



QUALITÄT
IN ZAHLEN
Transparenzbericht 2021

INHALT

VIACTIV IM ÜBERBLICK

- 04 Unternehmensdaten und Versichertenzahlen
- 06 Auszug Geschäftsbericht 2021



ERSTKLASSIGER SERVICE AUF ALLEN KANÄLEN

- 08 Service und Beratung

STARKE LEISTUNGEN FÜR JEDE LEBENSSITUATION

- 10 Satzung und Wahltarife
- 12 Krankengeld
- 14 Hilfsmittel
- 16 Reha und Vorsorge
- 17 Zahngesundheit
- 18 Innovative Medizin
- 19 Disease Management Programs (DMP)
- 20 Psychische Gesundheit
- 22 Pflegeversicherung
- 24 Genehmigungsquoten auf einen Blick

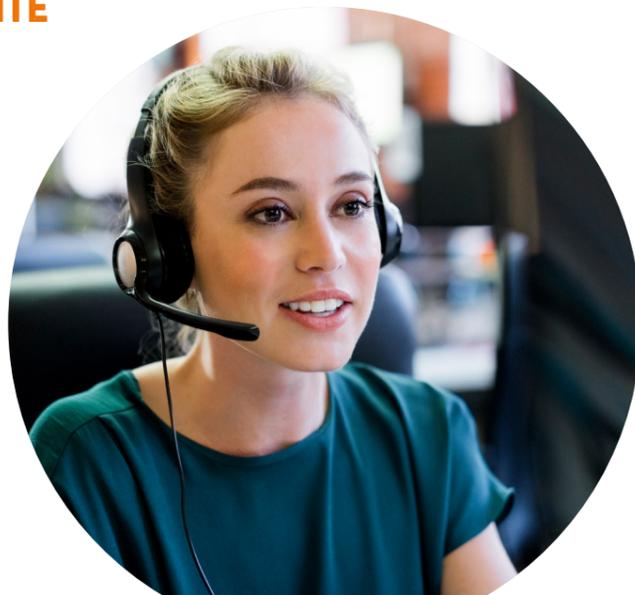


IHRE VERSICHERTENRECHTE

- 26 Patientenrechte und Behandlungsfehler
- 28 Widerspruch

BLICK NACH VORNE

- 30 VIACTIV-Kontaktdaten auf einen Blick
- 31 Kundenfeedback



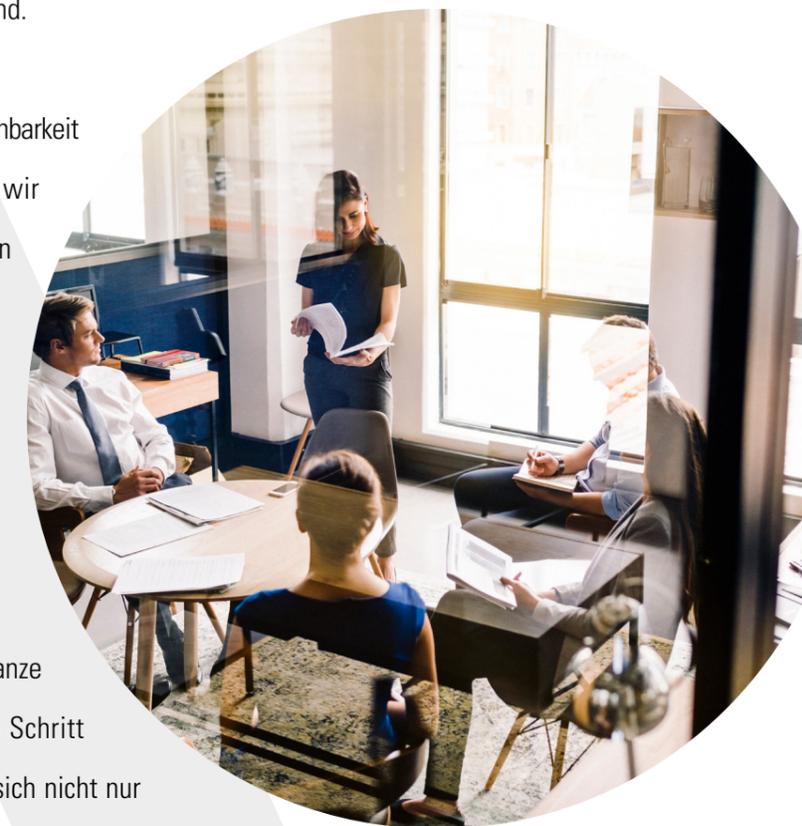
FÜR MEHR TRANSPARENZ UND VERGLEICHBARKEIT

Als gesetzliche Krankenkasse haben wir einen öffentlichen Auftrag, den wir sehr ernst nehmen. Unser Anspruch ist es, Sie in Sachen Gesundheit jederzeit bestmöglich zu unterstützen. Gleichzeitig möchten wir offen und ehrlich mit Ihnen über Qualität, Leistung und Kosten sprechen. Denn allzu oft bleiben diese Dinge im Verborgenen und Versicherte erfahren erst im Ernstfall, woran sie bei ihrer Krankenkasse sind.

Um dies zu ändern und für mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der Krankenkassenlandschaft zu sorgen, haben wir als eine der ersten Krankenkassen schon vor Jahren erstmals unsere Zahlen offengelegt. Inzwischen hat auch die Politik erkannt, wie wichtig dieses Thema ist, und fordert die gesetzlichen Krankenkassen zu mehr Transparenz auf. Bislang allerdings noch ohne einheitliche Mindestkriterien und auf freiwilliger Basis.

In der Hoffnung, ein Signal für die Politik und unsere ganze Branche zu setzen, gehen wir erneut einen großen Schritt voran. In unserem neuen Transparenzbericht finden sich nicht nur deutlich mehr Zahlen zu allen wichtigen Leistungs- und Serviceangeboten, sondern auch ausführliche Infos zu Bearbeitungsabläufen, Versichertenrechten und nicht zuletzt auch zu Möglichkeiten des Dialogs. Denn Transparenz hat für uns immer zwei Seiten. Schließlich wollen auch wir wissen, wie zufrieden Sie mit uns sind und was Sie von uns als Ihrer Krankenkasse erwarten.

Ihre VIACTIV





Stellen gemeinsam die Weichen für die Zukunft der VIACTIV: (v. l. n. r.) Klaus-Peter Henning (Verwaltungsratsvorsitzender), Markus M. Müller (Vorstandsvorsitzender), Dr. Simone Kunz (Vorständin) und Ludger Hamers (alternierender Vorsitzender).

VIACTIV IM ÜBERBLICK

Mit rund 720.000 Versicherten ist die VIACTIV eine der größten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Als sportlicher Gesundheitspartner begleiten wir Menschen in ein aktiveres und gesünderes Leben. Dabei setzen wir uns mit viel Leidenschaft und Know-how für alle unsere Kundinnen und Kunden ein – vor Ort, am Telefon und auf unseren zahlreichen digitalen Kanälen.

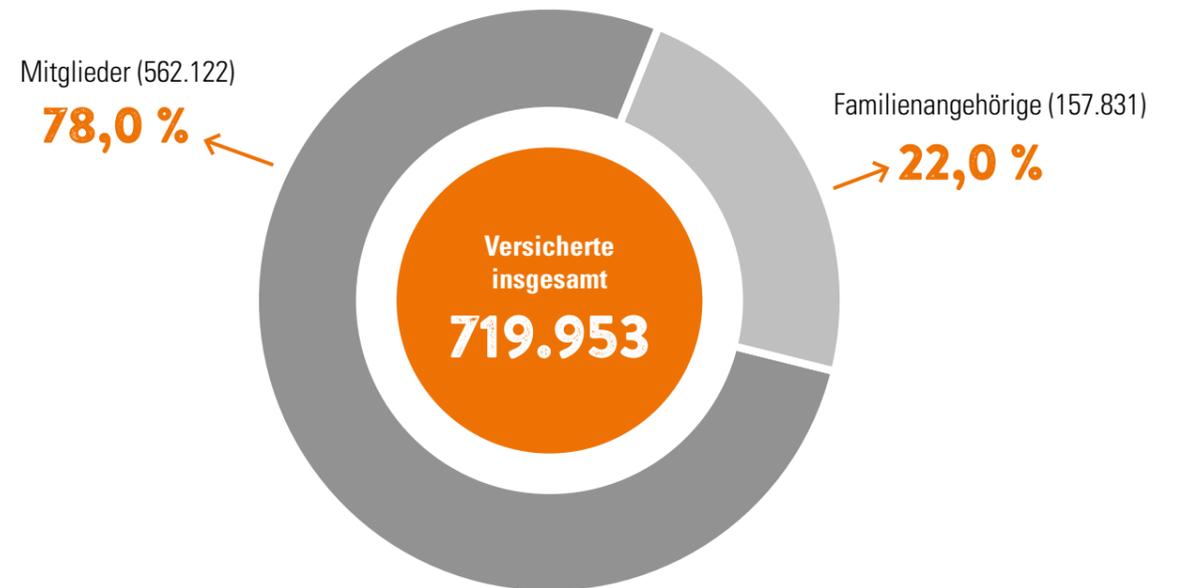


AUF WACHSTUMSKURS: DURCHWEG POSITIVE ENTWICKLUNG

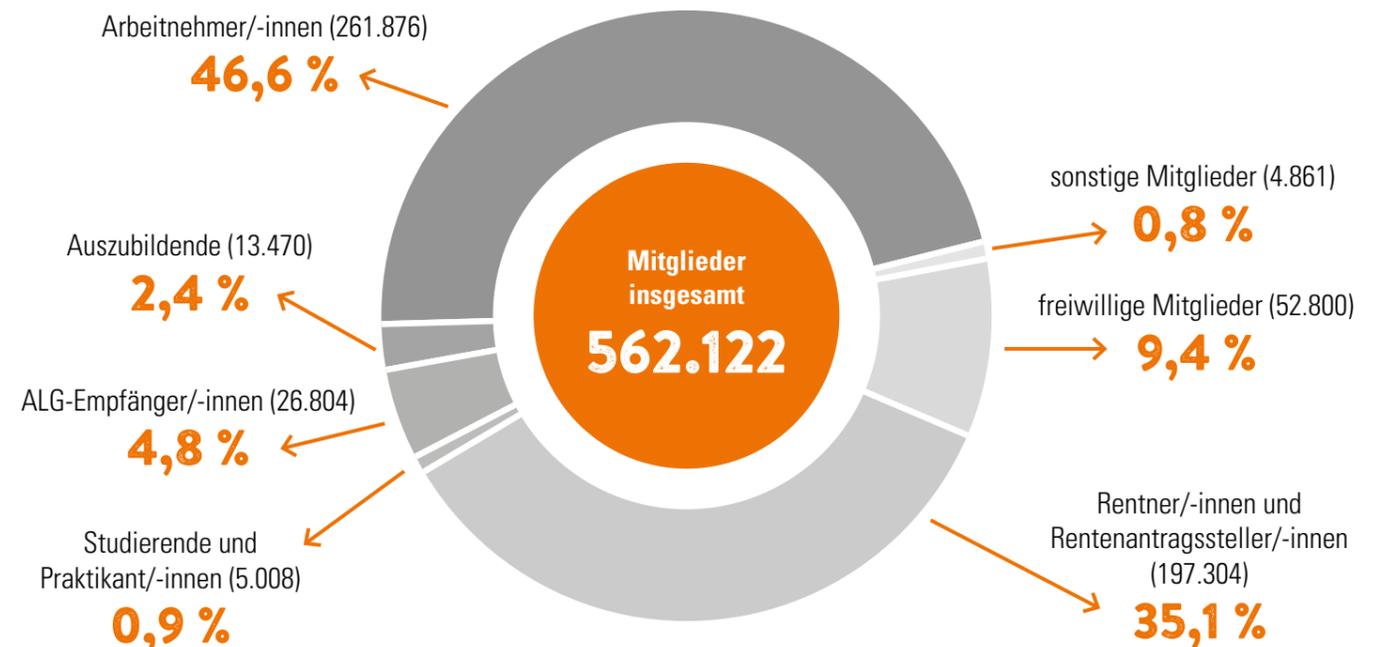
Die erfolgreiche Mitglieder- und Versichertenentwicklung hat sich im vergangenen Jahr fortgesetzt. Zum Jahresbeginn (01.01.2021) waren 719.863 Kundinnen und Kunden bei der VIACTIV versichert. Im Laufe des Jahres konnten wir die Zahl auf 723.756 (31.12.2021) steigern. Im Schnitt waren über das Jahr hinweg 719.953 Menschen bei der

VIACTIV versichert. In einem schwierigen Marktumfeld und einem für die VIACTIV durch Pandemie, Lockdown, Fusion und Projektdichte herausfordernden Jahr 2021 haben wir mit unserem exzellenten Service und unseren Topleistungen überzeugt.

ÜBERSICHT DER VERSICHERTEN (IM JAHRESDURCHSCHNITT 2021)



ÜBERSICHT DER MITGLIEDER NACH PERSONENGRUPPEN (IM JAHRESDURCHSCHNITT 2021)





GESCHÄFTSERGEBNIS ERNEUT VERBESSERT

Insgesamt sind die Leistungsausgaben der VIACTIV im Jahr 2021 um 5,9 Prozent gestiegen. Dabei mussten wir Teile unseres Vermögens in Höhe von 44,8 Mio. Euro an den Gesundheitsfonds abführen. Der übrige Aufwand (u. a. Satzungsleistungen, Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte) entspricht in etwa dem Vorjahr. Die Verwaltungskosten lagen um 4,8 Prozent höher. Die Ausgaben je Versicherten sind im Vergleich zu 2020 um 7,4 Prozent gestiegen.

Stellt man Einnahmen (plus 7,9 Prozent) und Ausgaben (plus 7,4 Prozent) gegenüber, heißt das: Das Geschäftsergebnis der VIACTIV hat sich im Vergleich zum Vorjahr erneut verbessert. Der Zusatzbeitrag konnte vor diesem Hintergrund ab 01.01.2022 stabil gehalten werden. Gleichwohl steht unter dem Strich ein Minus von 24,5 Mio. Euro. Dieser Fehlbetrag vermindert das Vermögen der VIACTIV. Es verblieben Rücklagen in Höhe von 51,6 Mio. Euro, was der Soll-Vorgabe gemäß der Satzung entspricht. Zusätzlich sind Betriebsmittel in Höhe von 36,6 Mio. Euro vorhanden. Die VIACTIV verfügt damit weiterhin über eine solide Finanzausstattung.

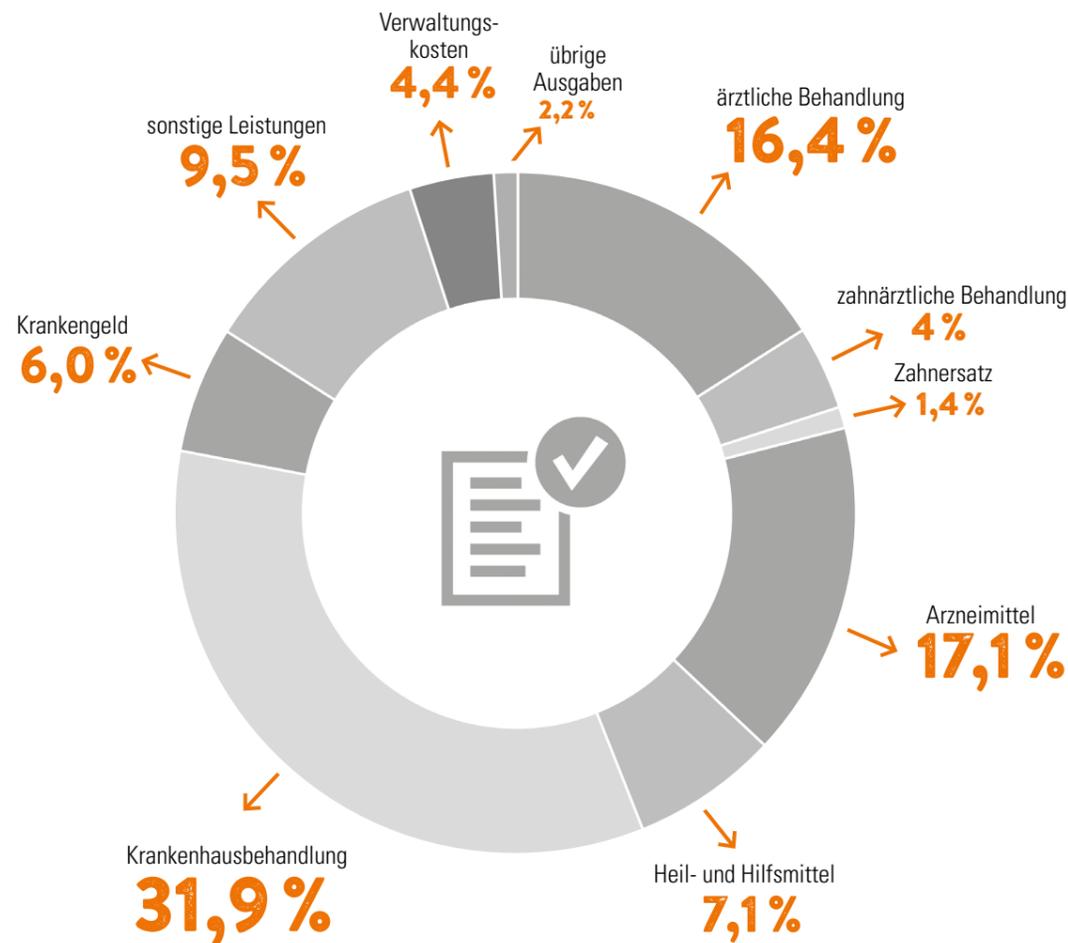
EINNAHMEN UND AUSGABEN (IN EURO)

	2021	2020
Vermögenserträge	2.297.324	1.800.242
Ersatzansprüche/Finanzausgleiche	11.811.589	15.986.365
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	2.741.197.482	2.576.667.888
Individueller Kassenbeitrag	239.499.972	179.896.404
Sonstige Erträge	962.708	758.450
Einnahmen	2.995.769.075	2.775.109.350
Leistungsausgaben	2.819.021.302	2.661.431.485
Vermögensabführung	44.753.693	0
Sonstige Aufwendungen	22.282.677	22.008.128
Verwaltungskosten	134.188.395	128.070.672
Ausgaben	3.020.246.067	2.811.510.285
Ergebnis	-24.476.993	-36.400.936
Vermögen Krankenversicherung	110.513.541	134.990.534
Vermögen ohne Verwaltungsvermögen	88.200.979	114.531.077
Verwaltungsvermögen	22.312.562	20.459.456

ZUSAMMENSETZUNG DER AUSGABEN (IN EURO)

	2021 absolut	2021 je Versicherten	2020 je Versicherten	Differenz in Prozent
Ärztliche Behandlung	495.363.999	688,05	675,34	1,9
Zahnärztliche Behandlung	120.510.909	167,39	158,71	5,5
Zahnersatz	43.236.449	60,05	50,15	19,8
Arzneimittel	514.061.072	714,02	665,01	7,4
Heil- und Hilfsmittel	214.613.448	298,09	270,80	10,1
Krankenhausbehandlung	964.678.714	1.339,92	1.256,21	6,7
Krankengeld	180.294.306	250,42	244,70	2,3
Sonstige Leistungen	286.262.406	397,61	376,32	5,7
Summe Leistungsausgaben	2.819.021.302	3.915,56	3.697,24	5,9
Übrige Ausgaben	67.036.370	93,11	30,57	204,6
Verwaltungskosten	134.188.395	186,38	177,91	4,8
Ausgaben insgesamt	3.020.246.067	4.195,05	3.905,73	7,4

DIE AUSGABEN IM VERGLEICH





ERSTKLASSIGER SERVICE AUF ALLEN KANÄLEN

Jederzeit für Versicherte erreichbar sein und schnell und unkompliziert weiterhelfen – eines unserer wichtigsten Ziele. Ob persönlich, telefonisch oder digital, macht für uns keinen Unterschied. Was zählt, sind allein die Kundinnen und Kunden mit ihren individuellen Bedürfnissen. Hier investieren wir viel Zeit und Energie. Täglich gehen bei unseren Serviceteams hunderte Anrufe und E-Mails ein. Wie schnell und zuverlässig wir diese bearbeiten und welche Maßstäbe wir selbst an unseren Service anlegen, machen die folgenden Zahlen deutlich:

ANRUFE

1.459.770 erhaltene Anrufe
685.880 Service-Hotline
148.625 Beratungcenter Pflege
10.605 Medizinische Gesundheitsberatung
5.958 Facharztvermittlung
1.852 Hilfsmittel-Beratung
1.267 Reha-Beratung
703 Zentrale Ansprechstelle für Rehabilitation
203 Beratung Behandlungsfehler
181 Arzneimittel-Hotline

PERSÖNLICHE KONTAKTE

63.928 Kundenkontakte in unseren Kundenservices

CHAT UND APP-NUTZUNG

215.101 Uploads von Rechnungen, AU-Bescheinigungen und sonstigen Dokumenten
66.737 aktive App-Nutzer
18.973 Änderungen von Kontakt- oder Stammdaten per App
9.354 beantwortete Chats

E-MAILS

1.086.542 erhaltene E-Mails
203.264 service@viactiv.de

DOKUMENTE

3.550.414 erhaltene Dokumente (Anträge, Kostenvoranschläge, Rechnungen etc.)
3.341.113 versendete Kundenbriefe
253.267 erhaltene Faxe

DREI APPS, VIELE VORTEILE

Aus den Gesprächen mit unseren Versicherten wissen wir, wie wichtig schneller, unkomplizierter Service ist. Und wir wissen auch: Digitale Technologien machen heute vieles möglich, um Versicherten lange Wartezeiten und unnötigen Papierkram zu ersparen. Zum Beispiel per App. Hier stellen wir Ihnen die drei VIACTIV-Apps vor, mit denen Sie sich erstklassigen Service, individuellen Gesundheitsschutz und aktuelle Infos direkt auf Ihr Handy holen.

VIACITV – MEIN SERVICE

Eine Rechnung einreichen, sich krankmelden oder die Kontaktdaten ändern? Mit der VIACTIV – Mein Service-App können Sie all dies bequem auf dem Smartphone erledigen. Über ein digitales Postfach können Sie schnell und sicher mit uns kommunizieren und haben stets alles Wichtige im Blick.



VIACITV – MEINE GESUNDHEIT

Mit der VIACTIV – Meine Gesundheit-App haben Sie Zugriff auf Ihre elektronische Patientenakte. Infos zu Medikamenten, Vorerkrankungen, Behandlungen – all dies können Sie in der App „VIACTIV – Meine Gesundheit“ sicher speichern und verwalten. Und bei Bedarf Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin mit wenigen Klicks zur Verfügung stellen. So können Sie schneller und besser behandelt werden.



VIACITV KOMPAKT

Mit der digitalen Ausgabe unserer Kundenzeitung erleben Sie wichtige Gesundheitsthemen aus einer ganz neuen Perspektive. Interaktive Grafiken erhöhen den Lesespaß und machen auch schwierige Themen leicht verständlich. Videos zeigen Ihnen, wie Sie Ihr neues Wissen direkt anwenden. Und ganz nebenbei tun Sie auch noch etwas Gutes: Denn mit „VIACTIV kompakt“ sparen Sie Papier und schonen die Umwelt.





STARKE LEISTUNGEN FÜR JEDE LEBENSITUATION

Leistungen, die über das hinausgehen, was gesetzlich vorgeschrieben ist, nennt man Satzungsleistungen. Die VIACTIV arbeitet mit einem eigenen Expertenteam daran, hier das Beste für Versicherte rauszuholen. Mit viel Gespür für Ihre Bedürfnisse entwickeln unsere Experten regelmäßig neue Leistungen.

Die VIACTIV bietet ihren Versicherten eine breite Palette individueller Zusatzleistungen an. Darunter Sportkurse, spezielle Vorsorgeangebote für Schwangere und Kinder, innovative Therapieverfahren und vieles mehr. Diese „Plus“ an Leistungen ist uns sehr wichtig. Denn wir möchten ein starker Partner für Sie sein, bei dem Sie die Unterstützung bekommen, die Sie sich wünschen.

Besonders am Herzen liegt uns das Thema „Vorsorge durch Bewegung“. Als sportliche Krankenkasse unterstützen wir Sie dabei in besonderem Maße. Dasselbe gilt für die Gesundheit von Familien und Kindern. Wir wissen, welche Bedeutung dieses Thema für unsere Gesellschaft hat und nehmen unsere Verantwortung sehr ernst. Wir begleiten Sie und Ihre Familie von Geburt an und fördern Ihre Gesundheit bis ins hohe Alter.

UNSERE BESTLEISTUNGEN FÜR FAMILIEN

	Anzahl der Leistungsfälle 2021	Gesamtausgaben 2021 in Euro
Gesundheitskonto für Schwangere 100 Euro Budget je Schwangerschaft für zusätzliche Untersuchungen und verordnete Medikamente	3.239	209.421
Hebammen-Rufbereitschaft Die Geburt erfolgt mit Hilfe einer Hebamme? Wir tragen die Kosten von bis zu 350 Euro für deren Rufbereitschaft	282	90.024
Künstliche Befruchtung Wir bezuschussen über die gesetzliche Leistung hinaus maximal drei Versuche (IVF oder ICSI) mit jeweils bis zu 500 Euro	61	25.777
VIACTIV Bonus „Mutterliebe“ Vorsorge in der Schwangerschaft ist wichtig – einen vollständig ausgefüllten Mutterpass belohnen wir mit 50 Euro	1.212	60.600

OSTEOPATHIE – EINE BELIEBTE ALTERNATIVE

	Anzahl der Erstattungen 2021	Gesamtausgaben 2021 in Euro
Die sanfte unter den Heilmethoden – mit unserer Unterstützung von bis zu 360 Euro im Jahr , auch für die Kleinsten	50.815	5.127.690
davon Osteopathie für Kinder	5.794	414.937

WAHLTARIFE – MEHR BEKOMMEN, WENIGER ZAHLEN

Wahltarife sind kasseninterne Zusatzangebote. Damit bieten wir unseren Versicherten die Möglichkeit, ihren Gesundheitsschutz nach ihren ganz persönlichen Bedürfnissen zu gestalten. Wer selbstständig ist, kann sich zum Beispiel zusätzlich für den Krankheitsfall absichern. Und wer selten zum Arzt geht, kann Beiträge sparen.

INDIVIDUELLER MEHRWERT DANK SEPARATEM VERTRAG

Wenn Sie einen unserer Wahltarife nutzen möchten, schließen Sie einfach einen zusätzlichen Vertrag mit uns ab. Dabei gilt: Alle Wahltarife haben eine Bindungsfrist von mindestens einem und höchstens drei Jahren. Details zu den Vertragsbedingungen finden Sie auf den jeweiligen Tarif-Seiten.

WAHLTARIF „VIACTIV PRÄMIE“

Wenn Sie ein Jahr lang keine ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen, erhalten Sie im Wahltarif „VIACTIV Prämie“ einen Monatsbeitrag (maximal 600 Euro) von uns zurück. Empfohlene Vorsorgemaßnahmen sind von dieser Regelung selbstverständlich ausgeschlossen. Neu seit 01.01.2022: Höhere Prämien für Arbeitnehmer durch zusätzliche Auszahlung des Arbeitgeber-Beitrags (Auszahlung dann im 4. Quartal des Folgejahres, also ab 2023).

WAHLTARIF „VIACTIV SELBSTBEHALT“

Auch dieser Tarif ist für Versicherte interessant, die keine oder nur wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Der Unterschied: Sie entscheiden sich, einen Teil etwaiger Arztkosten selbst zu übernehmen. Im Gegenzug zahlt die VIACTIV Ihnen eine Prämie, deren Höhe Sie ebenfalls selbst festlegen. Die Bindungsfrist beträgt dabei drei Jahre. Die maximale Prämienhöhe ebenfalls 600 Euro im Jahr.

Insgesamt profitierten

2.967

VERSICHERTE

von den Vorteilen dieser beiden Wahltarife



KRANKENGELD – FINANZIELLE HILFE IM KRANKHEITSFALL

Wer krank ist, möchte möglichst schnell wieder auf die Beine kommen. Doch was passiert, wenn die Erkrankung andauert? Wie bleiben Sie finanziell versorgt, wenn Sie länger nicht arbeiten können? Damit Ihr Lebensunterhalt gesichert ist, unterstützt die VIACTIV Sie in diesem Fall mit Krankengeld.

Dabei gilt: In den ersten sechs Wochen Ihrer Erkrankung erhalten Sie als Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerin weiter Ihr normales Arbeitsentgelt. Wenn Sie länger arbeitsunfähig sind, melden wir uns automatisch bei Ihnen, um mit Ihnen über Ihr Krankengeld zu sprechen. Denn uns ist wichtig, Ihnen nahtlos finanziell unter die Arme zu greifen.

Sie sind arbeitssuchend, selbstständig oder beziehen Rente? Auch in diesen Fällen oder wenn Ihr Kind erkrankt ist, können Sie Krankengeld von uns erhalten. Gerne beraten wir Sie hierzu individuell.

mehr als **90%** KG-Auszahlungen innerhalb von 24 Std.

FÜR SIE IM EINSATZ UNSERE KRANKENGELD-EXPERTEN

Wir betreuen Sie mit über 90 Mitarbeitenden an neun Standorten in ganz Deutschland rund um das Thema Krankengeld. Unsere Teams in Lübeck, Rostock, Rüsselsheim, Dortmund, Duisburg, Oberhausen, Marl, Nürnberg und Trostberg stehen dabei jederzeit in engem Austausch miteinander.

Regelmäßig prüfen und optimieren sie die Arbeitsabläufe und steigern so die Versorgungsqualität. Denn das Krankengeld ist eine der wichtigsten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Verantwortung, die wir sehr ernst nehmen. Schließlich hängt Ihre finanzielle Sicherheit davon ab.

SO ERHALTEN SIE KRANKENGELD



MACHT VIELES EINFACHER: DIE ELEKTRONISCHE AU-BESCHEINIGUNG

Seit 01.07.2022 wird flächendeckend die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) eingeführt. Für Sie als Patient bzw. Patientin wird dadurch vieles einfacher. Innerhalb eines sicheren digitalen Netzwerks können Praxen, Apotheken, Kliniken und Krankenkassen wichtige Daten nun direkt austauschen. Vor allem für Beschäftigte bringt dies einige Vorteile mit sich: Bislang mussten Versicherte selbst dafür sorgen, dass ihr „Krankenschein“ dem Arbeitgeber spätestens am vierten Tag ihrer Arbeitsunfähigkeit (AU) vorliegt und die Krankenkasse innerhalb einer Woche informiert wird. Andernfalls riskierten sie, ihren Anspruch auf Entgeltfortzahlung bzw. Krankengeld zu verlieren. Dank der eAU ist dies nicht mehr nötig.

Seit Juli sind die Arztpraxen verpflichtet, die Krankmeldung elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Danach übernehmen die Krankenkassen, die dem Arbeitgeber die entsprechenden Arbeitsunfähigkeitsdaten ebenfalls elektronisch zur Verfügung stellen.

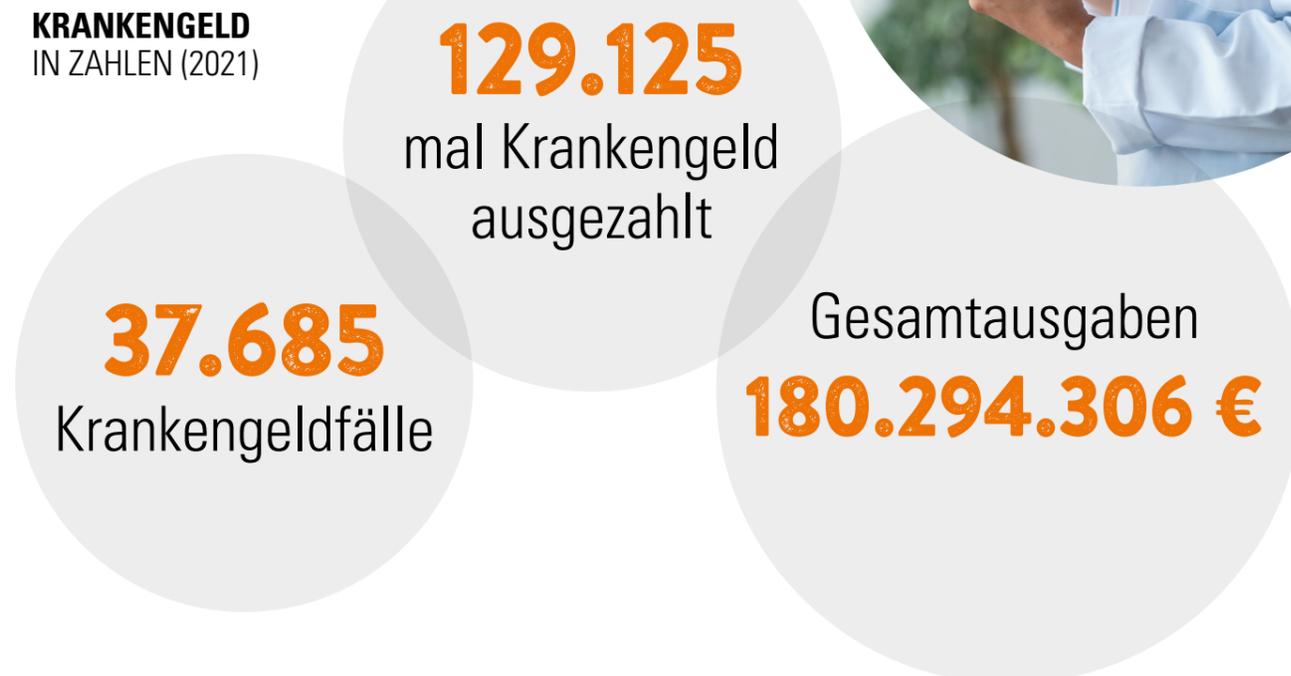
Wichtiger Hinweis: Nicht alle Praxen verfügen bereits über die benötigte Technik, um die AU elektronisch zu übermitteln. Der Gesetzgeber hat daher die Frist zur Umsetzung des neuen Verfahrens auf Anfang Januar 2023 verlängert. Bis Ende des Jahres müssen Beschäftigte daher ihre Krankmeldungen gegebenenfalls noch selbst beim Arbeitgeber abgeben.

Vorteile der eAU auf einen Blick:

- ✓ Die eAU wird schnell und sicher von der ausstellenden Praxis an Ihre Krankenkasse und an Ihren Arbeitgeber übermittelt.
- ✓ Sie müssen sich nicht mehr selbst um den Versand kümmern und gewinnen Zeit, um sich in Ruhe zu erholen.
- ✓ Die eAU schont Ressourcen und verringert die Kosten, denn sie benötigt weder Porto noch Papier.
- ✓ Ihr Arbeitgeber kann die eAU sofort abrufen, wenn sie ausgestellt wurde, und ist so direkt über Ihren Krankenstand im Bilde.
- ✓ Die eAU ermöglicht eine lückenlose Dokumentation Ihrer Krankheitszeiten bei Ihrer Krankenkasse. Diese kann Ihr Krankengeld so immer korrekt und pünktlich auszahlen.



KRANKENGELD IN ZAHLEN (2021)



HILFSMITTEL – WICHTIGE UNTERSTÜTZUNG IM ALLTAG

Hilfsmittel sind Gegenstände, die Menschen das Leben erleichtern, wenn sie durch eine Krankheit oder eine Behinderung in ihrem Alltag eingeschränkt sind. Sie lindern Beschwerden, unterstützen die Reha und gleichen körperliche Defizite aus.

Die Zahl der in Deutschland verfügbaren Hilfsmittel wächst von Jahr zu Jahr. Aktuell umfasst das Hilfsmittelverzeichnis mehr als 37.000 Hilfsmittel in 41 verschiedenen Produktgruppen.

Brillen, Hörgeräte und Rollstühle gehören ebenso zu den Hilfsmitteln wie moderne Blutzucker-Mess-Systeme oder nervengesteuerte Prothesen. Das Angebot entwickelt sich ständig weiter und es kommen neue Technologien hinzu. Dies im Blick zu behalten und abzubilden, ist die Aufgabe des GKV-Spitzenverbands. Das Hilfsmittelverzeichnis wird durch ihn regelmäßig ergänzt und überarbeitet.



Vom Rollator aus Titan bis zum Hörgerät, das aussieht wie Ohrschmuck, die Industrie kann fast jeden individuellen Wunsch erfüllen, auch wenn dieser medizinisch nicht notwendig ist. In diesem Fall können Sie als Patient/-in selbst entscheiden, worauf es Ihnen ankommt. Eventuelle

Mehrkosten müssen Sie dann allerdings selbst bezahlen.

Gut zu wissen: Vertragspartner müssen Sie vor der Versorgung über anfallende Mehrkosten aufklären und Ihre schriftliche Einwilligung einholen. Unterschreiben Sie diese sogenannte Mehrkostenbestätigung auf keinen Fall, wenn Ihnen etwas unklar ist. Wir helfen Ihnen bei Fragen jederzeit gerne weiter.

Jedes zugelassene Sanitätshaus kann den Verträgen der VIACTIV beitreten. Abhängig von der Art des Hilfsmittels gibt es natürlich unterschiedliche Vertragspartner.

>> Sie finden kein passendes Sanitätshaus oder haben Fragen zum Thema Hilfsmittel? Dann rufen Sie uns jederzeit gerne an! Hier finden Sie unsere Kontaktdaten.



SO ERHALTEN SIE IHR HILFSMITTEL UND KÖNNEN ES AUCH WIEDER ABHOLEN LASSEN



60 EXPERTINNEN UND EXPERTEN AN 5 STANDORTEN

Die VIACTIV versorgt ihre Versicherten schnell, kompetent und unbürokratisch mit allen benötigten Hilfsmitteln. An unseren Standorten in Lübeck, Marl, Bochum, Oberhausen und Rüsselsheim kümmern sich 5 Expertenteams mit insgesamt 60 Mitarbeitenden um alle Anliegen zum Thema Hilfsmittel.

TOP-5-HILFSMITTEL NACH AUSGABEN

Hilfsmittelgruppen	Ausgaben in Euro
Inhalation und Beatmung	13,6 Mio.
Hörhilfen	13,4 Mio.
Krankenfahrzeuge	9,6 Mio.
Inkontinenzartikel	8,6 Mio.
Orthesen/Schienen	8,4 Mio.

ÜBERSICHT DER HILFSMITTEL-ANTRÄGE



QUALITÄTSSICHERUNG DURCH KUNDENBEFRAGUNGEN

Qualität in der Versorgung mit Hilfsmitteln ist sehr wichtig für unsere Kundinnen und Kunden. Die VIACTIV befragt deshalb bereits seit Jahren diejenigen, die Qualität am besten beurteilen können. Ihre Versicherten.

WICHTIGSTER KUNDENWUNSCH: SCHNELLE VERSORGUNG

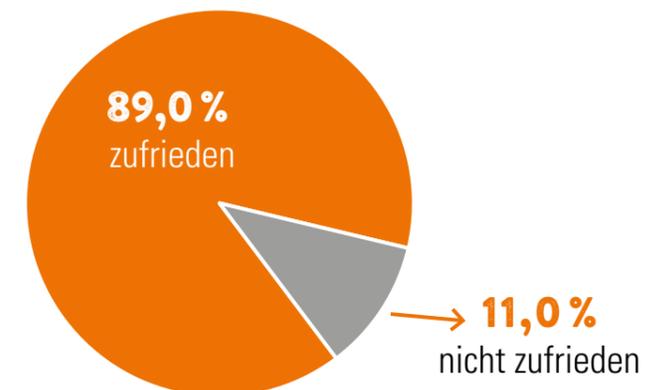
Besonders wichtig für unsere Versicherten beim Thema Versorgung: Geschwindigkeit. Nicht ausreichende Geschwindigkeit ist der häufigste Grund für Kritik. Wir haben uns deshalb eine Bearbeitungsfrist von 1 Tag gesetzt, obwohl gesetzlich 4 Wochen vorgesehen sind. Natürlich lässt sich nicht jeder Antrag in 24 Stunden entscheiden. Insbesondere, wenn wir Berichte anfordern oder den Medizinischen Dienst einschalten müssen. Manchmal kommt es auch aus anderen Gründen zu Verzögerungen. Da heute jedoch die gesamte Kommunikation zwischen Krankenkasse, Praxen, dem Medizinischen Dienst und Sanitätshaus digital abläuft, sparen wir wertvolle Zeit, die früher allein für den Postversand gebraucht wurde.

Doch Geschwindigkeit ist nicht das einzige Qualitätsmerkmal. Regionale Vertragspartner, freundliches Personal, Termintreue, Angebote über den gesetzlichen Rahmen hinaus und eine kompetente Beratung sind ebenfalls wichtig. Und nicht zuletzt natürlich die Material- und Fertigungsqualität des Hilfsmittels selbst.

Die VIACTIV befragt hier detailliert ihre Kundinnen und Kunden, um diese Erkenntnisse in ihren Verträgen zu berücksichtigen. Zugleich ist uns bewusst, dass Qualität auch ihren Preis hat. Deshalb ist es uns wichtig, auch mit den Leistungserbringern fair umzugehen und Qualität nicht nur zu fordern, sondern diese auch zu vergüten.

ERGEBNISSE DER VERSICHERTEN-UMFRAGE ZUR ZUFRIEDENHEIT

Jeden Monat fragt das Hilfsmittel-Team 230 zufällig ausgewählte Kundinnen und Kunden nach ihrer Zufriedenheit mit der Hilfsmittelversorgung. Im Schnitt kommen 95 Antwortbögen zurück. Das Ergebnis kann sich sehen lassen:



REHA UND VORSORGE – LEISTUNGSFÄHIGKEIT ERHALTEN

Nach einer Operation oder einer schweren Erkrankung wieder richtig fit zu werden, ist nicht immer einfach. Die VIACTIV lässt ihre Versicherten dabei nicht allein. Zusammen mit Ihnen und mit Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin entscheiden wir, welche Form der Rehabilitation am besten für Sie ist. Ziel ist es, Ihre Leistungsfähigkeit wieder herzustellen bzw. einer Verschlimmerung Ihres Gesundheitszustands entgegenzuwirken. Und zwar so, dass Sie Ihren Alltag wieder so gut wie möglich meistern können.

ANLAUFSTELLE IN SACHEN REHABILITATION

Als Krankenkasse sind wir gesetzlich verpflichtet, unsere Versicherten zum Thema Reha zu beraten, selbst wenn wir die Leistung nicht selbst anbieten oder bezahlen. Diese Aufgabe übernehmen wir gerne. Denn es ist uns wichtig, in jeder Lebenssituation für Sie da zu sein und Sie bei allen wichtigen Gesundheitsthemen sicher zu begleiten.

Um Sie schnell und unkompliziert zu unterstützen, haben wir eine zentrale Anlaufstelle zum Thema Reha für Sie eingerichtet. Unser Expertenteam hilft Ihnen, einen Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu erkennen, und informiert Sie kompetent und zuverlässig über Ihre Möglichkeiten. Selbstverständlich auch über Angebote anderer Leistungsträger (z. B. Rentenversicherung). Die notwendigen Anträge stellen wir dann mit Ihnen gemeinsam.

Übrigens: Unsere Expertinnen und Experten beraten nicht nur Versicherte, sondern sind gleichzeitig auch Anlaufstelle für Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger. Bei Bedarf koordinieren wir auch die Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen.

Um Menschen, die mit einer Behinderung leben oder davon bedroht sind, zu stärken, fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende

ERGÄNZENDE UNABHÄNGIGE TEILHABEBERATUNG (EUTB)

Um Menschen, die mit einer Behinderung leben oder davon bedroht sind, zu stärken, fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende

Beratung. Betroffene können diese Beratung im Vorfeld nutzen, ohne direkt konkrete Leistungen zu beantragen. Beratungsangebote der EUTB finden Sie auf www.teilhabeberatung.de

Als Krankenkasse unterstützen wir Sie sowohl im Bereich der medizinischen Rehabilitation als auch beim Thema Vorsorgekuren. Welche Formen der medizinischen Rehabilitation es gibt und wie sich diese von einer Vorsorgekur unterscheiden, haben wir hier für Sie zusammengefasst:

MEDIZINISCHE REHA

1. Ambulant: Bei der ambulanten Reha werden die vielfältigen therapeutischen Angebote wohnortnah durchgeführt. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von den Zuzahlungen befreit sind, beteiligen sich an den Kosten mit einem Beitrag von zehn Euro je Kalendertag. Diese Zuzahlung ist für maximal 42 Tage zu leisten.

2. Stationär: Reichen die Leistungen der ambulanten Reha nicht aus, können Versicherte die erforderlichen Therapiemaßnahmen mit Unterkunft und Verpflegung in einer stationären Rehabilitationseinrichtung durchführen. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von den Zuzahlungen befreit sind, beteiligen sich an den Kosten mit einem Beitrag in Höhe von zehn Euro je Kalendertag. Diese Zuzahlung ist für maximal 42 Tage zu leisten.

VORSORGEKUR

Wenn Sie stark belastet oder gesundheitlich angeschlagen sind und die Gefahr besteht, dass Sie in absehbarer Zeit ernsthaft erkranken, kann eine ambulante oder stationäre Vorsorgekur sinnvoll sein. Im Gegensatz zur medizinischen Reha handelt es sich dabei um eine präventive Maßnahme, die nicht auf akute Beschwerden abzielt, sondern Ihre Gesundheit stärken und Erkrankungen vorbeugen soll.

Die VIACTIV bezuschusst hierbei die Unterkunft und Verpflegung mit dreizehn Euro pro Tag. Zudem übernehmen wir die Kosten für medizinisch notwendige Heilmittel. Dazu zählen zum Beispiel Massagen oder Krankengymnastik. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von Zuzahlungen befreit sind, tragen zehn Prozent der Heilmittelkosten selbst. Hinzu kommen nochmal zehn Euro je Verordnung, wobei diese mehrere Anwendungen umfassen kann.

>> **Sie haben Fragen zu diesem Thema? Hier finden Sie unsere Kontaktdaten**

REHABILITATION IN ZAHLEN

	Anträge	Genehmigungen	Quote
Ambulante Rehabilitation	1.235	1.075	87,0 %
Stationäre Rehabilitation	8.286	5.892	71,1 %
Eltern-Kind-Kuren	1.375	1.296	94,3 %
Rehasport	11.768	11.747	99,8 %

Hinweis: Die Genehmigungsquote ist bei stationären Maßnahmen niedriger, da in vielen Fällen Alternativen vor Ort angeboten werden können.



Erstattungen für Zahnreinigung (PZR)

3.700.619 €

ZAHNGESUNDHEIT – DIE BASIS FÜR IHR WOHLBEFINDEN

Ihre Zähne erbringen täglich Höchstleistungen. Deshalb ist es wichtig, dass Sie sie gut pflegen und vor Krankheiten schützen. Die VIACTIV hilft Ihnen, Ihre Zähne aktiv gesund zu halten und steht Ihnen zuverlässig zur Seite, wenn es dennoch zu Problemen kommt.

Ob Zahnvorsorge, Zahnreinigung Zahnbehandlungen oder Zahnerhalt – mit unserem erstklassigen Leistungsangebot bewahren Sie sich ein strahlendes Lächeln und eine hohe Lebensqualität.

PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG WICHTIGE UND BELIEBTE SCHUTZMASSNAHME

Unsere vielfältigen Vorsorgeangebote zum Erhalt ihrer Zähne werden von unseren Versicherten gerne genutzt. Vor allem die professionelle Zahnreinigung (kurz: PZR) steht bei unseren Kundinnen und Kunden hoch im Kurs. Sie gilt neben dem täglichen Putzen als bestes Mittel, um Ihre

Zähne langfristig gesund zu halten. Wie die Zahnreinigung durchgeführt wird und wie lange sie dauert, hängt stark von der individuellen Mundhygienesituation ab. Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Erwachsenen liegt bei etwa einer Stunde.

Die VIACTIV bezuschusst Ihre professionelle Zahnreinigung zweimal jährlich mit jeweils 30 Euro – unabhängig von der Wahl des Zahnarztes bzw. der Zahnärztin. Schicken Sie uns einfach Ihre Rechnung per Post, Mail oder VIACTIV App. Wir überweisen unseren Anteil dann umgehend auf Ihr Konto. Auch wenn Sie Zahnersatz oder Ihre Kinder eine kieferorthopädische Behandlung benötigen, bietet Ihnen die VIACTIV umfassende Unterstützung.

ZAHNGESUNDHEIT IN ZAHLEN

	Anträge	Genehmigungen	Quote
Zahnersatz	58.710	56.084	95,5 %
Kieferorthopädische Behandlung	11.045	10.862	98,3 %

INNOVATIVE MEDIZIN – SELEKTIVVERTRÄGE UND INNOVATIONSFOND

GUT VERSORGT – ÜBER DEN GESETZLICHEN STANDARD HINAUS

Damit wir Sie optimal und individuell unterstützen können, haben wir unser Angebot über die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen hinaus erweitert.

Als Versicherte/-r profitieren Sie enorm von unserem Engagement in diesem Bereich. Denn täglich erforschen Medizinerinnen und Mediziner auf der ganzen Welt die Ursachen von Krankheiten, verbessern Vorsorgemaßnahmen und entwickeln neue Therapieansätze. Unser Anspruch ist es, Ihnen diese nach eingehender Prüfung schnellstmöglich zugänglich zu machen. Dank unserer besonderen Verträge mit Praxen und Kliniken können Sie viele zusätzliche und zum Teil neuartige Gesundheitsleistungen kostenfrei nutzen.

Unser Angebot umfasst mehr als 96 Direktverträge. Darunter auch immer mehr digitale Angebote wie Apps oder Online-Programme, die wir unseren Versicherten in Kooperation mit verschiedenen qualitätsgeprüften Anbietern zugänglich machen.

Regelmäßig schließt die VIACTIV für Sie bedarfsgerechte Versorgungsverträge ab. Hierbei spricht man von sogenannten Selektivverträgen. Auf diese Weise können Sie besser und flexibler versorgt werden. Zum Beispiel bei speziellen Erkrankungen oder einem Mangel an Fachärzten in Ihrer Region.

mehr als
96
Direktverträge

INNOVATIONSFONDS – FORSCHUNG FÖRDERN FÜR EINE GESUNDE ZUKUNFT

Um die Versorgungsqualität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu optimieren, hat die Bundesregierung im Jahr 2016 den Innovationsfond ins Leben gerufen. Ziel dabei ist es, medizinische Forschungsprojekte zu fördern und neue Therapien und Gesundheitslösungen zu finden.

Die VIACTIV unterstützt aktuell insgesamt zehn solcher Projekte. Diese finanzieren sich zur Hälfte durch Mittel der gesetzlichen Krankenkassen und zur anderen Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Für die Jahre 2020 bis 2024 wurde die ursprüngliche Fördersumme von 300 Millionen Euro auf jährlich 200 Millionen Euro reduziert. Dabei stehen 160 Millionen Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen und 40 Millionen Euro für die Versorgungsforschung zur Verfügung.

Die Projekte, die wir unterstützen, sollen belastbare Erkenntnisse generieren, auf deren Basis entschieden werden kann, bestimmte Angebote dauerhaft in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen.

Förderung von
10
Projekten



DISEASE MANAGEMENT PROGRAMS (DMP) – OPTIMALE VERSORGUNG FÜR CHRONISCH KRANKE

Die VIACTIV garantiert Versicherten auch im Fall einer chronischen Krankheit die bestmögliche Versorgung. Hierzu bieten wir unter dem Namen **VIACTIV MedPlus** strukturierte Behandlungsprogramme (engl. Disease Management Programs, kurz: DMP) an.

sicherstellen, dass Sie genau die Betreuung erhalten, die Sie benötigen. Und dies nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Aktuell bietet die VIACTIV Disease Management Programme für die folgenden sechs vom Gesetzgeber festgelegten Erkrankungen an:

STRUKTURIERTE BEHANDLUNG – ZIELE UND VORTEILE

Durch die strukturierte Behandlung sollen Komplikationen, Folgeschäden und Begleiterkrankungen bestmöglich vermieden werden. Haus- und Fachärzte, Kliniken und Therapeuten arbeiten in den Programmen eng zusammen und stimmen die Behandlung miteinander ab. So lässt sich

- ✓ Diabetes mellitus Typ I
- ✓ Diabetes mellitus Typ II
- ✓ Asthma bronchiale
- ✓ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- ✓ Brustkrebs
- ✓ Koronare Herzkrankheit (KHK)

DMP IN ZAHLEN

Im Dezember 2021 waren in der VIACTIV insgesamt 88.576 Versicherte in mindestens einem Programm eingeschrieben. Versicherte können sich auch in mehrere Programme einschreiben.

Bundesweit waren im Jahr 2021 knapp 7,8 Millionen Versicherte in einem Programm eingeschrieben. Tendenz steigend. (Quelle: Webseite Bundesamt für Soziale Sicherung; Stand 31.12.2021)

	Einschreibungen bei der VIACTIV	Einschreibungen bundesweit
Diabetes mellitus Typ I	2.771	267.094
Diabetes mellitus Typ II	55.401	4.721.111
Asthma bronchiale	11.141	1.215.781
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	9.180	831.622
Brustkrebs	2.090	168.844
Koronare Herzkrankheit (KHK)	23.520	2.064.100
Insgesamt (inkl. Mehrfacheinschreibungen)	104.103	9.268.552

VORAUSSETZUNGEN ZUR TEILNAHME

Wenn Sie bei der VIACTIV versichert sind, können Sie kostenfrei an VIACTIV MedPlus teilnehmen. Voraussetzungen sind eine gesicherte ärztliche Diagnose und Ihre schriftliche Einwilligung. Die Teilnahmeunterlagen erhalten Sie direkt in Ihrer Fach- oder Hausarztpraxis. Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Im Rahmen des Programms kann die koordinierende Arztpraxis jederzeit weitere Fachärzte hinzuziehen. Es finden regelmäßig viertel- oder halbjährliche Kontrolluntersuchungen statt. Weiterhin können Sie an kostenfreien Patientenschulungen teilnehmen. Diese Schulungen unterstützen Sie beim Umgang mit Ihrer Erkrankung im Alltag.

QUALITÄTSSICHERUNG DMP-PROGRAMME

Bei unseren strukturierten Behandlungsprogrammen setzen wir auf höchste Qualität. Um optimale Erfolge zu garantieren, gibt es feste Erinnerungs- und Rückmeldestrukturen. Zudem fördern wir die aktive Teilnahme und Eigeninitiative der Patientinnen und Patienten. Durch diese Maßnahmen stellt die VIACTIV eine umfassende und qualifizierte Versorgung für chronisch kranke Versicherte sicher. Die aktuellen Qualitätsberichte zu unseren DMP-Programmen können Sie sich hier ansehen.

PSYCHISCHE GESUNDHEIT SEELISCHES WOHLBEFINDEN STÄRKEN

Die Zahl der Krankmeldungen aufgrund psychischer Erkrankungen steigt seit Jahren kontinuierlich an. Belastungen am Arbeitsplatz und die langanhaltende Pandemie sind nur zwei Gründe, die eine psychische Erkrankung auslösen können.

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. erfüllt einer von vier Erwachsenen in Deutschland im Zeitraum eines Jahres die Kriterien einer psychischen Erkrankung. Kein Wunder also, dass in diesem Zusammenhang immer häufiger von „Volkskrankheiten“ die Rede ist. Rund 18 Millionen Menschen in Deutschland sind Jahr für Jahr davon betroffen.

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN ERKENNEN UND HILFE ANNEHMEN

Die psychische Gesundheit ist in unserer Gesellschaft immer noch ein Thema, über das wenig gesprochen wird. Dabei könnte man vielen Menschen sehr gut helfen, wenn Probleme rechtzeitig erkannt und behandelt würden. Die VIACTIV unterstützt psychisch erkrankte Menschen daher auf besondere Weise. Unter anderem bieten wir Versicherten die Online-Therapie deprexis® gegen Depressionen an. Sie basiert auf einem virtuellen Dialog. Dieser hilft, die persönliche Situation besser einzuschätzen und geeignete Methoden zu finden, um sich besser zu fühlen. Betroffene werden ermutigt, sich mit ihrer Situation auseinanderzusetzen und etwas zu verändern. Sofort und

jederzeit einsetzbar sorgt deprexis® für positive Impulse, die depressiven Menschen Halt geben und einer Verschlechterung ihrer Situation entgegenwirken.

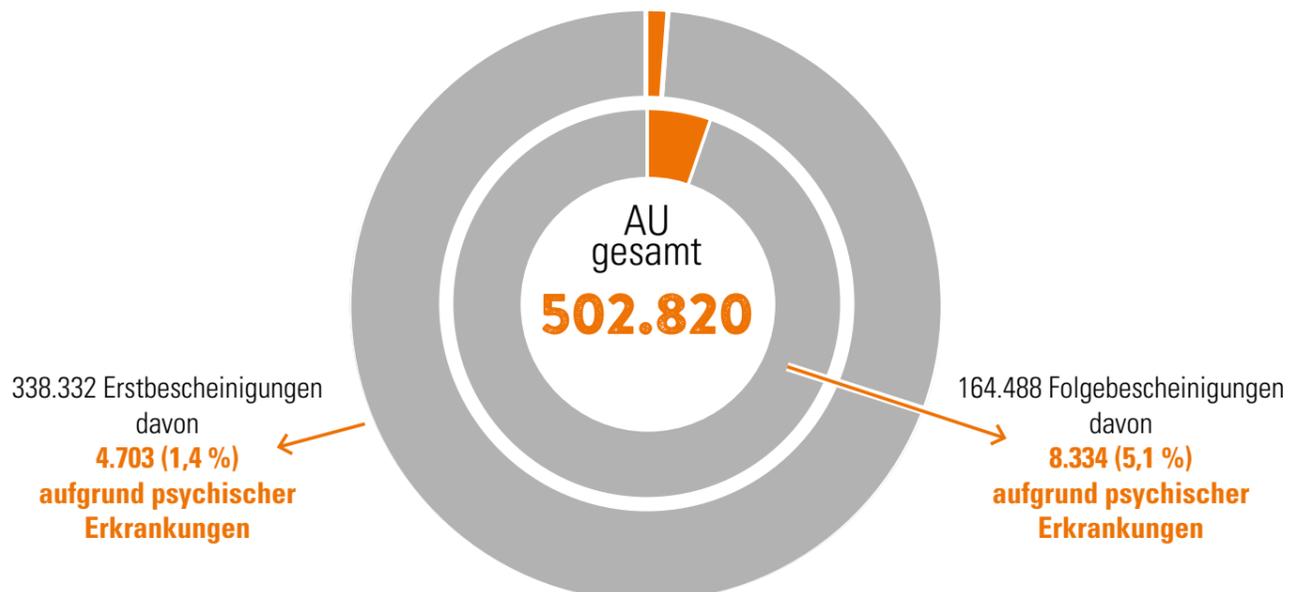
WIRKSAME SOFORTHILFE OHNE EXTRAKOSTEN

deprexis® ist ein CE-gekennzeichnetes Medizinprodukt, dessen Wirksamkeit in zahlreichen Studien nachgewiesen wurde. Das Programm wird bereits von vielen Ärzten und Psychotherapeuten eingesetzt und empfohlen. Zudem ist es als digitale Gesundheitsanwendung (App auf Rezept) in das offizielle Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen. Auch wir sind vom Nutzen des Programms überzeugt und übernehmen daher die vollen Kosten. Wichtig: deprexis® ist kein Ersatz für eine Psychotherapie, sondern wird stets begleitend zur ärztlichen Behandlung eingesetzt. In Rücksprache mit Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten können mit deprexis® Wartezeiten (z. B. bis zum Beginn einer Therapie) sinnvoll überbrückt werden.

Hier gelangen Sie direkt auf die Homepage des Anbieters. Dort finden Sie viele weitere Informationen über das Online-Therapieprogramm. Zudem erhalten Sie hier die Verordnungsbestätigung.

ARBEITSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Ausgewertet wurden AU-Bescheinigungen, die als Hauptdiagnose eine psychische Erkrankung aufweisen.



PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN ZAHLEN

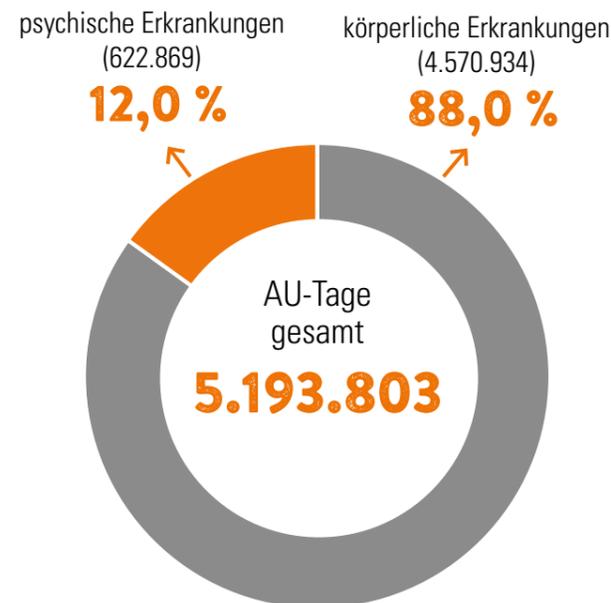
2,6 Prozent aller AU-Bescheinigungen werden aufgrund einer psychischen Erkrankung ausgestellt. Während die Erstbescheinigungen anteilig bei 1,4 Prozent liegen, sind es bei den Folgebeseinigungen mit 5,1 Prozent deutlich mehr. Ein Indiz dafür, dass psychische Erkrankungen länger andauern. Die Grafiken zur AU-Dauer verdeutlichen dies.

Betrachtet man nämlich die AU-Dauer, zeigt sich, dass 12 Prozent aller AU-Tage 2021 psychisch bedingt waren. Während die AU bei

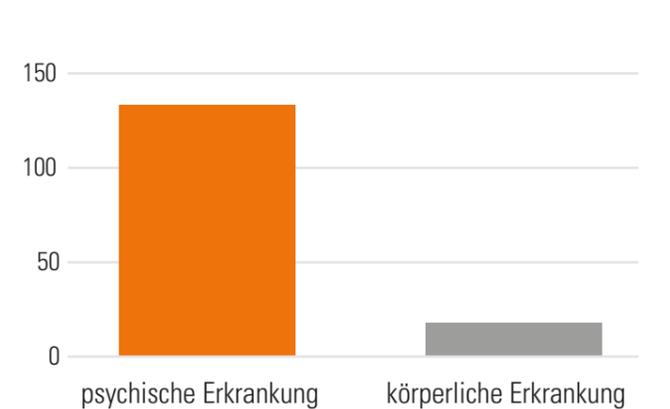
einer körperlichen Erkrankung im Schnitt 15,4 Tage dauert, liegt die durchschnittliche AU-Dauer aufgrund einer psychischen Erkrankung bei 132,4 Tagen.

Insgesamt wurden im Jahr 2021 13.913 Anträge auf Psychotherapie bei der VIACTIV eingereicht. 13.848 (99,5 Prozent) wurden genehmigt.

AU-TAGE IM VERGLEICH (2021)



DURCHSCHNITTLICHE AU-DAUER IN TAGEN



DIE PFLEGEVERSICHERUNG DER VIACTIV – GUT INFORMIERT UND BESTENS VERSORGT

Wer einen Menschen pflegt oder selbst auf die Pflege anderer angewiesen ist, hat anfangs oft viele Fragen. Pflege ist ein komplexes Thema – doch die VIACTIV kennt sich aus und hilft Ihnen, den Durchblick zu behalten.

Wir erklären Ihnen, welche Pflegegrade es gibt, wie man diese beantragt und wie Ihr Antrag von uns bearbeitet wird.

Die **Pflegegrade** dienen dazu, die Pflegebedürftigkeit eines Menschen einzustufen und ihm so eine angemessene Unterstützung zu garantieren. Geistige und seelische Beeinträchtigungen, z. B. aufgrund von Demenz, werden dabei ebenso berücksichtigt wie körperliche Einschränkungen.

Der **Medizinische Dienst (MD)** hat die besondere Aufgabe, festzustellen, welchem Pflegegrad eine pflegebedürftige Person zuzuordnen ist. Bei der Begutachtung wird ermittelt, ob wichtige Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung noch vorhanden sind und wie selbstständig eine Person noch ist.

Betrachtet werden dabei die folgenden Lebensbereiche:

- ✓ Mobilität
- ✓ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- ✓ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- ✓ Selbstversorgung
- ✓ Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Belastungen
- ✓ Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die Selbstständigkeit in den genannten Bereichen wird nach verschiedenen Kriterien mit Punkten bewertet. Diese werden gewichtet und addiert. Aus der Gesamtpunktzahl ergibt sich dann die Einstufung in einen von insgesamt fünf Pflegegraden.

EIN BLICK HINTER DIE KULISSEN DER VIACTIV PFLEGEVERSICHERUNG

Die VIACTIV Pflegeversicherung beschäftigt über 100 Mitarbeitende, die auf das Thema Pflege spezialisiert sind. Verteilt auf die 6 Standorte Bochum, Dortmund, Münster, Rüsselsheim, Kreuztal und Hamm betreuen sie Versicherte bei allen Fragen und Anliegen. Besonders stolz sind wir auf unser Pflegeberatungcenter, in dem wir unser Wissen zum Thema bündeln und zielgerichtet an unsere Kunden weitergeben. Denn die umfassende Information und Aufklärung steht stets am Anfang guter Pflege. Genau deshalb beraten wir Sie und Ihre Angehörigen jederzeit individuell und kostenfrei. Wenn nötig auch bei Ihnen vor Ort.

PFLEGE IN ZAHLEN (2021)

Im Dezember 2021 betrug die Anzahl unserer pflegebedürftigen Versicherten 56.281. In stationärer Pflege befanden sich 11.731 Versicherte, 44.550 Versicherte wurden ambulant gepflegt.

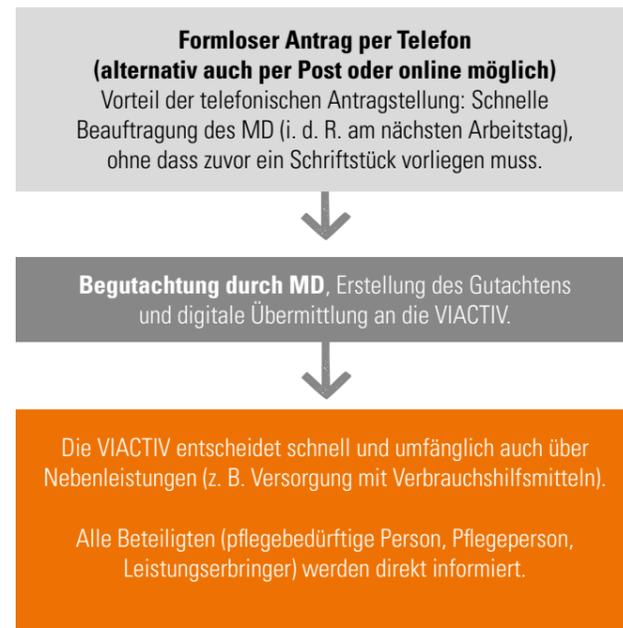
Anzahl der Pflegeanträge (Erstantrag)	15.572
Genehmigungsquote	72,0 %
Anzahl aller Rechnungen	512.506

148.625
telefonische Beratungen
2021

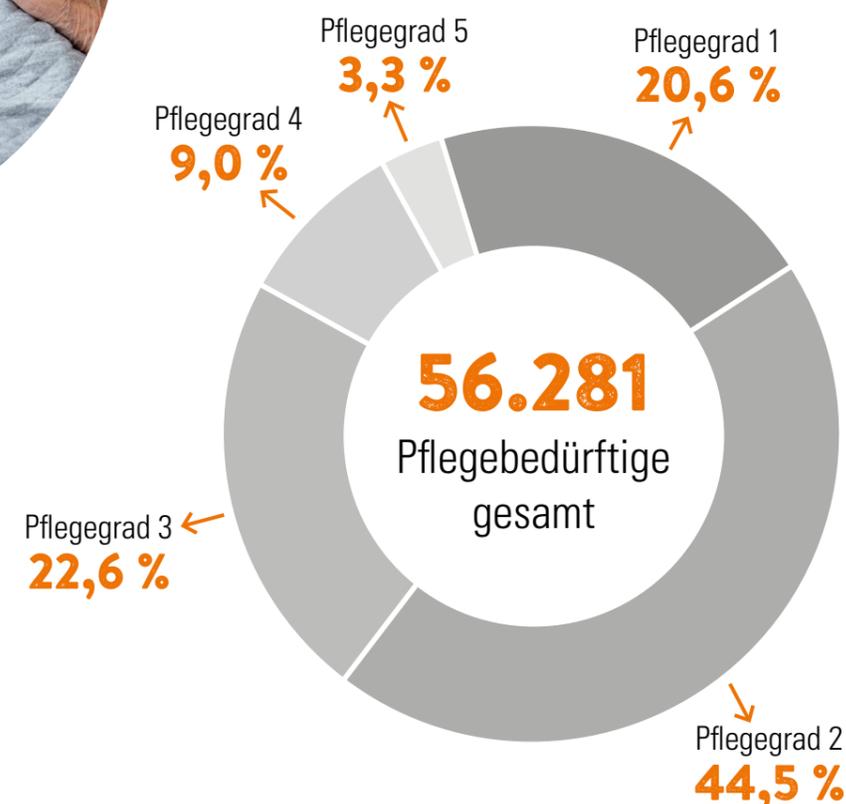
DER WEG EINES ANTRAGS AUF PFLEGEGRAD

Bei der VIACTIV können Sie Ihren Antrag ganz unkompliziert telefonisch stellen! Wir beauftragen dann umgehend die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. So geht keine Zeit verloren und Sie erhalten schnellstmöglich die Unterstützung, die Sie brauchen. Einen schriftlichen Antrag benötigen wir erst im Nachgang zur Prüfung relevanter Daten (z. B. aktuelle Bankverbindung).

>> **Sie haben Fragen zu diesem Thema? Hier finden Sie unsere Kontaktdaten**



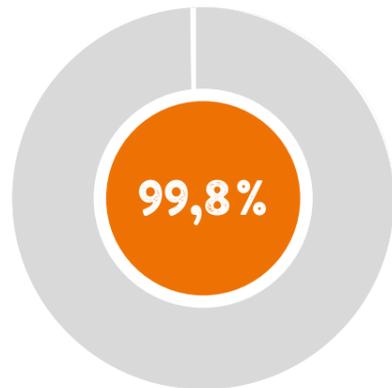
VERTEILUNG DER PFLEGEGRADE



UNSERE GENEHMIGUNGSQUOTEN IN DEN WICHTIGSTEN LEISTUNGSBEREICHEN (2021)



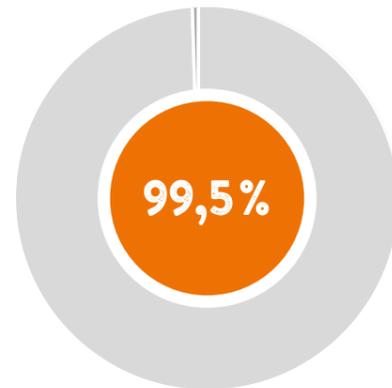
REHA-SPORT



Anträge: **11.768**
Genehmigungen: **11.747**



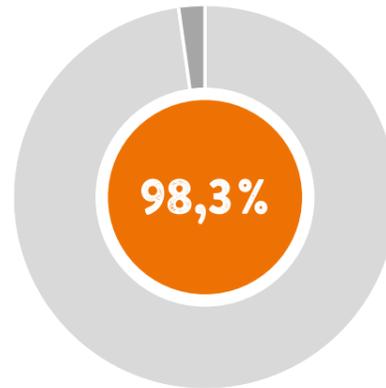
PSYCHOTHERAPIE



Anträge: **13.913**
Genehmigungen: **13.848**



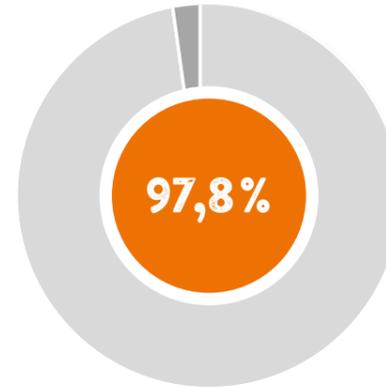
KIEFERORTHOPÄDIE



Anträge: **11.045**
Genehmigungen: **10.862**



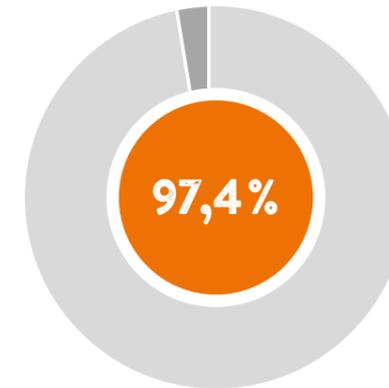
HÄUSL. KRANKENPFLEGE



Anträge: **61.349**
Genehmigungen: **59.995**



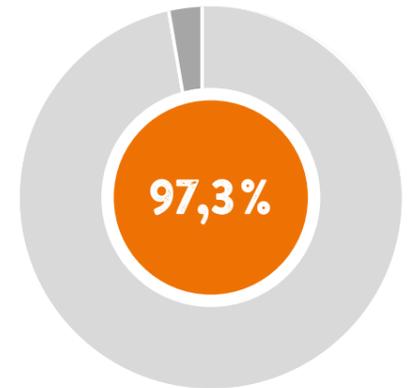
KRANKENGELD



Anträge: **20.836**
Genehmigungen: **20.296**



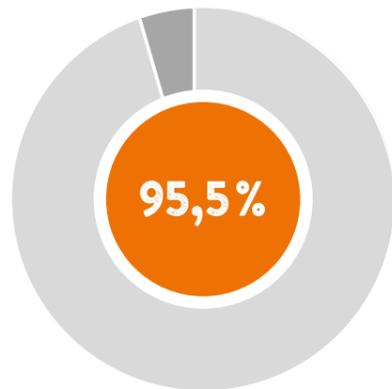
HILFSMITTEL



Anträge: **191.185**
Genehmigungen: **186.038**



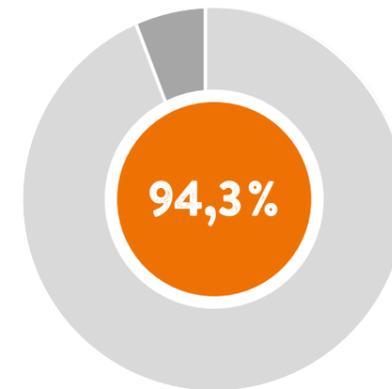
ZAHNERSATZ



Anträge: **58.710**
Genehmigungen: **56.084**



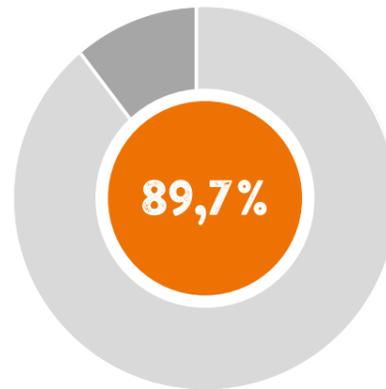
ELTERN-KIND-KUREN



Anträge: **1.375**
Genehmigungen: **1.296**



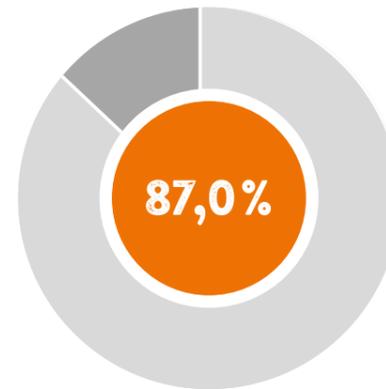
HAUSHALTSHILFE



Anträge: **2.070**
Genehmigungen: **1.857**



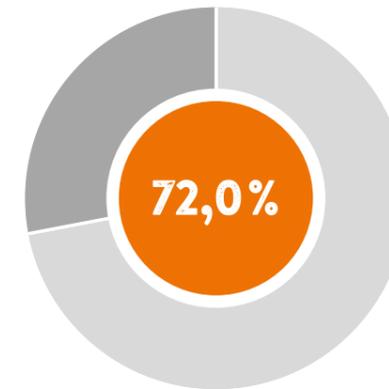
AMBULANTE REHA



Anträge: **1.235**
Genehmigungen: **1.075**



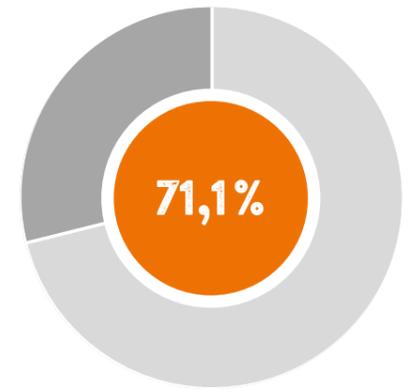
ERSTANTRAG PFLEGE



Anträge: **15.572**
Genehmigungen: **11.212**



STATIONÄRE REHA



Anträge: **8.286**
Genehmigungen: **5.892**



IHRE RECHTE ALS PATIENT/-IN

Die Einführung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 hat Regeln geschaffen, die Ihre Souveränität als Patient/-in stärken und Ihnen mehr Rechtssicherheit geben. Teile dieses Gesetzes finden sich im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sowie im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB) wieder.

Als Patient/-in schließen Sie im Fall einer Behandlung einen medizinischen Behandlungsvertrag ab. Dieser sichert Ihre Ansprüche als Patient/-in und regelt vertragstypische Pflichten zwischen den Parteien. Hierzu gehören unter anderem:

- ✓ Ihr Anspruch auf Leistung der versprochenen, den medizinischen Standards entsprechenden Behandlung.
- ✓ Der Anspruch der Ärztin bzw. des Arztes auf Gewährung der vereinbarten Vergütung.

Ein solcher Behandlungsvertrag regelt nicht nur die Ansprüche von Patienten gegenüber Ärzten, sondern auch gegenüber anderen Heilberufen wie Heilpraktikern, Hebammen, Psycho- oder Physiotherapeuten.

Das Patientenrechtegesetz beinhaltet weitere Regelungen, die Ihre Position stärken. Dazu gehören z. B. die Informations- und Aufklärungspflicht des Behandlers bzw. der Behandlerin, das Recht auf Einsicht Ihrer Patientenakte und die Unterstützung der Krankenkassen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler.

UNSERE UNTERSTÜTZUNG BEIM VERDACHT AUF EINEN BEHANDLUNGSFEHLER

Auch Ärztinnen und Ärzte machen Fehler. Oft bleiben sie bedeutungslos, doch manchmal haben sie schlimme Folgen. Als Betroffene/-r können Sie sich wehren. Die VIACTIV hilft Ihnen, herauszufinden, ob ein echter

Behandlungsfehler vorliegt und begleitet Sie bei allen weiteren Schritten. Zum Beispiel, um etwaige Schadenersatzansprüche geltend zu machen.

WAS IST EIN BEHANDLUNGSFEHLER?

Eine Operationswunde verheilt nicht? Nach der Krankengymnastik werden die Schmerzen nicht besser, sondern eher schlimmer? Für Betroffene, die es erleben, ist das fatal. Doch der Körper ist keine Maschine. Heilungsprozesse folgen nicht immer demselben Schema. Und auch eine ordnungsgemäß durchgeführte Behandlung kann scheitern. Dennoch gilt: Bleibt der erhoffte Heilungserfolg aus, können anhaltende Schmerzen und andere störende Symptome ein Hinweis auf Behandlungsfehler sein. Ein echter Fehler liegt vor, wenn eine medizinische Behandlung nicht nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards durchgeführt wurde. Dabei kann der Fehler auch darin bestehen, dass das betreuende medizinische Personal eine Behandlung gar nicht erst vorgenommen hat.

gemeldete Fälle
225
davon begutachtet
135
davon Behandlungsfehler
7

GEMEINSAM HINWEISEN NACHGEHEN

Wenn Sie einen Behandlungsfehler vermuten, melden Sie sich bei uns. Unter unserer kostenlosen Servicenummer erreichen Sie ein speziell geschultes Team, mit dem Sie Ihren Fall besprechen können. Wir unterstützen Sie bei der Aufklärung Ihres Verdachts. Bei Bedarf können wir Kranken- und Behandlungsunterlagen von Praxen und Krankenhäusern, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen oder weiteres Bildmaterial für eine Beurteilung anfordern. Sie müssen hierzu lediglich in dieses Vorgehen einwilligen und eine Entbindung von der Schweigepflicht unterschreiben. Dann können wir Ihren Hinweisen nachgehen und Ihren Fall für Sie prüfen.

>> **Sie haben Fragen zu diesem Thema?**
Hier finden Sie unsere Kontaktdaten

GUTACHTEN ALS BASIS FÜR SCHADENERSATZANSPRÜCHE

Wenn sich nach Prüfung aller Unterlagen der Verdacht auf einen Behandlungsfehler erhärtet, können wir den Medizinischen Dienst beauftragen, ein Gutachten zu erstellen. Dieses Gutachten soll die Frage klären, ob ein Fehler im Behandlungsablauf die Ursache für den entstandenen gesundheitlichen Schaden sein kann. Das Gutachten

dient Ihnen als fachliche Grundlage für eine weitere gerichtliche oder außergerichtliche Klärung. Um eventuelle Schadenersatzansprüche durchzusetzen, sollten Sie außerdem eine Fachanwältin bzw. einen Fachanwalt für Medizinrecht hinzuziehen.

Für das Jahr 2021 wurden der VIACTIV 225 Hinweise auf mögliche Behandlungsfehler gemeldet. Hierbei konnten bei 135 begutachteten Fällen 7 Fälle als Behandlungsfehler eingestuft werden. Bei den Fällen, die noch nicht abgeschlossen wurden, bleibt die VIACTIV weiter am Ball. Wichtig zu wissen: Den gemeldeten Behandlungsfehlern stehen 6,3 Millionen ärztliche Behandlungen, 870.000 Zahnarztbehandlungen und über 198.000 Krankenhausbehandlungen gegenüber.

UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG

Auch die Ärzteschaft selbst hat Einrichtungen gegründet, die Patienten bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts unterstützen. Meist sind diese Kommissionen oder Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern angesiedelt. Bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) kann sich außerdem jeder, wenn gewünscht auch anonym, von unabhängigen Experten kostenlos beraten lassen.



DER WIDERSPRUCH – IHR GUTES RECHT!

Sie haben eine Leistung bei uns beantragt? Dann hoffen Sie wahrscheinlich, dass Sie diese schnell und unkompliziert in Anspruch nehmen können. Doch es gibt Situationen, in denen wir Ihren Antrag nicht genehmigen dürfen. Hier erklären wir Ihnen, warum das so ist und was Sie in einem solchen Fall tun können.

Das deutsche Sozialversicherungsrecht ist sehr komplex und für Versicherte nicht immer leicht zu durchschauen. Das möchten wir ändern. Als Krankenkasse, die ihre Verantwortung ernst nimmt, ist es uns wichtig, Sie in wichtige Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen, Ihnen die Hintergründe zu erklären und Sie auf Ihre Rechte hinzuweisen.

Im Fall einer Leistungsablehnung sieht das so aus: Noch bevor wir den Ablehnungsbescheid an Sie verschicken, nehmen wir Kontakt zu Ihnen auf. In einem persönlichen Gespräch erklären wir Ihnen medizinische

oder juristische Fachbegriffe und erläutern Ihnen die Gründe für unsere Entscheidung. Nicht selten kommt es beispielsweise vor, dass wichtige Unterlagen wie Gutachten oder Atteste fehlen. Unter Umständen können auch alternative Versorgungsangebote der Grund sein.

NUTZEN SIE IHR RECHT AUF WIDERSPRUCH

Aus Erfahrung wissen wir: Im persönlichen Gespräch mit unseren Experten lassen sich die meisten Ihrer Fragen klären und in vielen Fällen eine gemeinsame Lösung finden. Gelingt dies nicht, steht Ihnen der Weg des Widerspruchs offen. Das gilt übrigens nicht nur, wenn Ihr Leistungsantrag abgelehnt wurde. Auch bei strittigen Punkten hinsichtlich Ihres Beitrags oder beim Thema Krankengeld genießen Sie das Widerspruchsrecht. Im Folgenden erklären wir Ihnen, wie Sie

von diesem Recht Gebrauch machen, wie ein Widerspruchsverfahren abläuft und was geschieht, wenn Sie mit Ihrem Widerspruch scheitern. Dass wir Ihr Recht auf Widersprüche ernst nehmen und es sich für Sie lohnt, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, zeigt ein Blick auf die Widerspruchszahlen der vergangenen Jahre.

WIDERSPRUCHSAUSSCHUSS UND WIDERSPRUCHSBESCHEIDE

Hierbei handelt es sich um ein unabhängiges Gremium, welches aus ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern besteht. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bestehen aus je zwei Arbeitgeber- und Versichertenvertretern. Jeder Widerspruch unserer Kundinnen und Kunden wird hier unabhängig und individuell geprüft – selbstverständlich

unter Beachtung der geltenden Gesetze. Eine vollkommen neue Prüfung des Sachverhaltes erfolgt immer unter dem Betrachtungswinkel: Ist das Recht richtig angewendet worden? Ist die versicherte Person gerecht behandelt worden? Über das Ergebnis der Entscheidung des Widerspruchsausschusses werden Versicherte nach der Prüfung in Form eines Widerspruchsbescheides schriftlich unterrichtet.

Sollte der Widerspruchsausschuss entscheiden, den Widerspruch zurückzuweisen, besteht die Möglichkeit, vor dem Sozialgericht zu klagen. Die Klage muss innerhalb eines Monats nach Zugang des Widerspruchsbescheids erhoben werden. Dabei entstehen den Versicherten grundsätzlich keine Gerichtskosten.

STATISTIKEN ZU WIDERSPRÜCHEN UND KLAGEN

IN DER KRANKENVERSICHERUNG	2021	in %
Eingegangene Widersprüche	2.754	
laufende Fälle aus Vorjahr	64	
Gesamtzahl der Widersprüche	2.818	100,0
erledigte Widersprüche	2.733	97,0
davon Abhilfen	1.202	42,7
davon Rücknahmen	513	18,2
davon erlassene Bescheide	930	33,0
davon sonstige Erledigung	88	3,1
laufende Fälle zum Jahreswechsel	85	3,0
Klagen vor dem Sozialgericht	146	5,2

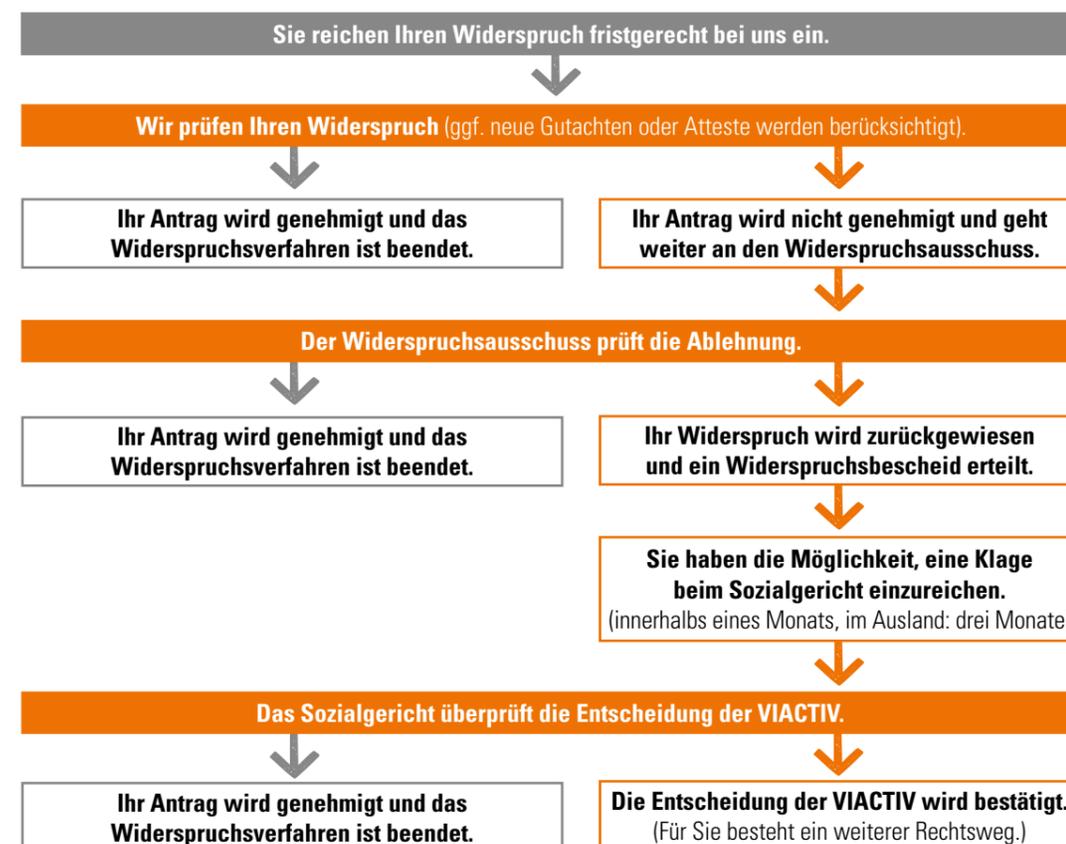
IN DER PFLEGEVERSICHERUNG	2021	in %
Eingegangene Widersprüche	3.038	
laufende Fälle aus Vorjahr	436	
Gesamtzahl der Widersprüche	3.474	100
erledigte Widersprüche	2.413	69,5
davon Abhilfen	859	24,7
davon Rücknahmen	1.073	30,9
davon erlassene Bescheide	431	12,4
davon sonstige Erledigung	50	1,4
laufende Fälle zum Jahreswechsel	1.061	30,5
Klagen vor dem Sozialgericht	74	2,1

NACH LEISTUNGSARTEN / AUSWAHL DER WICHTIGSTEN BEREICHE	2021	in %
Gesamtzahl eingegangener Widersprüche	2.754	100
– Krankengeldfälle	541	19,6
– Hilfsmittel	776	28,2
– Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	381	13,8
– häusliche Krankenpflege	222	8,1
– Versicherung und Beiträge	176	6,4
– sonstige Fachbereiche	658	23,9

WIDERSPRUCH EINLEGEN SO GELINGT'S

Der Weg Ihres Widerspruchs ist gesetzlich klar geregelt. Wurde Ihr Antrag von uns abgelehnt, haben Sie einen Monat Zeit, Widerspruch einzulegen (im Ausland: drei Monate).

Wie die weiteren Schritte des Widerspruchsverfahrens aussehen, haben wir hier grafisch für Sie dargestellt:





UNSERE **KONTAKTDATEN**

Uns ist wichtig, in jeder Lebenssituation für unsere Versicherten da zu sein und sie bei allen Fragen und Anliegen schnell und zuverlässig zu unterstützen. Wie wir das tun? Mit einem direkten Draht zu unseren

Expertenteams. Hier finden Sie die wichtigsten Kontaktdaten im Überblick. Zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren! Unsere Experten freuen sich auf Ihren Anruf und helfen Ihnen jederzeit gerne weiter.

POSTADRESSE

VIACTIV Krankenkasse
Zentraler Posteingang
45064 Essen

TELEFON

0800 222 12 11

Unsere Servicenummer für alle allgemeinen Fragen und Anliegen.
24/7 rund um die Uhr – kostenlos aus allen deutschen Netzen

E-MAIL

service@viactiv.de

FAX

0234 479 1999

WEBSEITE

viactiv.de

VIACTIV PFLEGE-BERATUNG

0800 589 13 51

Individuelle Beratung und Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Mo. – Fr.: 8:00 – 18:00 Uhr – kostenlos aus allen deutschen Netzen

VIACTIV HILFSMITTEL-BERATUNG

0208 88046 4465

hilfsmittel@viactiv.de

Individuelle Beratung und Unterstützung
rund um das Thema Hilfsmittel.

24/7 rund um die Uhr – zum Ortstarif



IHR FEEDBACK IST UNS WICHTIG

Im Jahr 2021 haben wir unser Lob- und Kritikmanagement neu konzipiert. Sie möchten sich für unsere tolle Unterstützung bedanken? Oder ist etwas nicht so gelaufen, wie Sie es sich gewünscht hätten? Dann teilen Sie uns dies bitte mit.

ZENTRALE ANSPRECHSTELLE FÜR REHABILITATION

0800 363 8420

Die zentrale Ansprechstelle hilft Ihnen, frühzeitig einen Rehabilitationsbedarf zu erkennen und die notwendigen Anträge zu stellen.

24/7 rund um die Uhr – kostenlos aus allen deutschen Netzen

BERATUNG BEHANDLUNGSFEHLER

0800 1405 5412 2091

Anlaufstelle für Versicherte beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler.

24/7 rund um die Uhr – kostenlos aus allen deutschen Netzen

Egal, ob persönlich in einem unserer Kundenservices, telefonisch, per Post oder per E-Mail. Jeder Ihrer Hinweise hilft uns, unser Angebot weiter für Sie zu verbessern. Als Kunde oder Kundin stehen Sie für uns im Mittelpunkt all unseres Handelns. Unser Ziel ist es, Sie in jeder Lebenssituation bestmöglich zu unterstützen. Mit Leistungen und Services, die zu Ihnen und Ihrem Leben passen. Ihr Feedback ist uns daher besonders wichtig. Denn es liefert uns wertvolle Hinweise darauf, wie wir unsere Leistungen und unseren Service für Sie weiterentwickeln und verbessern können.

Manchmal können wir aufgrund gesetzlicher Vorgaben nicht alle Wünsche erfüllen. Doch auch dann finden wir mit Ihnen gemeinsam sicher eine gute Alternative. Wir freuen uns über Ihre ehrliche Meinung, nehmen jeden Hinweis ernst und wissen jedes Lob zu schätzen. Denn all dies ist für uns die beste Qualitätskontrolle, die wir erhalten können, und spornt uns weiter an.

IMPRESSUM

Herausgeber:
VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum
Inhaltlich verantwortlich: Dejan Tomic, Qualitätsmanagement
Verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes:
Markus M. Müller, Vorstandsvorsitzender der VIACTIV