gesetzen umgesetzt. Damit verbunden sind unter anderem die Einführung digitaler Pflegeanwendungen, die Erweiterung der Beratung durch barrierefreie digitale Angebote und die Einführung eines Zuschlages zur Begrenzung des Eigenanteils an pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege.

## I. Bedingungsteil (MB/PPV 2022)

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

**ALT**

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

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

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

Der Anspruch umfasst insbesondere

a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Abs. 2 sowie, wen die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,

b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,

c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,

d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage

e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses sowie

f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

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

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

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung.

**NEU**

(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PP. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische *Rehabilitation im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI (siehe Anhang), sowie im Krankenhaus. Für versicherte Personen mit Behinderungen gelten die Besitzstandsschutzregelungen des § 145 SGB XI (siehe Anhang) entsprechend.*

(3a) Versicherte Personen in vollstationären *Einrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks steht* (§ 43a SGB XI – siehe Anhang) haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PP anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

*(7) … Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 oder im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach Absatz 4 konkrete Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung nach Satz 1 abgeben, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit der Versorgung werden hierbei vermutet. Die Empfehlung darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein.*

*Der Versicherer entscheidet über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang. Kann der Versicherer diese Fristen nicht einhalten, teilt er dies der versicherten Person unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.*

*(12) … Versicherte Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf Ersatz für zusätzliche Aufwendungen zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal.*

*(12a) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege gemäß Nr. 7.6 des Tarifs PP.*

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

Der Anspruch umfasst insbesondere

a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Abs. 2 sowie, wen die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,

b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,

c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,

d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage

e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses sowie

f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

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

a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,

oder

b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

*Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten eines individuellen Versorgungsplanes hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.*

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. *Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person durch barrierefreie digitale Angebote ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen.*

***K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen***

*(20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist.*

*Der Versicherer entscheidet auf Antrag der versicherten Person über die Notwendigkeit der Versorgung des Pflegebedürftigen mit einer digitalen Pflegeanwendung.*

*(21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen. Der Anspruch setzt voraus, dass die ergänzende Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich ist.*

*(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PP.*

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

**ALT**

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

**NEU**

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach dem *Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch* oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des *Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch* vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge oder *nach dem Soldatenentschädigungsgesetz* erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer Einrichtung

der Hilfe für Menschen *mit Behinderungen* gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, *sowie digitale Pflegeanwendungen* soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

**ALT**

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

**NEU**

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. *Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 01. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.*

### § 8 Beitragszahlung

**ALT**

(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie …

e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

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

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies *gilt ab dem 1. Juli 2011* auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang).

**NEU**

(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie …

e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; *bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;* bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht,

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

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

nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang), ); *wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,*

## III. Tarifbedingungen

**ALT**

**1. Häusliche Pflege**

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu **689 Euro,**
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu **1.298 Euro,**
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades4 bis zu **1.612 Euro,**
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu **1.995 Euro**

erstattet.

**6. Kurzzeitpflege**

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

…

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

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

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

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

**NEU**

**1. Häusliche Pflege**

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu ***724 Euro,***
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu ***1.363 Euro,***
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades4 bis zu ***1.693 Euro,***
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu ***2.095 Euro***

erstattet.

**6. Kurzzeitpflege**

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von ***1.774 Euro*** pro Kalenderjahr ersetzt.

…

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu ***1.612 Euro*** auf insgesamt bis zu ***3.386 Euro*** im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PP (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PP entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PP bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PP).

**7. Vollstationäre Pflege und *Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen***

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege *in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen,* die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach *Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung,* im Einzelfall höchstens **266 Euro** je Kalendermonat, abgegolten. *Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten.* Wird für die Tage, an de-

nen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

***7.6 Für versicherte Personen,***

*a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 5 Prozent,*

*b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 25 Prozent,*

*c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 45 Prozent,*

*d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 70 Prozent,*

*ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.*

*Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.*

***15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen***

*Der Anspruch des Versicherten beträgt für beide Leistungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.*

*Der Versicherer kann seine Erstattungen Anspruch auf solche digitalen Pflegeanwendungen begrenzen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen sind. Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten sind die versicherten Personen vom Versicherer mit der Leistungsmitteilung zu informieren.*

*In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.*

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

## § 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

**ALT**

(1) Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen monatlichen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2019 i.V.m. Nr. 7 des Tarifs PP 2019 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. Der monatliche Zuschlagsbetrag sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe wird dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2019) schriftlich mitgeteilt. In Tarifstufe PB/PPB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

(2) Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 MB/PPV 2015 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Leistungen der vollstationären Pflege nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2019 in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen, ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte. Absatz 1 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3) Wechseln versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 und 2 zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen

gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten versicherte Personen mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 1 ermittelten monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 1 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(4) Erhöht sich für versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 bis 3 der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 1 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für versicherte Personen, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 2 gewesen wäre.

**NEU**

*Die Regelungen sind gegenstandslos geworden und wurden gestrichen.*

## Rechtliche Informationen II

# Mitgliedervertretung der Süddeutsche Krankenversicherung a. G.

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

**Wahlkreis I**
(Baden-Württemberg, Rheinpfalz) mit 11 Mitgliedervertretern

**Wahlkreis II**
(Bayern) mit 6 Mitgliedervertretern

**Wahlkreis III**
(übriges Geschäftsgebiet) mit 4 Mitgliedervertretern

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

Die Wahl der MV und EMV erfolgt auf sechs Jahre nach einer vom Aufsichtsrat im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde aufgestellten Wahlordnung. Ausscheidende MV und EMV sind wieder wählbar. Wählbar ist jedes Vereinsmitglied, das volljährig ist und sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindet. Mitglieder des Vereins, die gegen Gehalt oder sonstiges Entgelt in seinen Diensten stehen oder dem Vorstand oder Aufsichtsrat angehören, können nicht gewählt werden. Wahlberechtigt sind die volljährigen Mitglieder des Vereins, sofern ihr Anspruch auf Versicherungsleistungen nicht ruht. Von den 21 Mitgliedern sind 9 MV/EMV bis 2022 und 12 MV/EMV bis 2025 gewählt.

Auf den Wahlkreis I entfallen 11 MV/EMV, davon sind 7 MV/EMV bis 2025 und 4 MV/EMV bis zum 31. Dezember 2022 gewählt. Somit sind 4 MV/EMV zu wählen.

Auf den Wahlkreis II entfallen 6 MV/EMV, davon sind 2 MV/EMV bis 2025 und 4 MV/EMV bis zum 31. Dezember 2022 gewählt. Somit sind 4 MV/EMV zu wählen.

Auf den Wahlkreis III entfallen 4 MV/EMV, davon sind 3 MV/EMV bis 2025 gewählt und 1 MV/EMV ist bis zum 31. Dezember 2022 gewählt. Somit ist 1 MV/EMV zu wählen.

In seiner Sitzung am 28. September 2022 hat der Wahlausschuss die in der Übersicht aufgeführten Mitglieder für die Wahl zu MV/EMV vorgeschlagen:

## Wahlkreis I (Baden-Württemberg, Rheinpfalz)

**MV Jürgen Link,**
Karlsruhe, geb. 1959, Bürgermeister a. D.

**EMV Frank Stober,**
Linkenheim-Hochstetten, geb. 1964, Asset Manager

**MV Ulrich Werner,**
Giengen, geb. 1958, Betriebswirt

**EMV Rainer Heidenwag,**
Winnenden, geb. 1964, Geschäftsführer

**MV Ulla Böhringer,**
Weinstadt, geb. 1979, Geschäftsführerin

**EMV Karlheinz Goder,**
Karlsruhe, geb. 1962, Diplom-Volkswirt

**MV Prof. Dr. Oliver Letzgus,**
Brackenheim, geb. 1966, Diplom-Ökonom

**EMV Karen Benz,**
Fellbach, geb. 1967, Bankkauffrau

## Wahlkreis II (Bayern)

**MV Holger Heidler,**
Kelheim, geb. 1969, Betriebswirt

**EMV Klaus Dieter Bader,**
Königsbrunn, geb. 1969, Steuerberater

**MV Josef Schmid,**
Buchbach, geb. 1964, Bankdirektor

**EMV Alexander Nipp,**
Lindenberg i. A., geb. 1971, Geschäftsführer

**MV Johann Schreff,**
Altfraunhofen, geb. 1969, Bürgermeister

**EMV Johannes Steiger,**
Immenstadt i. A., geb. 1984, Bankbetriebswirt

**MV Franz Hofmann,**
Trostberg, geb. 1963, Direktoriumsmitglied

**EMV Betina Kirsch,**
Straßlach-Dingharting, geb. 1977, Rechtsanwältin

## Wahlkreis III (übriges Geschäftsgebiet)

**MV Ulrich Le,**
Frankfurt a. M., geb. 1965, Unternehmensberater

**EMV Stefan Bohnert,**
Rüsselsheim a. M., geb. 1966, Geschäftsführer

Mitglieder, die mit den vorgeschlagenen MV oder ihren EMV nicht einverstanden sind, haben das Recht des Einspruchs, der dem Wahlausschuss (Süddeutsche Krankenversicherung a. G., 70736 Fellbach, Raiffeisenplatz 11) innerhalb von drei Wochen nach Bekanntgabe in diesen Mitteilungen schriftlich zugegangen sein muss. Wird nicht von mindestens einem Zwanzigstel der Mitglieder des Wahlkreises gegen einen für diesen Wahlkreis nominierten MV oder EMV Einspruch erhoben, so ist dieser mit Ablauf der Einspruchsfrist gewählt. Das Einspruchsrecht steht allen Mitgliedern des jeweiligen Wahlkreises zu. Bei einem rechtswirksamen Einspruch hat der Wahlausschuss anstelle des nicht gewählten MV oder EMV ein anderes Mitglied in der gleichen Weise zur Wahl zu stellen.

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
Raiffeisenplatz 11
70736 Fellbach

Telefon 0711 7372-7140
Telefax 0711 7372-7240

www.sdk.de

SDK
Einfach für Ihr Leben da.

# SDK NEVA:

## digitale und nachhaltige Sachversicherungen für alle Lebenslagen

**Kundenservice SDK NEVA:**
**0711 7372 - 4080**

**Direkt zum Kontaktformular:**
▸ www.neva.sdk.de/kontakt

**Was steckt hinter der SDK NEVA?**
Als Krankenversicherer seit fast 100 Jahren haben wir uns entschieden, eine neue digitale Marke für Sachversicherungen aufzubauen. Unser Ziel: Ihr Leben noch unbeschwerter zu machen. Hinter der neuen Marke steckt ganz viel Nachhaltigkeit, Flexibilität und Einfachheit. Wir wollen nicht nur die Umwelt schützen, sondern auch Sie und was Ihnen lieb und teuer ist absichern. Unsere SDK NEVA Versicherungen sind unkompliziert, lassen sich jederzeit anpassen und sogar täglich kündigen (das kommt auf Grund unseres Top-Preis-Leistungs-Verhältnisses allerdings selten vor). Sie bezahlen nur für den Schutz, den Sie auch wirklich brauchen. Vom Antrag bis zur Schadenabwicklung: Wir bei der SDK NEVA sind zu 100 % digital und damit papierlos und nachhaltig. Aus diesen Kernwerten ist auch der Name entstanden: „NEVA“ steht für „**n**achhaltig und **e**infach: **V**ersicherung für **a**lle“.

**Welche Versicherungen gibt es?**
Gestartet ist die SDK NEVA mit einer Privathaftpflichtversicherung für Einzelpersonen und Familien. Mittlerweile können Sie mit unserer Fahrradversicherung Fahrräder und E-Bikes (Pedelecs) und mit der Elektronikversicherung Ihr Smartphone & Co. absichern.

**Was ist uns wichtig?**
Wie bei der SDK stehen auch bei der SDK NEVA die Bedürfnisse unserer Kunden stets im Mittelpunkt. Und dazu gehören insbesondere schnelle und unkomplizierte Services. So erhalten die Kunden nach Abschluss eines Sachversicherungsprodukts über die Website **www.sdk-neva.de** Zugang zu einem Self-Service-Kundenportal, in welchem sie alle relevanten Geschäftsvorfälle wie z. B. Adressänderungen, Anpassungen der Versicherungsleistung, Zahlweise oder auch die Schadenmeldung durchführen können. Sämtliche Vorgänge werden in Echtzeit und im 24/7-Betrieb verarbeitet. Über eine Postbox im SDK NEVA-Kundenportal sind die Kunden jederzeit über den aktuellen Stand der Bearbeitung informiert. Dies umfasst auch, dass im Schadenfall über ein sogenanntes Schadentracking die komplette Transparenz und Einsicht in die Bearbeitung des Schadenprozesses besteht. SDK NEVA-Kunden kommen somit in den Genuss eines einzigartigen und innovativen Kundenerlebnisses. Die Digitalisierung, der Wunsch nach mehr Nachhaltigkeit und Flexibilität sowie ein verändertes Kundenverhalten fordern auch uns. Auch wenn wir als SDK nun schon fast 100 Jahre Erfahrung vorzuweisen haben, für den Einstieg ins Sachversicherungssegment haben wir uns ganz bewusst die Unterstützung eines digitalen Experten gesichert: die der Neodigital Versicherung AG – eine tolle Kooperation auf gleicher Wellenlänge.

**Wichtig zu wissen:**

- Bei der SDK NEVA handelt es sich um eine rein digitale Marke. Somit erfolgt keine telefonische oder persönliche Beratung zu den NEVA-Produkten über Ihren Berater oder den Vertragsservice der SDK.
- Ein technischer Support (z. B. für Hilfestellungen beim Onlineabschluss) steht Ihnen natürlich zur Seite.
- Sie haben Fragen oder Feedback? Einfach und schnell über das Kontaktformular auf der Website einreichen

▸ www.sdk-neva.de

03

Rundum unterstützt

# Gemeinsam für eine schnelle Abrechnung

Haben Sie sich auch schon gefragt, warum wir als SDK Rechnungen prüfen und wie wir uns bei der Prüfung der Abrechnungsmodalitäten gegenseitig unterstützen können? Grundlage der Rechnungsstellung ist u. a. die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Weichen Leistungserbringer von den darin enthaltenen Positionen ab, ist dies nur in Ausnahmefällen zulässig. Mit Blick auf die Beitragsstabilität prüfen wir gezielt die Einhaltung des Gebührenrechts.

**Was können Sie bereits vor der Einreichung prüfen?**

Sie können prüfen, ob an dem angegebenen Tag eine Behandlung stattgefunden hat bzw. die Positionen grob nachvollziehbar sind. Bei Auffälligkeiten wenden Sie sich bitte direkt an den Rechnungsaussteller.

**Was prüfen wir für Sie?**

Im Anschluss prüfen wir, ob die einzelnen Positionen gebührenrechtlich korrekt abgerechnet wurden. Ob eine medizinisch notwendige Heilbehandlung vorliegt und die Leistungen in Ihrem Tarif versichert sind. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt die Abrechnung ärztlicher Leistungen. Privatpatienten und gesetzlich Versicherte, die das Kostenerstattungsprinzip gewählt haben, erhalten eine Rechnung nach GOÄ.

Es gibt unterschiedliche Interpretationen, wie der Wortlaut der jeweiligen Gebührenziffer richtig zu verstehen ist. Da es zwischen den Leistungserbringern und uns keine unmittelbare Vertragsbeziehung gibt, können wir bei Abweichungen zur Klärung nicht direkt auf den Rechnungsaussteller zugehen. Es bestehen zwei voneinander unabhängige vertragliche Beziehungen. Deshalb ergänzen wir Ihre Leistungsabrechnung mit Begründungen, die Sie bei der Argumentation gegenüber Ihrem Leistungserbringer vorbringen können.

Wurde Ihre Rechnung aus gebührenrechtlichen Gründen gemindert, empfehlen wir Ihnen, sich direkt mit dem Rechnungsaussteller in Verbindung zu setzen. In der Regel wird die Rechnung neu ausgestellt.

**Tipps für eine möglichst reibungslose Leistungsbearbeitung**

Reichen Sie Ihre Belege gerne mehrmals im Jahr ein. Dafür können Sie unsere SDK-App oder den Postweg nutzen oder eine E-Mail an **leistung@sdk.de** (PDF- oder JPG-Datei) senden.

Bitte achten Sie darauf, dass die Belege gut lesbar sind. Bei umfangreichen Behandlungen empfehlen wir Ihnen, vor Beginn der Behandlung einen Kostenvoranschlag einzureichen.

**Schon gewusst?**

Weißkohl ist am gesündesten in Form von **Sauerkraut.** Beim Herstellungsprozess des Superfoods werden die natürlichen Milchsäurebakterien des Weißkohls aktiv. Sie wandeln den Zucker des Kohls in Milchsäure um, regen den Darm an und tragen zu einer gesunden Darmflora bei. Dadurch kann Darmerkrankungen und Entzündungen vorgebeugt werden. Außerdem steigt der Vitamin-B-Gehalt während des Gärungsprozesses stark an.

# Was geht App?

## Warum Sie sich unbedingt die SDK-App herunterladen sollten.

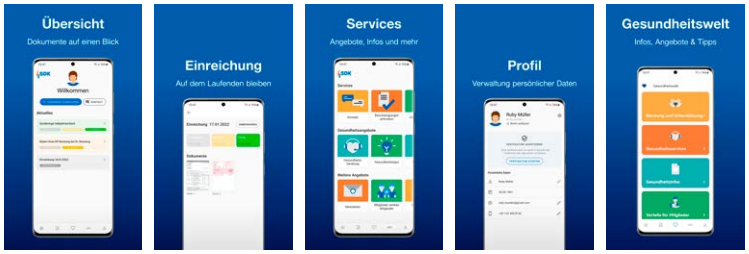
Im Juni erreichte uns ein verzweifelter Anruf unserer Kundin Marion W. Am Telefon berichtete sie uns von Ihrer Odyssee. Dabei ging es glücklicherweise nicht um eine ernsthafte Erkrankung. Frau W. wollte kurz vor dem Urlaub eigentlich nur noch dringend eine mehrseitige Rechnung und einen längeren Untersuchungsbefund einreichen.

Dabei ging jedoch alles schief, was schiefgehen konnte. Beim Einscannen der Rechnung für ihre Ablage hatte der Kopierer zunächst das Papier zerrissen, der Briefumschlag war zu klein und für die passende Briefmarke musste sie an einem Sonntagabend bei Regen durch die halbe Stadt laufen, um einen Briefmarkenautomaten zu finden. Wieder zu Hause angekommen stellte sie fest, dass bei der ganzen Zettelwirtschaft eine Seite den Weg in den Umschlag nicht gefunden hatte. Niedergeschlagen rief uns Frau W. am nächsten Tag an, um uns mitzuteilen, dass eine Seite in einem zweiten Umschlag zu uns unterwegs sei und ob sich dadurch Nachteile für sie ergeben würden.

Ihre SDK-Ansprechpartnerin beruhigte Frau W. und stellte ihr danach noch eine Frage: Haben Sie ein Smartphone, Frau W.? Irritiert bejahte unsere unglückliche Kundin dies. Und so erfuhr Frau W. von der SDK-App. Begeistert ließ sie sich über die Funktionalitäten und Vorteile informieren:

- Reichen Sie Ihre Dokumente mit Ihrem Handy oder Tablet schnell und komfortabel ein – sparen Sie dadurch Zeit und Kosten.
- Verfolgen Sie jederzeit den Bearbeitungsstatus – so sind Sie immer auf dem aktuellen Stand.
- Ändern Sie Adress- und Bankdaten bequem über die App.
- Fordern Sie unkompliziert Bescheinigungen an.
- Nutzen Sie unser umfangreiches Service-Angebot.
- Alle Unterlagen an einem Ort und jederzeit zur Hand

Doch das ist noch lange nicht alles. Wir entwickeln die App stetig für Sie weiter und wollen Ihnen ein so angenehmes Nutzungserlebnis wie möglich bieten. Neben Services bekommen Sie in der SDK-App auch einen umfangreichen Einblick in unsere Gesundheitsangebote und allerhand Informationen und Wissenswertes rund um das Thema Gesundheit. Sie sind neugierig geworden? So sieht das Ganze auf Ihrem Smartphone aus:




**Sicherheit? Aber sicher!**
Gerade bei so sensiblen Daten wie denen zur Gesundheit hat Datenschutz für uns oberste Priorität. Aus diesem Grund ist unsere App datenschutzkonform und erfüllt alle rechtlichen Anforderungen.

Mittlerweile ist nicht nur Frau W. begeistert. Auch das F.A.Z.-Institut bestätigt uns in einer Studie aus dem Mai 2022, unsere App zu den besten Deutschlands in der Kategorie Versicherungen (Gesundheit) gehört. Bewertungsgrundlage dabei waren die Reputation im Netz sowie regelmäßige technische Neuerungen.

**Kostenlos downloaden!**

Laden im App Store

JETZT BEI Google Play

**Sie haben Fragen?**

**Telefon 0711 7372 - 7234**
**Mo. – Fr. 07:30 – 17:30 Uhr**
**oder AppSupport@sdk.de**

Weitere Infos unter
**▸ www.sdk.de/app**

# Gesundheit verstehen? Einfach machen.

Unser Gesundheitssystem ist komplex. Passende und gute medizinische Informationen zu finden ist da oft gar nicht so einfach. Viele wenden sich bei Fragen rund um die Gesundheit an ihre behandelnden Ärzte. Andere suchen selbst nach Informationen – häufig im Internet. Dort findet sich eine unüberschaubare Fülle an medizinischen Informationen. Manche davon sind gut, manche weniger gut.

**Wo finde ich verlässliche Informationen, die mir weiterhelfen?**

Hier kommt die Gesundheitskompetenz ins Spiel: Unter Gesundheitskompetenz versteht man die Fähigkeit, relevante Gesundheitsinformationen selbstständig zu suchen, zu bewerten und auch richtig anzuwenden, um eine angemessene Entscheidung zur eigenen Gesundheit treffen zu können. Dafür ist zunächst wichtig zu überlegen, welche Informationen benötigt werden, und die genaue Bezeichnung der Erkrankung (am besten die Fachbezeichnung) zu kennen. Im Idealfall liefern die gefundenen Informationen verlässliche Zahlen bzw. Aussagen, z. B. zu den gesundheitlichen Risiken, wenn man keine Behandlung wahrnimmt, zum möglichen Nutzen der verschiedenen Behandlungsformen oder zu den möglichen Schäden und Nebenwirkungen von Therapien. Entscheidungen für oder gegen eine Therapie oder Behandlung können schwierig sein. Nur wer mit verlässlichen und verständlichen Informationen ausgestattet ist, kann für sich selbst oder auch im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den behandelnden Ärzten Entscheidungen auf Augenhöhe treffen.

Wissenschaftlich gut abgesicherte und patientenverständliche Informationen finden Sie z. B. auf diesen Websites:
**https://stiftung-gesundheitswissen.de**
**www.gesundheitsinformation.de**

**Wo finde ich für meine Behandlung ein gutes Krankenhaus oder ein passendes Pflegeheim?**

Kliniken sind gesetzlich verpflichtet, Qualitätsberichte abzugeben. Die Bertelsmann-Stiftung bereitet diese Informationen auf und veröffentlich sie für Nutzer verständlich unter **www.weisse-liste.de**. Nutzer können so das Angebot und die Qualität von rund 2.000 Krankenhäusern bundesweit vergleichen. Auch Pflegeeinrichtungen können hier gefunden werden.

**Welche Services bietet die SDK als Gesundheitsspezialist?**

Einen Überblick über das umfangreiche Angebot an Gesundheitsdienstleistungen und -services finden Sie im Folgenden:

▸ **www.sdk.de/gesundplus**

**24/7-Gesundheitsberatung mit Facharzt-terminservice – für alle SDK-Mitglieder**

Ein Anruf genügt und Sie erhalten eine persönliche Beratung von medizinischem Fachpersonal zu zahlreichen Gesundheitsthemen wie u. a. Krankheiten, Untersuchungen und Behandlungen sowie zur Gesundheitsvorsorge und Prävention – kostenlos und rund um die Uhr erreichbar: 0711 7372-5555

▸ **www.sdk.de/gesundheitsberatung**

## Unsere Gesundheitsprogramme

Gemeinsam mit unserer Tochtergesellschaft widecare bieten wir unseren voll- oder beihilfeversicherten Mitgliedern telefonische Gesundheitsprogramme bei (chronischen) Erkrankungen an, die u. a. Unterstützung bei Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Schlafstörungen, chronischen Schmerzen, psychischen Belastungen oder Long Covid bieten. Das Ziel von widecare ist es dabei, unsere Mitglieder mit innovativen Gesundheitsdienstleistungen zu unterstützen und ihnen als kompetenter Partner in allen Gesundheitsfragen zur Seite zu stehen. Sie möchten mehr erfahren?

▸ **www.sdk.de/unterstuetzungsleistung**

## Zweitmeinungsservices

Sie fragen sich, ob die geplante Operation wirklich notwendig ist, oder sind anderweitig verunsichert? Mit dem Zweitmeinungsservice* der SDK erhalten Sie eine zusätzliche Meinung von fachkundigen Experten, z. B. bei:

- Krebserkrankungen,
- einer geplanten Operation (Dermatologie, Herz-Kreislauf-System, Urologie und Gastroenterologie),
- Orthopädie (Rücken, Wirbelsäule, Knie, Schulter, Hüfte, Hand, Fuß).

* Direktabrechnung zwischen SDK und Anbieter.

▸ **www.sdk.de/expertenvermittlung**

## Terminmanagement Psyche – für alle voll- oder beihilfeversicherten Mitglieder

Sie benötigen Unterstützung bei der Suche nach einem ambulanten Therapieplatz für Psychotherapie? Einfach unseren Service nutzen. Kostenlos und vertraulich.

▸ **www.sdk.de/terminmanagement**

## Digitaler Arztbesuch mit der Medgate-App

- Individuelle und sichere ärztliche Beratung durch erfahrene Teleärzte
- 365 Tage im Jahr und 24/7 (PKV), Montag bis Samstag, 07:00 – 19:00 Uhr (BKV)
- Keine Wartezeiten, keine Anfahrt, kein Ansteckungsrisiko
- Ausstellung von Rezepten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

**Jetzt kostenlos downloaden!**

Laden im App Store

JETZT BEI Google Play

Mehr Informationen unter:

▸ **www.sdk.de/telemedizin**

## Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Gesundheits-App auf Rezept? Einfach nutzen.
Die sogenannten Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) können auf Rezept von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet werden. Dabei handelt es sich um digitale Medizinprodukte wie z. B. medizinische Apps oder auch browserbasierte Anwendungen. Die SDK erstattet ihren Mitgliedern mit einer Voll- oder Beihilfeversicherung Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und hat die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) entsprechend ergänzt. **Sie finden die AVB-Änderung auf Seite 2 der eingehefteten Beilage.**

▸ **www.sdk.de/diga**

# Wie funktioniert das Immunsystem?

**Das Immunsystem schützt uns vor Krankheitserregern. Ohne unsere ausgeklügelte körpereigene Abwehr wären wir Viren, Bakterien und Pilzen schutzlos ausgeliefert. Doch wie funktioniert das Immunsystem überhaupt? Warum läuft es manchmal nicht rund? Und wie können wir das Immunsystem stärken?**

## Wie schützt uns unser Körper vor Krankheitserregern?

### Mechanisches Schutzschild

Die meisten Krankheitserreger scheitern bereits an den mechanischen Hürden: Unsere Haut verhindert, dass Schädlinge in unseren Körper eindringen. Die Tränenflüssigkeit reinigt die Augen und entfernt Fremdkörper. Flimmerhärchen auf den Schleimhäuten schützen die Atemwege vor schädlichen Stoffen.

### Mikrobielles Schutzschild

Unser Darm ist von Tausenden gutartiger Mikrobenarten besiedelt. Insgesamt „wohnen“ in unserem Körper Billionen von Mikroorganismen. Gemeinsam bilden sie das sogenannte Mikrobiom. 100 Millionen Bakterien siedeln allein im Verdauungstrakt. Bei einem erwachsenen Menschen wiegt diese mikrobielle Schutztruppe etwa zwei Kilogramm. Sie bildet in unserem Körper eine Art biologischen Schutzschild gegen krankmachende Keime. Welche Rolle sie genau spielt, ist noch nicht erforscht. Sicher ist, dass wir ohne sie schneller krank werden. Das merken wir zum Beispiel nach einer Behandlung mit Antibiotika. Antibiotika töten nicht nur die „bösen“, sondern auch viele „gute“ Bakterien in unserem Darm.

### Chemische Barrieren

Eine weitere Barriere ist das antibakteriell wirkende Enzym Lysozym. Es befindet sich im Speichel, im Schweiß, im Nasensekret und in der Tränenflüssigkeit. Niedrige pH-Werte im Magen, in der Scheide und auf der Haut verhindern die Ausbreitung von unerwünschten Mikroorganismen. Und die Salzsäure im Magen ist ebenfalls sehr aggressiv und nützlich.

# Was sind die wichtigsten Aufgaben des Immunsystems?

**Unser Immunsystem:**

- bekämpft alle Arten von Krankheitserregern,
- erkennt Schadstoffen und wehrt sie ab,
- schützt uns vor körpereigenen krankhaft veränderten Zellen.

**Wie arbeitet das Immunsystem?**

Unser Immunsystem arbeitet mit zwei unterschiedlichen, sich ergänzenden Abwehrstrategien: der angeborenen und der erworbenen Immunabwehr. Das Immunsystem kann durch viele körperfremde Stoffe und Substanzen in Gang gesetzt werden. Nach dem ersten Kontakt mit einem Krankheitserreger speichert unsere Abwehr in der Regel die entsprechenden Informationen. Bei erneutem Kontakt kann sie diese Informationen wieder abrufen. Beide Teile des Abwehrsystems – die angeborene und die erworbene Abwehr – arbeiten als Team eng zusammen. Gemeinsam bilden sie einen guten Schutz gegen Krankheiten.

**Die angeborene Immunabwehr**

Keime, denen es gelingt, die vielfältigen mechanischen, mikrobiellen und chemischen Barrieren zu überwinden, werden mit Hilfe von sogenannten Abwehrzellen abgeblockt. Die wichtigsten, angeborenen „Abwehrspieler“ sind unspezifische Fresszellen (auch Phagozyten). Die Phagozyten sind nicht auf bestimmte Erreger spezialisiert, sondern kümmern sich um alle Erreger, die in den Körper gelangen. Sie nehmen die fremden Eindringlinge in ihr Zellinneres auf, um sie anschließend zu zerkleinern und zu verdauen. Die angeborene Abwehr funktioniert von Geburt an. Sie ist sehr schnell und reagiert innerhalb weniger Stunden.

**Wie arbeitet die erworbene Abwehr?**

Vervollständigt wird unser Immunsystem durch die erworbene Abwehr. Diese arbeitet sehr präzise und ist anpassungsfähig. Denn die Abwehrspieler der erworbenen Abwehr merken sich, gegen wen sie einmal gekämpft haben. Das Knochenmark produziert zu diesem Zweck eine bestimmte Sorte von Leukozyten (weiße Blutkörperchen), die sogenannten Lymphozyten. Diese Zellen haben unterschiedliche Aufgaben:

- Die T-Zellen sind Wächterzellen. Sie docken an die Eindringlinge an und koordinieren die Abwehrmaßnahmen.
- Die B-Zellen sind Killerzellen. Sie bilden Antikörper, die den Eindringling gezielt unschädlich machen.

Die erworbene Abwehr arbeitet nicht so schnell wie die angeborene. Es kann vier bis sieben Tage dauern, bis spezifische Antigene aktiviert werden. Dafür ist die erworbene Abwehr sehr effektiv und lernt bei jedem neuen Kontakt mit einem Krankheitserreger dazu. Fachleute sprechen vom sogenannten immunologischen Gedächtnis. Denn das Immunsystem bildet bei jedem Angriff Gedächtniszellen. Diese merken sich den Erreger und sind dann bei der nächsten Infektion sofort einsatzbereit. Das erklärt, warum wir vor vielen Krankheiten über Jahre geschützt sind, wenn wir sie einmal durchgemacht haben. Auch Impfungen funktionieren nach diesem Prinzip.

**Wie kommt es zu einer Autoimmunreaktion?**

Stuft unsere Immunabwehr irrtümlicherweise Zellen unseres Körpers als fremd ein, sprechen Ärzte von einer Autoimmunreaktion. Bei einer Autoimmunreaktion geht die Abwehr gegen körpereigene gesunde Zellen vor. Das kann zu Autoimmunerkrankungen wie Rheuma und Multipler Sklerose führen.

**Was schwächt die Immunabwehr?**

Es gibt zahlreiche Faktoren, die das Immunsystem schwächen. Dazu zählen:

- einseitige Ernährung,
- übermäßiger Alkoholkonsum,
- Rauchen,
- Stress und gedrückte Stimmung,
- zu wenig Schlaf,
- zu wenig Bewegung,
- Medikamente,
- Operationen,
- Umweltschadstoffe.

**Wie stärke ich mein Immunsystem langfristig?**

Sie können Ihr Immunsystem langfristig stärken, indem Sie

- sich ausgewogen ernähren,
- sich regelmäßig (an der frischen Luft) bewegen,
- ausreichend schlafen,
- aufhören zu rauchen und in Maßen Alkohol trinken,
- in die Sauna gehen und Wechselduschen machen und
- Dauerstress vermeiden.

# Wahr oder falsch?

## Erkältungs-Mythen im Faktencheck.

**Schützt Vitamin C vor Erkältungen? Wird man krank, wenn man zu dünn angezogen ist? Und hilft Zink gegen Husten und Schnupfen? Wir machen für Sie den Faktencheck.**

### Schützt Vitamin C vor Erkältungen?

Nein. Eine tägliche Extraportion Vitamin C allein schützt Sie nicht vor Erkältungen. Wer gesund bleiben möchte, sollte sich vollwertig ernähren und ausreichend trinken. Je abwechslungsreicher Sie Ihren Speiseplan gestalten, umso besser. Allerdings kann Vitamin C die Dauer der Beschwerden verkürzen, wenn auch nur geringfügig. Es macht jedoch keinen Sinn, erst mit der Einnahme von Vitamin-C-Präparaten zu beginnen, wenn der Schnupfen schon da ist.

### Wird man krank, wenn man zu dünn angezogen ist?

Nein. „Zieh dich warm an, sonst holst du dir eine Erkältung“, mahnte uns die Mutter, bevor es nach draußen ging. Doch der Zusammenhang zwischen Kälte und Erkältung ist nicht so eindeutig. Fakt ist: Dauerhaft niedrige Temperaturen setzen jedem Körper zu und können eine Erkältung begünstigen. Aber eine leichte Unterkühlung durch falsche Kleidung führt nicht zwangsläufig zu Husten und Schnupfen. Entscheidend ist vielmehr, ob wir mit Krankheitserregern in Berührung kommen. Und die Wahrscheinlichkeit ist in der kalten Jahreszeit deutlich erhöht, denn Rhinoviren überleben im Herbst und Winter deutlich länger ohne Wirt. Zudem halten wir uns im Winter öfter mit anderen in geschlossenen Räumen auf und die trockene Heizungsluft fördert die Ansteckung zusätzlich. Kein Wunder, dass Viren in der kalten Jahreszeit ein leichteres Spiel haben, ganz gleich wie warm wir uns anziehen.

### Hilft Zink gegen Husten und Schnupfen?

Ja. Mehrere Studien belegen die positiven Effekte von Zink bei Erkältungen. So verkürzt Zink die Dauer der Beschwerden bei grippalen Effekten, wenn es frühzeitig hochdosiert eingenommen wird. Wer sich gegen Erkältungen wappnen möchte, sollte also ausreichend mit Zink versorgt sein. Der Mineralstoff stärkt das Immunsystem und stimuliert die sogenannte antivirale Immunantwort, also die körpereigenen Abwehrkräfte gegen Viren. Eine unzureichende Zink-Versorgung kann die Immunreaktion gegen Viren schwächen. Achtung: Eine zu hohe Zinkzufuhr kann zu einer Überdosierung führen. Die höchste sichere Tageszufuhr (Tolerable upper intake level = UL) beträgt 25 Milligramm täglich. Zink in nennenswerten Mengen finden Sie in Lebensmitteln tierischen Ursprungs, also Fleisch, Fisch, Milch und Eiern.

### Schon gewusst?

Die **Raumluft** ist entscheidend für unsere Gesundheit. Gerade in der kalten Jahreszeit werden unsere Schleimhäute durch die Heizungsluft vermehrt ausgetrocknet. Das macht sie anfälliger für Krankheitserreger. Deshalb gilt: mindesten zwei Mal täglich für fünf bis zehn Minuten querlüften (gegenüberliegende Fenster/Türen öffnen). Das beseitigt Kondenswasser, hilft gegen Schimmelbildung und sorgt für einen regelmäßigen Luftaustausch und somit ein gesünderes Raumklima. Die Fenster danach wieder vollständig schließen und nicht kippen – Ihre Rechnung wird es Ihnen danken.

# Gesunde Rezepte?

## Einfach zu Hause nachkochen.

**Eine ausgewogene Ernährung ist ein ausschlaggebender Gesundheitsfaktor – besonders in der kalten Jahreszeit. In der Hauptverwaltung der SDK in Fellbach werden unsere Mitarbeitenden täglich von unserem Catering „Klüh“ mit leckeren Gerichten bekocht. Chefkoch Florian Keller verrät uns zwei seiner Rezepte zum zu Hause Nachkochen.**

### Kürbisquiche mit Balsamico und Linsen

**ZUTATEN**

- 200 g Mehl
- 4 Eier
- 125 g Butter
- 400 g Kürbis (Hokkaido)
- 2–3 Lauchzwiebeln
- Speckwürfel nach Wahl
- 200 g Schmand
- 40 g Parmesan
- 1 Möhre
- 1 Zwiebel
- 150 g Berglinsen
- 50 ml Aceto Balsamico
- 1 EL Zucker
- ½ Bund Schnittlauch
- 4–5 EL Öl
- Wasser
- Salz, Pfeffer

Mehl und ½ TL Salz in einer Schüssel mischen. 1 Ei, Butter in Flöckchen und 1–1½ EL kaltes Wasser zufügen und zu einem glatten Mürbeteig verkneten. In Folie wickeln und ca. 30 Minuten kaltstellen.

Den Kürbis putzen und in Würfel schneiden.
2–3 Lauchzwiebeln putzen, in Ringe schneiden.
1 EL Öl in einer Pfanne erhitzen, Speck darin kross auslassen und herausnehmen. 1–2 EL Öl in die heiße Pfanne geben, Kürbis zufügen und unter Wenden 6–7 Minuten braten. Mit Salz und Pfeffer würzen und abkühlen lassen. 3 Eier, Schmand, 20 g Parmesan, Pfeffer und eine Prise Salz verquirlen. Kürbis und Lauchzwiebeln mischen und auf dem ausgerollten Quicheboden verteilen. Schmandguss gleichmäßig darübergießen und mit 20 g Parmesankäse bestreuen. 40 Minuten backen.

Die fertige Quiche ca. 10 Minuten abkühlen lassen, dann aus der Form lösen. Möhre und Zwiebel schälen und fein würfeln. 2 El Öl in einem Topf erhitzen, Zwiebeln und Möhren darin andünsten. Die Berglinsen zugeben und kurz mitdünsten. 450 ml Wasser zugießen, aufkochen und bei milder Hitze zugedeckt 20–25 Minuten garen. Balsamico mit dem Zucker in einem kleinen Topf aufkochen und auf ca. 2 EL sirupartig einkochen lassen. Linsen und Gemüse mit dem Balsamico-Sirup, Salz und Pfeffer würzen und zur Quiche geben. Schnittlauch in feine Röllchen schneiden und das Gericht damit dekorieren.

### Risotto mit Schwarzwurzeln

**ZUTATEN**

- 300 g Schwarzwurzeln
- 1 EL Zitronensaft
- 1 Zwiebel
- 500 ml Gemüsebrühe
- 125 g Risotto-Reis
- 4 EL Butter
- 100 ml Weißwein
- 40 g Haselnusskerne
- ½ Bund Schnittlauch
- Salz, Pfeffer, Muskat

Schwarzwurzeln putzen und schälen. Sofort in kaltes Wasser mit 1 EL Zitronensaft legen, damit sie sich nicht verfärben. Zwiebel fein würfeln. Schwarzwurzeln abgießen und in schräge, 2–3 cm lange Stücke schneiden.

500 ml Gemüsebrühe aufkochen. Risotto-Reis, Schwarzwurzeln und Zwiebeln in einem Topf in 2 EL zerlassener Butter 1 Minute andünsten. Mit Weißwein ablöschen und offen fast vollständig einkochen lassen. 200 ml Brühe zugießen und den Risotto-Reis ca. 25–30 Minuten garen, dabei ab und zu umrühren. Nach und nach die restliche Brühe zugießen.

40 g Haselnusskerne grob hacken, in 2 EL Butter anrösten. ½ Bund Schnittlauch in Röllchen schneiden. Beides zum Risotto geben, mit Salz, Pfeffer und Muskat abschmecken.

**Sie sind auf der Suche nach weiteren leckeren Rezepten?**

Als Gesundheitsspezialist finden Sie uns auch auf Facebook und Instagram. Dort versorgen wir Sie sowohl mit vielseitigen Rezeptideen als auch mit professionellem Gesundheitswissen sowie den neusten Angeboten für SDK-Mitglieder.

**Und pst, es gibt auch immer wieder etwas zu gewinnen!** Jetzt schnell abonnieren und nichts mehr verpassen!

# WIE GEHT'S?

## Einfach im Gespräch bleiben, wenn's um Ihre Gesundheit geht.

**Ob Zahn-OP, gebrochenes Bein oder sogar Arbeitsunfähigkeit: Oft kommt die Krankenversicherung erst ins Spiel, wenn es einen akuten Grund dafür gibt. Dabei sollte die Gesundheit nicht erst dann zum Thema werden, wenn sie beeinträchtigt ist. Expertenrat, wertvolle Tipps und Informationen können für einen gesünderen Lebensstil sensibilisieren – und ganz konkret Krankheiten oder Verletzungen verhindern.**

Liebe Leserin, lieber Leser: **Wie geht's Ihnen heute?** Zwickt's vielleicht im Rücken? Ist Ihre Stimmung eher fröhlich-heiter oder wolkig? Und: Haben Sie das Gefühl, heute schon genug für Ihre Gesundheit getan zu haben? „Mal so, mal so", denken Sie jetzt vermutlich; und liegen mit Ihrer etwas vagen Einschätzung völlig im Bereich der Mehrheit. Es geht um folgenden, entscheidenden Punkt: Körperliche und psychische Gesundheit sind keinesfalls der Spielball äußerer Umstände und schon gar nicht das Ergebnis eines unbeeinflussbaren Schicksals. Nicht alles, aber vieles, was unsere Gesundheit angeht, haben wir tatsächlich selbst in der Hand.

Wichtig ist, dass wir rechtzeitig die richtigen Fragen stellen und mit den richtigen Ansprechpartnern ins Gespräch kommen. **„Was macht den Körper widerstandfähiger? Und die Psyche emotional stabiler? Wie kann ein gesunder Lebensstil aussehen?"**

**Sie möchten unsere Gesundheitstipps erhalten? So einfach geht's:**

- www.sdk.de/einwilligung besuchen
- Gewünschte Themen auswählen
- Einverständnis erklären
- Formular absenden

# Mit Ihrem Einverständnis begleitet Sie das Team der SDK als Ihr ganz persönlicher Gesundheitsspezialist.

Die Antworten auf diese Fragen werden Sie in diesem Artikel nicht finden. Den Zugang zu diesen und vielen weiteren Antworten dagegen schon: **ausgewählte Informationen zu spannenden Themen, die für Sie persönlich wichtig sind.** Und praktische Tipps, die Ihnen helfen, wenn Sie gesund bleiben oder gesund werden möchten.

Dafür benötigen wir Ihre einmalige Erlaubnis, um Ihnen diese Informationen ca. viermal pro Jahr per E-Mail zusenden zu dürfen. Der offizielle Name „Werbeeinwilligung" für diese Erlaubnis klingt dabei etwas irreführend. Denn wir möchten Ihnen keine Werbung zuschicken. Sondern individuelle Informationen und Tipps, die für Ihre Lebenssituation und Ihre Gesundheit relevant sind.

## Echte Antworten auf Ihr persönliches „Wie geht's?"

Sie selbst entscheiden, welche Beiträge Sie erhalten möchten: zum Beispiel zu den Themen Ernährung, Fitness und Bewegung, Entspannung, Medikamente, Pflege oder Zahnmedizin. Eben alles, was Sie interessiert und bedeutsam für Sie ist. Nicht mehr. Aber auch nicht weniger.

Der neu ausgerichtete Newsletter der SDK markiert den Anfang einer viel größeren Initiative. Mit spannenden Aktionen, renommierten Expertenteams und attraktiven Gewinnmöglichkeiten.

Unser Ziel ist ein Mehrwertprogramm, bei dem Sie auf vielen Ebenen profitieren – und bei dem Ihre Gesundheit immer im Mittelpunkt steht.

**Wie geht's Ihnen nun, liebe Leserin und lieber Leser?** Für die SDK ist das keine rhetorische Frage. Sondern der Einstieg ins Gespräch zu einem der wichtigsten Themen überhaupt: Ihre Gesundheit. Also: Bleiben Sie dran!

Einfach hier vorbeischauen:
**www.sdk.de/einwilligung**

# GESUNDHEIT TEILEN?

## Einfach machen.

Bis zu
**100 €**
**DANKESCHÖN***
für Ihre Weiterempfehlung

Gesundheit wünschen wir uns und allen, die uns wichtig sind. Teilen Sie Ihre Erfahrungen mit Freunden, Bekannten und Verwandten!

▸ **www.sdk.de/weiterempfehlen**

*Wenn Sie Mitglied bei der SDK sind und es durch Ihre Empfehlung zu einem Abschluss des Programms Gesundheits-FAIR für die private Krankenvollversicherung (Tarife AMx, Sx und Zx) kommt, erhalten Sie einen BestChoice-Einkaufsgutschein in Höhe von 100 € als Prämie. Für den Abschluss einer Zusatzversicherung gibt es 50 €. Die Beratung zu den Versicherungsleistungen erfolgt ausschließlich durch Vertriebspartner der SDK. Von der Aktion ausgeschlossen sind alle Mitarbeitende der SDK und Mitarbeitende der genossenschaftlichen Banken und deren Angehörige.

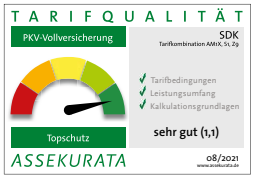
SDK
Einfach für Ihr Leben da.

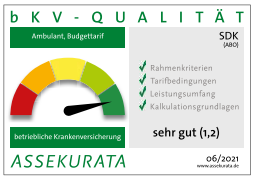
## Ausgezeichnete Spitzenleistungen

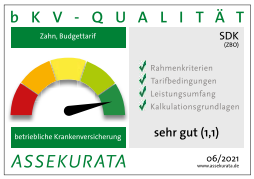
# Höchste Qualität – unabhängig bestätigt

Jahr für Jahr freuen wir uns, wenn wir Anerkennung bekommen: von Ihnen, unseren Mitgliedern, aber auch von unabhängigen Instituten und Rating-Agenturen. Ganz aktuell erhalten wir viele Auszeichnungen für die Qualität als Unternehmen und für unser Tarifangebot in allen Bereichen: Vollversicherung, Zusatzversicherungen und auch für unsere betriebliche Krankenversicherung (BKV).

Mitgliederzufriedenheit und Anerkennung treiben uns auch in Zukunft an. Hier nur ein Auszug dessen, was andere über uns und unsere Tarife sagen:






Besonders stolz sind wir darauf, bereits zum achten Mal in Folge den **Deutschen Fairness-Preis** erhalten zu haben. Und für Sie als unsere Mitglieder besonders wichtig: Die Beratungskompetenz erhielt erst kürzlich erstklassige Bestätigung:

**„Beste Kundenberatung 2022“**
(Handelsblatt)

**„Deutschlands beste Berater“**
(F.A.Z.-Institut)

### Impressum

Die Ratschläge und Empfehlungen in dieser Zeitschrift wurden vom Herausgeber und von 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.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

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 11, 70736 Fellbach
Telefon 0711 7372-7777
redaktion@sdk.de
www.sdk.de

**Vorstand:**
Dr. Ralf Kantak (Vorsitzender),
Olaf Engemann,
Ralf Oestereich,
Benno Schmeing

**Aufsichtsratsvorsitzender:**
Prof. Dr. Urban Bacher

### Redaktion

SDK, Fellbach

### Gestaltung, Satz

ESCH Design, Mechernich

### Bildnachweise

Süddeutsche Krankenversicherung a. G. (S. 3, 9), Antonioguillem/stock.adobe.com (S. 4 links oben, S. 10/11), Monkey Business/stock.adobe.com (S. 4 rechts oben, S. 12), Wolfgang Eckert (anaterate)/pixabay.com (S. 4 unten), pololia/stock.adobe.com (S. 5 links, S. 18), Jürgen Fälchle/stock.adobe.com (S. 5 rechts, S. 20), Bild von 3403909/pixabay.com (S. 7), Irina L. (lograstudio)/pixabay.com (S. 10), Mao Soria (maoalain)/pixabay.com (S. 11), Fernando Zamora (Zerocool)/pixabay.com (S. 13), Westend61/www.gettyimages.de (S. 15), betexion/pixabay.com (S. 16), Andrey Popov/stock.adobe.com (S. 22), Klüh Catering GmbH (S. 23)

# WIE GEHT'S?

# LASSEN SIE UNS MAL SPRECHEN.

Ihre Gesundheit ist unsere Herzenssache. Deshalb sind wir für Sie da: bei der medizinischen Versorgung und auch wenn es Ihnen gut geht. Mit Ihrer Erlaubnis senden wir Ihnen praktische Tipps und wertvolle Informationen von unseren Experten. Egal ob Ernährung, Fitness und Bewegung, Entspannung, Medikamente, Pflege oder Zahnmedizin. Sie entscheiden, welche Beiträge Sie erhalten. Unser Ziel? Dass es Ihnen gut geht.

Jetzt anmelden:

▸ **www.sdk.de/einwilligung**

SDK
Einfach für Ihr Leben da.