

ALTE WERTE, NEUE LEISTUNGEN.

GesundheitsFair bedeutet: Eine neue Vollversicherung, die etablierte Werte und neue Anforderungen des Marktes vereint.

Das alte Tarifwerk war 40 Jahre lang gut und ist es immer noch. Insbesondere unseren Bisex-Bestandskunden bietet es einen leistungsstarken Schutz. Aber der PKV-Markt hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Die SDK wird von Vergleichsprogrammen und Ratings nicht mehr als Premiumanbieter wahrgenommen und ist somit häufig unter Wert repräsentiert. Mit der neuen Vollversicherung hat die SDK ein für die Zukunft ausgerichtetes Tarifwerk entwickelt, das auf Bewährtes aufbaut und langfristig ausgelegt ist.

	ALTES TARIFWERK	NEUES TARIFWERK
UNSERE ETABLIERTEN WERTE		
Generationenübergreifend	↑ keine Billigtarife oder Paralleltarifwerke, seit über 40 Jahren eine Tarifphilosophie	↑ das Tarifwerk wurde entwickelt um, mindestens genauso lange (wenn nicht noch länger) erfolgreich am Markt zu stehen und die heutigen und zukünftigen Generationen zu versichern
Beitragsstabil	↑ nachhaltig kalkuliert, moderate Beitragsanpassungen seit Jahrzehnten, von Ratings ausgezeichnet	↑ wieder nachhaltig kalkuliert, wir bauen auf die Erfahrungen der Vergangenheit auf
Leistungsstark	→ wir bieten Leistungen für einen optimalen Krankenversicherungsschutz	↑ wir bieten einen verbesserten Leistungsumfang bis hin zum Premiumschutz und werden unserer Rolle als Gesundheitsspezialist besser gerecht
Modular	→ die Krankenversicherung lässt sich aus verschiedenen Modulen je nach Wunsch und Geldbeutel zusammensetzen, die Tarife aus dem ambulanten und zahnärztlichen Bereich sind jedoch gekoppelt	↑ mit dem neuen echten Bausteinprinzip stehen 8 Module für den ambulanten, 3 Module für den stationären und 4 Module für den zahnärztlichen Bereich zur Verfügung, die ohne Einschränkung frei kombinierbar sind
Flexibel	→ das Tarifwerk lässt sich mit Erreichen des 30., 35., 40., 45. und 50. Lebensjahr sowie zu bestimmten Ereignissen an die jeweilige Lebenssituation anpassen	↑ wir haben die Wechseloptionen weiter ausgebaut, so gibt es noch mehr Ereignisse, zu denen ohne Wartezeiten und ohne Gesundheitsprüfung der Leistungsumfang erhöht werden kann

Die wichtigsten Neuerungen im Überblick:



	ALTES TARIFWERK	NEUES TARIFWERK
AMBULANTER BEREICH		
Selbstbeteiligung (SB)	→ verschiedene Leistungsumfänge mit mehreren absoluten und zwei prozentualen SB, A80 mit 20 % max. 360 € SB und A75 mit 25 % max. 650 € im Kalenderjahr (KJ) gehören jedoch zu den absatzstärksten Tarifen	↑ grundsätzlich zwei Leistungsniveaus: gute Leistung mit 2.400 € oder 1.440 € absolute SB, 30 % max. 960 € oder 30 % max. 480 € SB, hohes Leistungsniveau mit 30 % max. 960 €, 20 % max. 480 €, 10 % max. 240 € SB oder überhaupt keine SB
reduzierte SB für Kinder	↓ nein	↑ ja, halbe absolute SB oder halbe Deckelung bei prozentualer SB
versteckte SB	→ teilweise ja	↑ nein
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	→ bis Höchstsätze GOÄ	↑ auf Wunsch auch über Höchstsätze der GOÄ im Premiumschutz
Psychotherapie	→ auf 20 Sitzungen begrenzt oder unbegrenzt, aber immer nach vorheriger Genehmigung	↑ unbegrenzt auch ohne vorherige Genehmigung
Hilfsmittel	→ verschiedene Erstattungssätze und somit höhere Eigenanteile	↑ keine eigenen Erstattungssätze keine versteckten zusätzlichen SB
Sehhilfen	→ verschiedene Erstattungssätze	↑ 250 € oder 1.000 € innerhalb von drei KJ
Refraktive Chirurgie beispielsweise Lasik	→ ist nicht in AVB geregelt	↑ 1.500 € oder 3.000 € je Auge
Hörhilfen	→ verschiedene Erstattungssätze (zählen als Hilfsmittel)	↑ 2.500 € je Ohr/KJ oder ohne Begrenzung
Naturheilverfahren/ Heilpraktiker	→ tariflich erfolgte Abrechnung nur nach GOÄ, Alternativ: Abschluss Zusatztarif NH	↑ nicht Bestandteil oder 1.000 € (Arznei-, Heil- und Verbandmittel ohne Begrenzung)
Vorsorgeleistungen	→ Vorsorgeleistungen (gesetzlich eingeführte Programme) werden erstattet, sie sind jedoch nicht SB- und BRE-unabhängig	↑ als Gesundheitsspezialist bieten wir im höheren Leistungsniveau (AM1-Reihe) eine SB- und BRE-unabhängige Erstattung von 500 € pro KJ für Vorsorgeleistungen
Präventionspauschale	↓ eine Präventionspauschale gibt es nur mit Abschluss des Zusatztarifs VP	↑ als Gesundheitsspezialist bieten wir nun eine Präventionspauschale in Höhe von 250 € oder 500 € pro KJ
Kinderwunschbehandlung	→ mit Ausnahme von A210/A220 nicht in AVB geregelt	↑ 8x Insemination + 4x bzw. 8x Reagenzglas



STATIONÄRER BEREICH		
Privatärztliche Behandlung und Privatklinik	→ entweder mit oder ohne diese Wahlleistung	↑ entweder mit (S1) oder ohne diese Wahlleistung (S3) oder nur bei Eintritt Dread Disease (S1DD)



ZAHNÄRZTLICHER BEREICH		
Erstattungssatz Zahnersatz/KFO	→ 50 %, 60 % oder 75 %, teilweise höhere Erstattung bis 1.300€ Rechnungsbetrag aus Ambulanttarif	↑ 60 %, 80 % oder 90 % für den Premiumschutz
Zahnbehandlung	→ 50 %, 60 % oder 75 %, teilweise höhere Erstattung bis 1.300€ Rechnungsbetrag aus Ambulanttarif	↑ 100 % in allen Tarifen
Gebührenordnung für Ärzte (GOZ)	→ bis Höchstsätze GOZ	↑ auf Wunsch auch über Höchstsätze der GOZ im Premiumschutz
BRE-unabhängige Zahnprophylaxe	↓ nein	↑ als Gesundheitsspezialist bieten wir bei drei von vier Tarifen 250 € oder 500 € pro KJ