

M E I N E
DAS MAGAZIN FÜR MITGLIEDER

SDK

PRIVAT VERSICHERT BEI DER SDK

Die richtige Wahl für Ihre Gesundheit

MIT DEN AKTUELLEN
MITTEILUNGEN
NOVEMBER 2013

Pflegeversicherung
Attraktive Tarife und
staatliche Förderung

SDK-Stiftung
Ärzte der Welt:
Ihre Hilfe kommt an

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

die Bundestagswahl vom 22.09.2013 war wie schon 2005 und 2009 eine Richtungswahl. So dachten die Parteien. Aber die Wähler sahen das anders und haben eine andere Richtung vorgegeben. Eine Mehrheit für eines der beiden „Lager“ hat die Wahl nicht gebracht. Wohl aber eine eindeutige Botschaft: Angela Merkel soll Bundeskanzlerin bleiben. Man könnte vereinfacht sagen, es war dem Wähler egal, mit wem Angela Merkel regiert. Nach dem Ausstieg der Grünen aus den Sondierungsgesprächen wird es wohl wieder eine große Koalition richten. Keiner wollte das, aber die Erinnerungen an die vorletzte Legislatur sind vor allem bei den Wählern gut und die Mehrheit der Mandate würde in jedem Fall stabile Verhältnisse garantieren. CDU/CSU und SPD haben angekündigt, sich für die Koalitionsverhandlungen Zeit bis Ende November nehmen zu wollen. Die neue Regierung soll dann bis Weihnachten stehen. (Informationsstand: 28.10.2013)

Was bedeutet diese Konstellation für das Gesundheitswesen in Deutschland allgemein und für die Private Krankenversicherung (PKV) und Ihre SDK im Besonderen? Gesundheitspolitik ist keines der Kernthemen für die Koalitionsverhandlungen, der Handlungsdruck ist in anderen Politikfeldern deutlich größer. SPD und Grüne wollten eine Bürgerversicherung, die Union nicht. Also wird es vermutlich vorerst keine tiefgreifenden Veränderungen und somit auch keine grundlegende Reform des Gesundheitssystems geben. Der Arbeitsmarkt läuft gut und sichert Rekordeinnahmen für die Steuerkasse und die gesetzlichen Sozialsysteme, sodass es weder Defizite noch Erhöhungen des Beitragssatzes zu geben scheint. Außerdem hören wir zunehmend auch aus den Reihen der Sachverständigen und der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), dass eine Bürgerversicherung keine qualitativen Verbesserungen in der Versorgung aller Patienten bringen würde. Statt dessen wird wieder mehr von Wettbewerb gesprochen. Womit wir beim Status quo wären: Einem für alle Patienten nützlichen Wettbewerb zwischen GKV und PKV.



Die private Krankenversicherung hat in den vergangenen zwei Jahren zurecht bestehende Kritikpunkte abgebaut: z.B. durch Einführung von Provisionsobergrenzen, die partielle Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen beim Wechsel des Versicherers und die Einführung definierter Mindeststandards. Die PKV ist bereit für Veränderungen, sie ist handlungsfähig und systemrelevant. Denn sie garantiert hochwertige medizinische Versorgung für über neun Millionen Menschen im Land im Rahmen der Vollversicherung und für rund 23 Millionen im Rahmen von Ergänzungstarifen. Mit Alterungsrückstellungen von gut 180 Milliarden Euro ist diese Versorgung auch nachhaltig für das Alter gewährleistet. Mit den Prämien ihrer Versicherten leistet die PKV einen überdurchschnittlichen Beitrag für das Gesundheitswesen an sich, von dem auch alle gesetzlich Versicherten profitieren. Die PKV und erst recht die SDK sind sich ihrer besonderen Verantwortung bewusst und zum konstruktiven Dialog mit der Politik über notwendige Systemverbesserungen zum Wohl der Patienten selbstverständlich immer bereit.

Bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, wie es die SDK ist, sind Sie als Kunden gleichzeitig „Mitglied“ und können über Mitgliedervertreter an der Entwicklung unserer SDK mitwirken. In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen die Liste mit den vom Wahlausschuss nominierten Kandidaten vor.

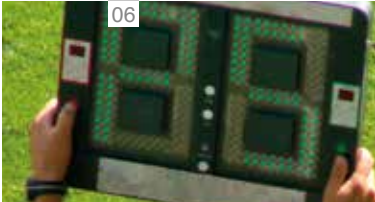
Ihr


Dr. Ralf Kantak



04

- 04 Die richtige Wahl für Ihre Gesundheit**
Privat versichert bei der SDK



06

- 06 Ein Wechsel, viele Vorteile**
Neue Tarife in der privaten Pflegezusatzversicherung



08

- 08 REISEplus versichert Ihre Urlaubsträume**
Jetzt mit noch größerem Leistungsspektrum



12

- 11 Fit bleiben und älter werden mit Diabetes**
Die SDK unterstützt Schulungen für ältere Patienten

- 12 Bei El Maoun im Flüchtlingslager**
Die 1-Euro-Spende bei REISEplus kommt an



14

- 14 Gesundheitsprogramme helfen**
Ein Alltagsbericht aus dem COPD-Programm

- 15 Entscheidungshilfe durch renommierte Spezialisten**
Zweitmeinung bei Krebsdiagnose

- 16 Wenig Licht, schlechte Stimmung?**
So vermeiden Sie Winterdepressionen



16

- 18 Starke Partner, starke Leistung**
Die erfolgreiche Kooperation von SDK und mhplus

- 20 Rechtliche Informationen**

PDF statt Papier?

Sie möchten zukünftige Ausgaben unserer Mitgliederzeitschrift „Meine SDK“ auf digitalem Weg erhalten? Kein Problem! Folgen Sie auf www.sdk.de einfach folgendem Pfad: Mitglieder/Für Mitglieder/„Meine SDK - Onlinebezug“ und geben Sie im Formular Ihre Daten ein.

Impressum

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

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

Herausgeber

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach
0711 5778-0
sdk@sdk.de
www.sdk.de

Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.),
Rainer Dittrich, Volker Schulz
Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Roman Glaser

Druck

Gmähle-Scheel Print-Medien GmbH,
Waiblingen

Redaktion

SDK, Abteilung Marketing, Fellbach;
Wohlgemuth & Company, Stuttgart

Gestaltung, Satz

Wohlgemuth & Company, Stuttgart

Bildnachweise

Ärzte der Welt: S. 12, S. 13, Dreamstime:
S. 6, iStockphoto: S. 9, S. 10, S. 17 (2),
SDK: S. 4, S. 8, S. 15, S. 19, shutterstock:
S. 11, Thinkstock: S. 1, 16, 28

Privat versichert bei der SDK

Die richtige Wahl für Ihre Gesundheit



In Deutschland können wir uns auf ein gut funktionierendes Gesundheitssystem verlassen. Das bewährte Nebeneinander von gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen macht medizinischen Fortschritt und flächendeckende Ärzteversorgung finanzierbar. Folgerichtig war eine grundlegende Änderung des Gesundheitssystems auch kein Kernthema für die Koalitionsverhandlungen zur Bildung einer neuen Bundesregierung.

**Vieles spricht für die PKV,
noch mehr für die SDK!**

Die Einführung der so genannten Unisex-Tarife, bei denen nun keine Beitragsunterschiede mehr zwischen Frauen und Männern bestehen, hat viel verändert. Jedoch

nicht bei unserer Vollversicherung: FLEXOprivat bleibt FLEXOprivat, denn auch der neue Tarif ist analog zum bisherigen kalkuliert. Und der galt stets als einer der stabilsten in der gesamten Branche.

Dabei ist die Beitragsstabilität nur ein Grund für den Erfolg unserer Vollversicherung. Der andere ist die hohe Flexibilität. Unser Tarifwerk lässt sich individuell an die jeweilige Lebenssituation anpassen. Davon profitieren vor allem Familien. Denn in der Zeit, in der nur ein Ehepartner berufstätig ist, können alle im Vertrag versicherten Personen zum Beispiel in einen günstigeren Versicherungsschutz wechseln. Und sobald beide Ehepartner wieder arbeiten, ist der Wechsel in einen Tarif mit mehr Leistungen problemlos möglich. Unser Anspruch ist es, unseren Mitgliedern eine Absicherung zu bieten, die perfekt zu ihnen passt.

Finden Sie heraus,
welche Krankenver-
sicherung zu Ihnen
passt:
www.sdk.de/typomat



Dass das bei unseren Kunden gut ankommt, zeigt z.B. auch die Statistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin):

Mit durchschnittlich nur 3,2 Personen auf 100.000 Versicherte hat die SDK

seit Jahren eine der niedrigsten Beschwerdequoten branchenweit. Und auch die Finanzexperten von Wirtschaftswoche, Focus Money, Assekurata oder Franke & Bornberg attestieren der SDK kontinuierlich Bestleistungen.



Gute Argumente für die richtige Wahl

Noch immer verzichten viele Menschen freiwillig auf eine optimale Absicherung durch eine private Krankenversicherung, obwohl sie davon profitieren können. Um ihnen die Entscheidung zu erleichtern, haben wir jetzt den „TYPOMATEN“ entwickelt. Mit ihm kann jeder selbst wählen, welche Vorteile für ihn wichtig sind



und so herausfinden, welche Krankenversicherung die passende ist. Sollten auch Sie im Bekannten- oder Freundeskreis jemanden kennen, der noch zögert, ob der Einstieg in die PKV richtig ist, können Sie ihn mit dem „TYPOMATEN“ bestimmt überzeugen. Das Schöne daran: Es nützt Ihren Bekannten – und möglicherweise auch Ihnen: Unser „Mitglieder werben Mitglieder“-Programm belohnt ihr Engagement mit attraktiven Prämien. Mehr dazu erfahren Sie auf unserer Website: www.sdk.de/service/mitglieder ■

10 gute Gründe für die private Krankenversicherung

1. Leistungsstärke

Faire Beiträge bei sehr guten Leistungen.

2. Nachhaltigkeit

Die PKV ist unabhängig von Staatszuschüssen und Subventionen. Erwirtschaftete Überschüsse fließen an die Versicherten zurück.

3. Verlässlichkeit

Nur eine Private Krankenversicherung bietet eine lebenslange Garantie des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4. Solidarität

Die nachhaltige Finanzierung durch die Bildung von Alterungsrückstellungen in der PKV bringt Generationengerechtigkeit.

5. Angebotsvielfalt

Der Wettbewerb unter den PKV-Anbietern stärkt Leistungen und Kosteneffizienz.

6. Wahlfreiheit

Die Therapiefreiheit des Arztes ist einer der größten Vorteile für den privatversicherten Patienten.

7. Eigenverantwortung

Privatversicherte entscheiden stets selbst, in welchem Umfang sie sich absichern.

8. Transparenz

Privatpatienten wissen immer, was Ihre Behandlungen kosten. Beitragsanpassungen beruhen auf nachgewiesenen Kostensteigerungen.

9. Verantwortung

Die PKV setzt besondere Maßstäbe im Bereich der Pflege und hilft z.B. privatversicherten Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bundesweit nach einheitlichen Qualitätsstandards.

10. Vitalität

Die Private Krankenversicherung ist eine innovative und wachsende Branche. Davon zeugen immer neue Angebote, die jedes Jahr Innovationen für Kunden und Patienten bereithalten.

Quelle: PKV-Verband

Private Pflegezusatzversicherung

Ein Wechsel, viele Vorteile

Wenn es um Vorsorge geht, gilt grundsätzlich das Motto: Je eher man beginnt, desto besser. Das gilt auch für unsere private Pflegezusatzversicherung PFLEGE-privat. Denn hier haben Bestandsversicherte nach Tarif PE jetzt die Chance, in die neuen, leistungsstärkeren PS-Tarife zu wechseln - ohne Gesundheitsprüfung!

Viele unserer Mitglieder haben früh eine solche wichtige Zusatzversicherung im Pflegefall abgeschlossen und somit von einem frühen Eintrittsalter und dauerhaft günstigen Beiträgen profitiert. Allerdings ist es unser Ziel, unsere Tarife kontinuierlich zu überprüfen, aktuellen Entwicklungen anzupassen und für unsere Mitglieder zu optimieren. Das Ergebnis sind die aktuellen PS-Tarife der Pflegezusatzversicherung. Die neuen Tarife enthalten wichtige Leistungen und sind deutlich flexibler konzipiert als ihre Vorgänger PE1, PE2 und PE3.

Die gute Nachricht: Falls Sie in einem PE-Tarif versichert sind, können Sie jetzt in den neuen Pflege-Tarif wechseln. Die schlechte Nachricht? Die gibt es nicht! Stattdessen eine weitere gute: Eine neue Gesundheitsprüfung ist nicht notwendig. Sie können nahtlos und ohne Wartezeit eine höherwertige Absicherung genießen.

Warum sollte man wechseln?

Die neuen Tarife sind nicht nur flexibler gestaltet, sondern schützen auch Ihr Vermögen noch besser. Denn sobald eine Pflegebedürftigkeit von mindestens Stufe 1 fest-



gestellt wird, übernehmen wir die Beitragszahlungen für Sie. Im PE-Tarifwerk war zudem eine Dynamik nur bis zum 65. Lebensjahr möglich.

Der Tarif PS garantiert sie Ihnen lebenslang. Alle zwei Jahre können Sie Ihr versichertes Pflegegeld um 5 % erhöhen – auch das ohne weitere Gesundheitsprüfung. Nicht nur deshalb wurden die neuen PS-Tarife bereits mehrfach ausgezeichnet: Finanztest zählt die SDK zu den besten Pflegetagegeld-Anbietern und von Witte Financial Services erhielt PFLERGEprivat zweimal das Siegel „GOLD“.

Wer kann wechseln?

Ob Sie in den PS-Tarif wechseln können, hängt von einigen Kriterien ab, die wir im Vorfeld für Sie bereits geprüft haben. Wenn Sie alle Kriterien für den Wechsel erfüllen, haben Sie von uns bereits in den letzten Wochen ein individuelles Angebot bekommen. Sollten Sie Fragen dazu haben, können Sie sich jederzeit an Ihren

Warum sich der Wechsel lohnt:

- Beitragsbefreiung ab Pflegestufe 1
- Lebenslange Dynamik, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit
- Umfangreiche Assistenzleistungen
- Keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeiten
- Mehrfach ausgezeichnete Tarife

persönlichen Kundenberater wenden. Seine Kontaktdaten finden Sie ebenfalls im Anschreiben.

Unsere Empfehlung an alle: Prüfen Sie, ob Ihr Pflegegeld noch ausreichend ist

Seit Anfang 2013 fördert der Staat private Pflegezusatzversicherungen mit bis zu 60,- Euro pro Jahr. Eine tolle Möglichkeit, den bestehenden Versicherungs-



schutz zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Jedoch verlangt der Gesetzgeber im Fördertarif unter anderem eine fünfjährige Wartezeit und Beitragszahlungen auch nach Eintritt des Pflegefalls von den Versicherten. Gerne prüfen wir mit Ihnen gemeinsam, welcher Tarif für Sie vorteilhafter ist – mit oder ohne Förderung.

Sie haben noch keine private Pflegezusatzversicherung?

Dann wechseln Sie noch 2013 und profitieren Sie von einem möglichst günstigen Einstiegsalter. Das Highlight bei der SDK: Schließen Sie den Tarif PS und den Fördertarif gleichzeitig ab, entfällt die 5-jährige Wartezeit im Fördertarif. ■

Reservieren Sie sich gleich Ihr individuelles Beratungsgespräch unter 0711 5778-698



Größeres Leistungsspektrum

REISEplus versichert Ihre Urlaubsträume

Urlaub im deutschen Winter hat viele Gesichter: Die einen zieht es in wärmere Gefilde, andere können den ersten Schnee schon nicht mehr erwarten. Und wer es sich leisten kann, der verbringt gleich mehrere Monate in anderen Klimazonen. Unabhängig vom Ziel gilt aber für alle: Keine Auslandsreise ohne REISEplus, die Auslandsreise-Krankenversicherung der SDK.

Wenn zuhause der Winter naht, entdecken viele Deutsche die Welt. Irgendwo auf unserem Planeten ist immer Sommer. Zumindest ein milderes Klima sollte es schon sein. Hauptsache weg aus Kälte und Nebel. Mindestens ebenso viele stört zwar die Kälte zuhause nicht, aber die Berge sind nicht hoch genug. Und deshalb locken unsere Nachbarländer die Skifahrer mit Traumhängen und Pulverschnee. Egal wohin die Sehnsucht Sie führt, das Problem ist für alle gleich: Ihre gesetzliche Krankenversicherung reist entweder gar nicht mit oder hat selbst im EU-Ausland so viele Lücken, dass Sie im Krankheitsfall auf hohen Kosten sitzenbleiben können.

REISEplus ab 2014 mit deutlich besseren Leistungen

REISEplus gehört in jedes Reisegepäck. Sogar die gesetzlichen Krankenkassen empfehlen, nicht ohne eine

private Auslandsreisekrankenversicherung das Land zu verlassen. Und der Beitrag für REISEplus ist im Krankheitsfall gut investiertes Geld. Denn ganz abgesehen davon, dass Sie auf Auslandsreisen wie ein Privatpatient behandelt werden, wartet der Klassiker der SDK ab 2014 mit nützlichen und komfortablen Zusatzleistungen auf:

REISEplus erstattet künftig die Kosten für „rooming-in“. Darüber freuen sich besonders Familien. Denn ab sofort übernimmt REISEplus auch die Übernachtungskosten im Krankenhaus für ein Elternteil bzw. eine Begleitperson, wenn ein minderjähriges Kind im Ausland stationär versorgt werden muss. Umgekehrt ist bei REISEplus auch eine Notfallbetreuung der Kinder enthalten, wenn die Eltern stationäre Behandlung brauchen. Klarer formuliert ist auch eine Leistung für Erkrankungen, die bei Reisebeginn schon bestanden haben: Tritt während der Reise eine Verschlechterung ein, die eine Heilbehandlung medizinisch notwendig macht, so sind auch diese Kosten versichert. Auch wird die Erstattungsfähigkeit ausgeweitet von der Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte auf Heilpraktiker, Chirotherapeuten und Osteopathen sowie deren verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Und wenn es mit den Zähnen Probleme gibt, sind jetzt auch Provisorien mitversichert.



Sparen mit der Dauerpolice

Ab 2014 gelten nach vier Jahren Beitragsstabilität neue Beiträge für REISEplus: Einzelpersonen zahlen künftig 11,50 Euro, eine ganze Familie 30,- Euro pro Kalenderjahr für beliebig viele Auslandsreisen bis zu je 45 Tagen. Ab Alter 61 liegt der Jahresbeitrag bei 25 Euro pro Person. Umso mehr lohnt sich deshalb der Abschluss von REISEplus als Dauerpolice. Denn mit der Dauerpolice zahlen Sie ab dem zweiten Versicherungsjahr weniger Beitrag. REISEplus beinhaltet zusätzlich unfallbedingte Bergungskosten bis zu 5.000 Euro und eine Kapitalzahlung bei Unfalltod von 5.000 Euro. Eine längere Reise ist gegen Mehrbeitrag bis zu einer Dauer von 730 Tagen versicherbar. Und die Kosten für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport sind – anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung – ebenfalls enthalten.

Auch „Kleinigkeiten“ können ins Geld gehen

Unsere Erfahrung zeigt, dass sich der Beitrag für jeden Versicherten lohnt. Denn wer gesund bleibt, reist in jedem Fall mit dem guten Gefühl, bestens versorgt zu werden. Und diejenigen, die im Ausland einmal einen Arzt gebraucht haben, wissen, dass es kaum

Rechnungen gibt, bei denen der Patient weniger selbst bezahlt, als es der Beitrag für REISEplus gewesen wäre. Im Gegenteil. Die Gefahren liegen gerade dort, wo man glaubt, es würde schon nichts passieren. Gerade im Urlaub ist die Unternehmungslust besonders groß: Skifahren, Trekking, Bike-Safari, eine Tour mit dem Quad. Ein Sturz, nicht mal ein Unfall, eine Risswunde, die genäht werden muss, ein unvorsichtiger Schritt, der eine Bandage nötig macht, reichen aus, um vom Arzt im Urlaubsort eine Privatrechnung von mehreren hundert Euro zu erhalten. Bei Unfällen, Krankenhausaufenthalten, notwendigen Operationen oder einem Rücktransport nach Deutschland, den keine gesetzliche Krankenkasse bezahlt, sind mehrere tausend Euro auch in Österreich, Spanien, der Türkei oder erst recht den USA nicht außergewöhnlich. Und wenn es ganz dick kommt, dann enden Reisen in einer richtigen Katastrophe wie vor gut einem Jahr.

Auf dem Transfer zu einem Vortrag über traditionelle chinesische Medizin krachte ein Bus mit deutschen Studien-Reisenden in China frontal in einen entgegenkommenden Laster. Für sechs der Insassen kam jede Hilfe zu spät, 13 weitere waren zum Teil schwer verletzt. Die Verletzungen reichten von Verbrennungen über diverse Frakturen und Quetschungen bis hin zu



Psychosen. Fünf der Betroffenen waren glücklicherweise bei der SDK für Auslandsreisen versichert. Nach dem Unfall liefen die Prozesse routiniert ab: Patienten bzw. Kliniken informierten den Assistance-Partner der SDK.

Während die Unfallopfer in Kliniken ambulant und stationär versorgt wurden, wurden bei der SDK bereits die notwendigen Maßnahmen eingeleitet, um die Betroffenen wieder nach Hause zu bringen. Nach erlangter Transportfähigkeit wurden alle mit Linienmaschinen bzw. mit einem Ambulanzjet nach Deutschland geflogen. Die Kosten für medizinische Versorgung, Transporte und Rückflüge summierten sich für die SDK auf rund 120.000 Euro. Der Beitrag der Betroffenen belief sich auf rund 60 Euro – für alle zusammen.

Ihr Auslandsreiseschutz für 2014

Für Auslandsreisen, die in 2014 beginnen, können Sie REISEplus bis zum Tag vor Reisebeginn abschließen – entweder online über sdk.de oder bei den Volksbanken Raiffeisenbanken. Mit einem zusätzlich freiwillig überwiesenen Euro unterstützen Sie Hilfsprojekte der Organisation „Ärzte der Welt“ und helfen damit Kindern wie El Maoun, dem kleinen Jungen aus Mali, über den wir in diesem Heft berichten. Wir sagen „Danke!“ im Namen aller, die von Ihrer Unterstützung profitieren. ■

Sie möchten mehr erfahren?

Alle Informationen zu REISEplus erhalten Sie bei Ihrer Volks- oder Raiffeisenbank und online unter www.sdk.de



Schulungsangebot

„Fit bleiben und älter werden mit Diabetes“

Der Großteil der in Deutschland von Diabetes Betroffenen sind ältere Menschen. Für diese Personengruppe ist Diabetes häufig nur eine Komponente ihres Gesundheitszustands. Dementsprechend müssen bei der Therapie und insbesondere bei Schulungen individuelle Therapieziele und Bedürfnisse berücksichtigt werden, die sich sowohl an der Erhaltung der Lebensqualität als auch an der Lebensperspektive orientieren.

Die SDK unterstützt deshalb die spezielle „strukturierte geriatrische Schulung“ (SGS) für ältere Patienten der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG e.V.). Es ist bisher das einzige bundesweit angebotene, strukturierte Schulungskonzept für ältere Menschen mit Diabetes.

Strukturiertes Schulungskonzept

Dieses Programm besteht für Menschen ohne Insulintherapie aus sechs, für Menschen mit Insulintherapie aus sieben Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten. Die Effektivität der SGS wurde in einer deutschlandweiten Studie überprüft und bestätigt eine deutliche HbA1c-Senkung, einen Zuwachs des diabetesbezogenen Wissens, eine effektive Senkung von Akutkomplikationen sowie eine Zunahme der Therapiezufriedenheit.

Sie sind interessiert?

Wenn Sie Interesse an dieser Schulung haben, dann nehmen Sie doch einfach über unsere Internetseiten unter der Rubrik „spezielle Betreuungsprogramme“ direkt Kontakt mit den Schulungsstätten auf.

Sollten Sie über keinen Internetzugang verfügen, senden wir Ihnen gerne eine Liste mit den Kontaktdaten zu.

Unseren vollversicherten Mitgliedern erstatten wir die Kursgebühren. Für diesen Fall senden Sie bitte Ihre Rechnung getrennt von möglichen anderen Abrechnungen an die SDK-Hauptverwaltung zu Händen von Herrn Koppe.

Die Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie verfolgt keine betriebswirtschaftlichen Interessen und dient ausschließlich dem Wohl der Betroffenen. Dementsprechend nimmt die SDK keinen Einfluss auf den Schulungsumfang und kann keine Ansprüche gegenüber der Arbeitsgemeinschaft geltend machen. ■



1-Euro-Spende bei REISEplus kommt an:

Bei El Maoun im Flüchtlingslager

Seit 2011 unterstützt die SDK-Stiftung die Hilfsorganisation Ärzte der Welt über die 1-Euro-Spende bei REISEplus. Die Gründe für das Engagement der SDK-Stiftung liegen auf der Hand. Bei den über die SDK-Stiftung und Ihre Spende unterstützten Projekten geht es weltweit um die Gesundheit von Menschen. Besonders Kindern in Flüchtlings- und Krisengebieten kommen die Spenden über REISEplus direkt und in vollem Umfang zugute. Im Jahr 2012 kamen so insgesamt 15.000 Euro zusammen.

Ein Beispiel ist El Maoun, ein Junge aus Mali. Die anhaltenden Kämpfe im Norden des westafrikanischen Staates bedrohen hunderttausende Menschen. Kinder, Frauen und Männer, die den gewaltsamen Konflikten nichts entgegenzusetzen haben. Als einziger Ausweg, ihr Leben zu retten, bleibt ihnen die Flucht.

Flucht auf einem Eselskarren

El Maoun floh gemeinsam mit seinem Großvater auf einem Eselskarren über die Grenze in den Nachbarstaat Burkina Faso. Beide durchlitten dabei Strapazen, die sowohl physisch als auch psychisch tiefe Narben hinterließen. Bei seiner Ankunft in einem der beiden Flüchtlingslager, in dem Ärzte der Welt medizinische Soforthilfe leistet, wog El Maoun mit seinen vier Jahren gerade noch neun Kilogramm.

El Maoun und sein Großvater sind nur zwei Beispiele von etwa 50.000 malischen Flüchtlingen, die in dem Nachbarstaat Burkina Faso Schutz suchten und fanden. Allein in den Flüchtlingslagern Mentao und Damba, die im Norden des Landes und somit in erreichbarer Entfernung für die Vertriebenen liegen, zählten die Vereinten Nationen Ende vergangenen Jahres mehr als 10.000 Flüchtlinge. Sowohl die Einheimischen, als auch Schutzsuchende wie El Maoun, sein Großvater und die weiteren zehntausenden Geflohenen kämpfen täglich gegen



Fotos: Hagmann, Ärzte der Welt (Oktober 2013)

Dürre, damit einhergehende akute Unterernährung und weitere gesundheitliche Bedrohungen.

Seit dem Jahr 2010 ist deshalb Ärzte der Welt in Burkina Faso tätig und setzt sich für die Belange der am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen ein. Ein Fokus liegt dabei auf der Bekämpfung von Mangelernährung bei Kindern.

1 EURO für Ärzte der Welt

Mit einer Spende an die SDK-Stiftung helfen Sie unmittelbar und direkt. Mit REISEplus schützen Sie sich auf Reisen weltweit und helfen durch Ihre 1-Euro-Spende gleichzeitig Menschen wie El Maoun.

Sie haben dabei die Sicherheit, dass über die SDK-Stiftung alle Spenden in vollem Umfang bei den Betroffenen ankommen, gezielte Projekte direkt unterstützt und vor allem Kindern wie El Maoun geholfen wird. ■



El Maoun auf dem Weg der Besserung, nachdem die Hilfe durch Ärzte der Welt angeschlagen hat.



Klaus Henkel (links), damaliger Vorstandsvorsitzender der SDK, überreichte im Juni 2013 einen Scheck über 15.000 EUR an Ärzte der Welt (Bildmitte: Thomas Bader, rechts Joachim Panhans).

SDK Stiftung

El Maoun und sein Großvater im Flüchtlingslager in Burkina Faso.

Der Kampf gegen Mangelernährung bei Kindern steht im Fokus des Projekts in Burkina Faso.



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

SDK-Stiftungskonto
DZ Bank AG, BLZ 500 604 00, Konto-Nr. 1 02 69 30
Verwendungszweck: Ärzte der Welt

Ein Teilnehmer des COPD-Programms berichtet aus seinem Alltag

Gesundheitsprogramme helfen!



Seit einiger Zeit bieten wir unseren Mitgliedern gesundheitsfördernde Maßnahmen an. Mit diesen sollen Krankheiten verhindert und Krankheitsverläufe positiv beeinflusst werden. Wichtig ist uns dabei, die Lebensqualität unserer Mitglieder wieder spürbar zu erhöhen. Aber auch die Versicherungsgemeinschaft profitiert. Gesundheitsprogramme können Komplikationen oder Folgeerkrankungen vermeiden, was Kosten einspart und für alle Versicherten zu stabilen Beiträgen führt.

Wir wollten wissen, welche Erfahrungen Teilnehmer mit unseren Programmen gemacht haben und fragten unter anderem Michael Beil, langjähriges Mitglied der SDK. Er nimmt an unserem Telemedizin-Programm für COPD-Patienten teil.

Programmüberblick

Mit einem telemedizinischen Gerät, dem so genannten Health Buddy, und Telefongesprächen überwacht das Robert-Bosch-Krankenhaus den Gesundheitszustand der Betroffenen. So werden täglich wichtige Informationen wie Sauerstoffsättigung, Atemprobleme sowie Angaben zum allgemeinen Befinden an das Telemedizinische Zentrum (TMZ) des Robert-Bosch-Krankenhauses übermittelt. Medizinisch geschultes Fachpersonal wertet diese aus. Verändert sich der Gesundheitszustand, treten die Betreuer im TMZ mit dem Patienten oder dem behandelnden Arzt in Verbindung. Über den Health Buddy erhalten die Betroffenen zudem umfassende Informationen, wie sie mit ihrer Krankheit umgehen, Rückschläge vermeiden und die Lebensqualität im Alltag verbessern können.

SDK-Mitglied Michael Beil über seinen Erfolg

Michael Beil empfing das Team der SDK nicht nur mit offenen Armen, sondern beantwortete offen Fragen zu

seiner Erkrankung und dem täglichen Umgang mit ihr. Zuerst berichtete er über die Verblüffung seines Facharztes. Durch regelmäßige körperliche Aktivität konnte er seinen Gesundheitszustand nicht nur konstant halten, sondern sogar verbessern. Für seinen Arzt war er der erste „Fall“, bei dem sich die Werte verbessert hatten. Dies zeigt, dass allein das eigene Verhalten und das Wissen über die Krankheit den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen können.

Guten Tag Herr Beil, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für uns nehmen. Können Sie uns bitte kurz etwas zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte erzählen? **Meine Erkrankung begründet sich auf meine Zeit bei der Bundeswehr. Ich war 12 Jahre dabei und auch im Winter viel draußen. Mein Krankheitszustand hat sich dann im Laufe der Zeit immer ein bisschen mehr verschlechtert. Es ist nicht so, dass ich unzufrieden wäre – es gibt schlimmere Fälle – ich kann damit leben.**

Wie war Ihr erster Eindruck von unserem Telemedizin COPD Programm? **Ich war positiv überrascht. Da wird was für uns Patienten und Versicherte getan!**

Wie integriert sich das Programm in Ihren Tagesablauf? **Im Normalfall mache ich die notwendigen Dinge mit meinem Health Buddy zwischen 17 und 20 Uhr. Man muss sich ein gewisses Zeitfenster schaffen, in dem man mit dem Health Buddy arbeitet. Wenn man es einmal morgens, einmal mittags und einmal abends macht, dann bringt das nicht allzu viel.**

Wie gestaltet sich Ihr Alltag mit dem COPD-Programm? **Neben den Messungen werden hilfreiche Techniken angezeigt, das ist recht interessant und manchmal sogar ein bisschen witzig. Es gehört auch dazu, durch bestimmte Fragen ein bisschen Humor reinzubringen. Ich kann die Arbeit mit dem Health Buddy nur empfehlen.**

Das Robert-Bosch-Krankenhaus hat ja auch Ihren



Der Health Buddy findet überall, ob im Wohn- oder Arbeitszimmer, seinen Platz.

Arzt kontaktiert. Haben Sie das Gefühl, dass die Arzt-einbindung gut funktioniert? **Ja, das Gefühl habe ich durchaus, es funktioniert insgesamt gut.**

Was ist Ihrer Meinung nach ausschlaggebend für den Umgang mit einer chronisch entzündlichen Lunge?

Ich finde, gerade bei COPD-Patienten und Asthmatikern ist es ganz wichtig, dass man von den Ärzten, dem Programm sowie den Physiotherapeuten richtig angeleitet wird. Ich war selbst Physiotherapeut und weiß, wie wichtig es für die Betroffenen ist.

Nur selten bekommen Krankenversicherungen einen privaten Einblick in den Alltag ihrer Mitglieder. Wir danken Herrn Beil deshalb ganz besonders für das Gespräch! ■

Sie wollen mehr über das telemedizinische COPD-Programm erfahren?

Die Mitarbeiter des Telemedizinischen Zentrums (TMZ) helfen Ihnen gerne weiter: 0711 8101-6205

Entscheidungshilfe durch renommierte Spezialisten der Tumorzentren

Zweitmeinung bei Krebsdiagnose

Als erste Private Krankenversicherung bietet die SDK nun schon seit Februar 2013 Ihren Vollversicherten den unabhängigen onkologischen Zweitmeinungsservice der HMO AG an. Wir haben darüber ausführlich in unserer Juli-Ausgabe berichtet. Vollversicherte der SDK erhalten im Fall einer Krebserkrankung die ärztliche Zweitmeinung von renommierten Experten deutscher Universitätskliniken und Tumorzentren. In der Zwischenzeit hat die HMO ihre Beratungsleistung weiter ausgebaut und unterstützt unsere Krebspatienten nun auch im Bereich der onkologischen Rehabilitation. Über den gesamten Beratungsprozess hinweg werden sie kontinuierlich von einem persönlichen Betreuer begleitet. Die Kosten dafür trägt die SDK. Der zusätzliche Service erfolgt über das Onlineportal der Health Management Online AG (HMO AG).

Vom Zweitmeinungsverfahren profitieren vor allem Krebspatienten, die in Regionen ohne spezialisierte

Tumorzentren leben. Sie holen sich das Expertenwissen einfach nach Hause. Die Expertenmeinung ermöglicht optimale Behandlung, Therapie nach neuesten Standards und Versorgung durch Spezialisten. Im Fall einer Krebserkrankung ist es genau das, was die Betroffenen brauchen. Denn eine Zweitmeinung gibt Patienten und Ihren Angehörigen mehr Sicherheit, die richtigen Entscheidungen für die Behandlung zu treffen.

Eine zweite Meinung über die HMO AG einholen ist ganz einfach. Auf der Startseite von www.krebszweitmeinung.de erfahren Sie, wie Sie sich anmelden können: per E-Mail, telefonisch (089-67807846) oder per Post (HMO AG, Kolpingring 18a, 82041 Oberhaching). Die Case Manager der HMO AG nehmen dann schnell Kontakt mit Ihnen auf. ■

Ihre Fragen beantwortet Ihnen gerne

Herr Karl Koppe: 0711 5778-454

So vermeiden Sie Winterdepressionen

Wenig Licht, schlechte Stimmung?

Bereits seit der Sommersonnenwende im Juni werden die Tage kürzer und seit Ende September sind die Nächte sogar länger als die Tage. Allerspätestens seit der Umstellung auf die Winterzeit bekommen viele Menschen nicht mehr allzuviel Sonnenlicht ab. Den morgendlichen Weg zur Arbeitsstelle absolvieren die meisten in der Dunkelheit und der Heimweg nach dem verdienten Feierabend sieht meist nicht anders aus.

Dieser Lichtmangel schlägt vielen aufs Gemüt: Rund 400.000 Menschen leiden Schätzungen zufolge unter Winterdepressionen. Denn durch die vermehrte Dunkelheit produziert der Körper weniger vom Glückshormon Serotonin und stattdessen mehr Melatonin – und das ist eigentlich für einen ruhigen Schlaf in der Nacht zuständig. Kein Wunder also, wenn man sich im Winter auch tagsüber müde und schlapp fühlt.

Gegen den „Winterblues“ gibt es zum Glück ein einfaches Rezept: Frischluft. Wer sich auch bei ungemütlichem Wetter überwindet und täglich ein bis zwei Stunden an der frischen Luft verbringt, sorgt für eine erhöhte Serotoninausschüttung. Denn selbst an einem trüben Tag ist das Tageslicht deutlich heller als eine künstliche Lichtquelle. Wer seinen Serotoninspiegel noch weiter erhöhen möchte, sollte sich zusätzlich sportlich betätigen. Fahrradfahren und Joggingrunden sind nicht nur gut für Herz und Kreislauf, sondern kurbeln auch die Hormonproduktion weiter an.

Gemütliche Spaziergänge machen oder die sportliche Herausforderung suchen –



Sport im Winter – Was Sie beachten sollten:

Richtige Kleidung ■ Funktionskleidung absorbiert den Schweiß und leitet ihn nach außen. So bleibt die Haut trocken und der Körper kühlt nicht so schnell aus.

Aufwärmen ■ Je kälter es ist, desto wichtiger wird das Aufwärmen vor einer körperlichen Belastung. Bringen Sie Ihre Muskeln langsam auf Betriebstemperatur, bevor Sie richtig loslegen.

Ausreichend trinken ■ Wenn es draußen kalt ist, verspüren wir weniger Durst. Dabei benötigt der Körper im Winter nicht weniger Flüssigkeit als im Sommer. Zwei bis drei Liter sind auch in der kalten Jahreszeit Pflicht.

Durch die Nase atmen ■ Nimmt die kalte Luft den Weg durch die Nase, wird sie um zehn Grad und mehr angewärmt, bevor sie in den Lungen ankommt.

Vernünftig trainieren ■ Hören Sie auf Ihren Körper. Klirrende Kälte ist nicht das richtige Wetter, um neue Bestleistungen aufzustellen. Trainieren Sie mit niedrigem Puls und steigern Sie Ihre Ausdauer.



Sonne aus der Steckdose

Wer das warme Haus partout nicht verlassen möchte, kann sich mit High-Tech helfen. Genauer gesagt mit speziellen Tageslichtlampen, deren Lichtspektrum dem der Sonne nachempfunden ist. Mindestens 30 Minuten am Tag sollte die „Lichtdusche“ dauern, damit sie nachhaltig wirkt.

am Besten draußen, dann kommen Sie gut gelaunt durch den Winter.



Nase voll von Husten und Schnupfen?

Nicht nur ein Mangel an Sonnenlicht kann für schlechte Stimmung sorgen. Auch eine laufende Nase und ein schmerzender Hals sind im Herbst und Winter hartnäckige Plagegeister. Der Grund dafür sind über 200 verschiedene Virenarten, die für Husten, Schnupfen

und Heiserkeit verantwortlich sind. Kaum hat sich das menschliche Immunsystem erfolgreich gegen einen dieser Erreger zu Wehr gesetzt, startet oft auch schon der nächste einen Angriff. Durch den unterschiedlichen Aufbau der Viren ist jeder Erreger für das Immunsystem eine neue Herausforderung. In der Regel dauert es deshalb 3 Tage bis zu einer Woche, bis das Virus effektiv bekämpft wird.

Wer gut durch den Winter kommen möchte, sollte sein Immunsystem stärken. Auch hier sind viel frische Luft und ausreichend Bewegung entscheidend. Bei der Ernährung sollte man darauf achten, ausreichend Vitamine und Mineralstoffe zu sich zu nehmen.

Ein buchstäblich heißer Tipp sind regelmäßige Saunagänge. Die sind nicht nur pure Entspannung für Körper und Seele, sondern bringen auch Ihre Abwehrkräfte auf Touren: Der Wechsel zwischen Kalt und Warm regt den Stoffwechsel an, stimuliert die Gefäßmuskeln, sorgt für eine verbesserte Durchblutung und stärkt das Nerven- und Immunsystem. Diesen Effekt erreicht man

auch ganz einfach durch morgendliche Wechselduschen: Zwei bis drei Minuten warm duschen, dann ca. 10 Sekunden kalt und das ganze dreimal wiederholen. Wichtig: Immer mit kaltem Wasser aufhören. Anschließend haben Sie nicht nur etwas für Ihre Abwehrkräfte getan, sondern sind garantiert auch hellwach und fit für einen Wintertag. ■

Erfolgreiche Kooperation

Starke Partner – starke Leistung

Bereits seit 2008 arbeitet die SDK mit der mhplus Krankenkasse in einer erfolgreichen Kooperation zusammen. Beide Partner bieten gesetzlich Versicherten „Das Beste aus gesetzlich und privat“ und kombinieren die gesetzlichen Basisleistungen mit passgenauen privaten Vorsorgelösungen.

Neue Zusatzangebote für mhplus-Versicherte

mhplus-Versicherte profitieren außerdem von vielfältigen Zusatzangeboten, die das gesetzliche Leistungsspektrum ergänzen. Erst im Sommer 2013 wurden diese Angebote erweitert: Seitdem erhalten Versicherte im Kalenderjahr einen Zuschuss in Höhe von insgesamt bis zu 60 Euro für folgende Leistungen:

Professionelle Zahnreinigung

Auch nach dem gründlichen Putzen bleiben Essensreste vor allem zwischen den Zähnen und am Zahnfleischsaum. Hier droht die Gefahr von Zahnbelag (Plaque), der einen idealen Nährboden für Bakterien darstellt. Bei der professionellen Zahnreinigung (PZR) werden solche Beläge gelöst. Je nach Zustand des Gebisses empfehlen Zahnärzte, die Reinigung ein- bis zweimal im Jahr durchführen zu lassen. Selbstverständlich ist die PZR nur ein ergänzender Schutz für die Zähne – das Zähneputzen bleibt weiterhin unerlässlich. mhplus-Versicherte erhalten ab dem 18. Geburtstag bis zu 60 Euro Zuschuss, falls sie die PZR durchführen lassen.

Fissurenversiegelung

Unter „Fissuren“ versteht man die Vertiefungen im Kaurelief der Seitenzähne. Je nach Beschaffenheit der Fissuren ist eine gründliche Reinigung mit der Zahn-

bürste nicht immer möglich. In der Folge werden sie durch kariesverursachende Bakterien besiedelt. Dies kann durch eine Fissurenversiegelung vermieden werden. Wichtig ist, dass die Fissuren zum Zeitpunkt der Versiegelung kariesfrei sind – ist dies nicht der Fall, müssen sie zuvor gereinigt werden. Die Kosten einer Fissurenversiegelung der kleinen Backenzähne (Prämolaren 4 und 5) können bis zu einer Höhe von 60 Euro für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 16 Jahren erstattet werden. Die Versiegelung der großen Backenzähne (Molaren) ist in der genannten Altersgruppe bereits Kassenleistung.

Versiegelung von Glattflächen bei Brackets

Festsitzende Zahnspangen (Brackets) sind eine gute Möglichkeit, um Zahnfehlstellung zu korrigieren. Sie erschweren allerdings die Mundhygiene. Um die Zähne zusätzlich zu schützen, können sie vor dem Einsetzen der Brackets mit einem Schutzlack überzogen werden. Die Kosten dieser Versiegelung erstattet die mhplus bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 16 Jahren bis zu einer Höhe von 60 Euro. Auch bei versiegelten Zähnen ist das Putzen natürlich weiterhin unerlässlich.

Voraussetzungen für die Erstattung

mhplus-Versicherte können im Kalenderjahr die Erstattung der genannten Leistungen bis zu einer Höhe von insgesamt 60 Euro in Anspruch nehmen. Es gelten folgende Voraussetzungen:

- Grundsätzlich können Leistungen eingereicht werden, die nach dem 01.07.2013 erbracht wurden. Die Originalrechnung muss der mhplus bis spätestens 15.03. des Folgejahres vorliegen.
- Die Leistungen wurden von einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden mit Kassenzulassung erbracht.



Zusammen stärker.



Die bewährten Top-Vorteilsangebote

Focus Money hat die mhplus im jährlichen Krankenkassentest bereits mehrmals als „Beste regionale Krankenkasse“ ausgezeichnet. Zur Zufriedenheit der Kunden tragen insbesondere folgende Leistungshighlights bei:

- bis zu 360 Euro Erstattung für osteopathische Behandlungen: Voraussetzung ist, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist und von einem Arzt mit osteopathischer Ausbildung vorgenommen wird. Die mhplus übernimmt die Kosten für sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten (bis zu 80 Prozent des Rechnungsbetrags, max. 60 Euro je Sitzung).
- bis zu 240 Euro Erstattung für die Teilnahme an qualitätsgeprüften Gesundheitskursen: mhplus-Kurse werden komplett übernommen. Angebote anderer Anbieter werden mit bis zu 120 Euro (max. 80 Prozent der Kurskosten bezuschusst). Gefördert werden bis zu zwei Kurse pro Jahr.
- bis zu 140 Euro für die Teilnahme am Fitcash-Bonusprogramm

Viele weitere Leistungen beispielsweise aus dem Bereich der alternativen Heilmethoden, besondere Vorsorgeangebote für Schwangere, Infos zu Präventionsangeboten wie Gesundheitsreisen oder Online-Ernährungskursen finden Sie unter www.mhplus.de. ■

Rechtliche Informationen I

Anmerkungen zu den Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen

Grundsätzliche Anmerkungen zu den Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK2009), den Basistarif (AVB/BT2009), den Standardtarif (MB/ST2009), die Krankentagegeldversicherung (MB/KT2009), die Krankentagegeldversicherung (AVB/TG6) sowie die ergänzenden Pflegekrankenversicherungen (MB/EPV 2009) und die staatlich geförderte ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/GEPV2013)

Die Änderungen in den genannten Bedingungswerken beruhen im Wesentlichen auf der Anpassung an neue und geänderte gesetzliche Vorschriften.

Mit dem Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften sind einige Verbesserungen für die Versicherten eingeführt worden, so der Auskunftsanspruch hinsichtlich des Umfangs des Versicherungsschutzes, das erweiterte Einsichtsrecht in Gutachten und die Verlängerung des Sonderkündigungsrechtes bei einer Beitragsanpassung. Auf Anregung des Verbandes der privaten Krankenversicherung wurde klargestellt, dass ein Tarifwechsel aus einem Unisex-Tarif in einen Bisex-Tarif ausgeschlossen ist.

Weiterhin wurde eine redaktionelle Änderung vorgenommen. Der Begriff des „Behandlers“ wurde durch den des „Behandelnden“ ersetzt.

Anpassungen der Bedingungswerke waren auch zur Umsetzung des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung erforderlich. Um den gesetzlich vorgesehenen Wechsel des säumigen Beitragszahlers in den neu geschaffenen Notlagentarif zu gewährleisten, waren Änderungen an den Regelungen für das Mahnverfahren erforderlich. Des Weiteren war die Rückkehr des Versicherten in seinen normalen Vollversicherungstarif nach Zahlung aller Prämienanteile und Kosten neu zu regeln. Es war zudem ausdrücklich klarzustellen, dass der Wechsel in den Notlagentarif nicht vom Tarifwechselrecht des Versicherten umfasst ist. Die nachfolgenden Hinweise und Gegenüberstellungen beziehen sich auf die Änderungen der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) Um Wiederholungen zu vermeiden, wird auf die Änderungen gleichen Regelungsinhaltes der genannten anderen Bedingungswerke lediglich verwiesen und werden diese Änderungen nicht nochmals gesondert dargestellt.

§ 1 Abs. 6 MB/KK

Hinweis: Auf Anregung der BaFin wurde der Zeitpunkt geändert, zu dem der Versicherer einen Antrag auf Umwandlung des Versicherungsschutzes spätestens annehmen muss. Die Umwandlung hat nun innerhalb einer angemessenen Frist zu erfolgen und nicht erst zum vertraglichen Kündigungstermin. Ergänzt wurde zudem der Ausschluss des Umwandlungsrechtes von einem Unisex-Tarif in einen Bisex-Tarif und in den Notlagentarif.

Entsprechendes gilt für § 1 Abs. 5 MB/KT 2009, § 1 Abs. 5 AVB/TG6, § 1 Abs. 12 MB/EPV2009

Fassung alt (Auszug)

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13).

Fassung neu (Auszug)

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an.

Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 4 Abs. 3 MB/KK

Hinweis: Der Begriff „Behandler“ wurde durch die Formulierung „Behandelnder“ ersetzt. Entsprechendes gilt für § 8a Abs. 9 AVB/BT 2009, § 4 Abs. 3 MB/ST2009

Fassung alt

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Fassung neu

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus

der Apotheke bezogen werden.

§ 4 Abs. 7 MB/KK

Hinweis: Der durch das Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften neu geschaffene Anspruch des Versicherten auf Auskunft bei voraussichtlichen Behandlungskosten über 2000 EUR wurde neu in die Musterbedingungen aufgenommen. Entsprechendes gilt für § 4 Abs. AVB/BT2009, § 4 Abs. 7 MB/ST2009

Fassung neu

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

§ 4 Abs. 8 MB/KK

Hinweis: Nach dem Gesetz zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften hat jetzt grundsätzlich auch der Versicherungsnehmer selbst einen Einsichtsanspruch in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer eingeholt hat. Dieser Anspruch wurde neu in die Musterbedingungen aufgenommen. Entsprechendes gilt für § 4 Abs. 10 MB/KT 2009, § 4 Abs. 12 AVB/TG6, § 4 Abs. 2 MB/EPV2009, § 4 Abs. 7 AVB/BT 2009, § 4 Abs. 8 MB/ST2009

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

Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 8 Abs. 3 MB/KK

Hinweis: In Satz 4 wurde eine Textpassage im Zuge der Einführung des Notlagentarifs gestrichen und damit der Anspruch auf Stundung erleichtert. Entsprechendes gilt für § 8a Abs. 9 AVB/BT 2009, § 8 Abs. 3 MB/ST2009

Fassung neu (Auszug)

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ...

Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. ...

§ 8 Abs. 6 MB/KK

Hinweis: Der Absatz wurde aufgrund des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung umfassend geändert. Nach der bisherigen Regelung wurde eine Krankheitskosten-Vollversicherung im Rahmen eines abgestuften Mahnverfahren bei andauerndem Beitragsrückstand nach etwa drei Monaten ins Ruhen gestellt, so dass nur noch Notfallleistungen zu erbringen waren. Die neue Regelung sieht im Rahmen eines davon abweichenden abgestuften Mahnverfahrens ein Ruhen und ein Wechsel in den Notlagentarif (mit eigenen Vertragsbedingungen über die Notfallleistungen) nach etwa 5 Monaten vor. Entsprechendes gilt für § 8 Abs. 3 AVB/BT 2009, § 8 Abs. 6 MB/ST2009

Fassung alt

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang

dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5,- Euro je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.

Fassung neu

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. 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. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des

nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

§ 13 Abs. 5 MB/KK

Hinweis: Mit der Änderung wurde die gesetzliche Verlängerung des Sonderkündigungsrechtes bei einer Beitragsanpassung von einem auf zwei Monate umgesetzt. Entsprechendes gilt für § 13 Abs. 4 MB/KT 2009, § 13 Abs. 4 AVB/TG6, § 13 Abs. 4 MB/EPV2009, § 13 Abs. 5 AVB/BT 2009, § 13 Abs. 5 MB/ST2009, § 17 Abs. 4 MB/GEPV

Fassung alt

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und

zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

Fassung neu

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 13 Abs. 7 MB/KK

Hinweis: Nach der neuen Regelung zur Wirksamkeit der Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung hat der Versicherungsnehmer in jeder Fallkonstellation innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung den Nachversicherungsnachweis zu erbringen. Liegt die Beendigung weiter in der Zukunft gilt eine Sonderregelung. Entsprechendes gilt für § 13 Abs. 6 AVB/BT 2009, § 13 Abs. 7 MB/ST2009

Fassung alt

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur

Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang), setzt die Kündigung nach Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Fassung neu

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den

Basistarif

Änderung der AVB/BT 2009

§ 1 Abs. 8 AVB/BT 2009

Hinweis: Ergänzt wurde der Ausschluss des Umwandlungsrechtes in den Notlagentarif.

Fassung alt

(8) Der Versicherungsnehmer hat unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen der §§ 204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), 13 Abs. 1a Kalkulationsverordnung (KalV) - siehe Anhang - das Recht, für sich oder für die in seinem Vertrag versicherten Personen den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Im neuen Tarif können Risikozuschläge, die während der Dauer der Versicherung im Basistarif

nicht erhoben werden, aktiviert werden.

Fassung neu (Auszug)

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

Ein Wechsel in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ausgeschlossen.

§ 1 Abs. 9 AVB/BT 2009

Hinweis: Den Versicherten wird zukünftig ein Wahlrecht eingeräumt, die Vereinbarung eines Selbstbehalts rückgängig zu machen

und die Umstellung in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen zu können, wenn der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie geführt hat.

Fassung alt

(9) An eine gewählte Selbstbehaltsstufe ist die versicherte Person drei Jahre gebunden; der Wechsel in eine andere Selbstbehaltsstufe kann frühestens mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Dreijahresfrist beantragt werden. Durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers wird die Dreijahresfrist nicht berührt. Danach kann der Wechsel derselben Selbstbehaltsstufe mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Ablauf eines Jahres beantragt werden.

Fassung neu

(9) An eine gewählte Selbstbehaltsstufe ist die versicherte Person drei Jahre gebunden; der Wechsel in eine andere Selbstbehaltsstufe kann frühestens mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Dreijahresfrist beantragt werden. Durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers wird die Dreijahresfrist nicht berührt. Danach kann der Wechsel derselben Selbstbehaltsstufe mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Ablauf eines Jahres beantragt werden. Wird durch den vereinbarten Selbstbehalt keine oder nur eine geringe Reduzierung des Beitrages erreicht, kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umstellung des Vertrages in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen. Der Versicherer nimmt die Umstellung innerhalb von drei Monaten vor.

Änderungen der Tarifbeschreibung

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Praxisgebühr zum Anfang dieses Jahres abgeschafft. Im Basistarif ist die Praxisgebühr durch verschiedene Regelungen zu Zuzahlungen nachgebildet worden. Diese Regelungen wurden jetzt gestrichen. Betroffen sind die Abschnitte A.1, 2 und 3 für die ambulante Behandlung und die Psychotherapie sowie die Abschnitte C. 1 und 4 für die Zahnbehandlung und Kieferorthopädie.

Hinweise zu weiteren Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif (MB/ST 2009)

§ 1 Abs. 6 MB/ST 2009

Hinweis: Ergänzt wurde der Ausschluss des Umwandlungsrechtes

in den Notlagentarif.

Fassung alt

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt.

Fassung neu (Auszug)

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. ... Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - s. Anhang) ist ausgeschlossen.

Grundsätzliche Anmerkungen zu den Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarifbeschreibung für die Auslandsversicherung

Die Auslandsversicherung nach den Tarifen V09 und V80 bieten als Krankheitskosten-Vollversicherung einen vollwertigen Versicherungsschutz für auch längerjährige Aufenthalte im Ausland.

Nachfolgend sind Änderungen aufgeführt, die auf der Anpassung an neue und geänderte gesetzliche Vorschriften beruhen. Weitere Änderungen liegen in der Neueinführung von Unisex-Tarifen zur Auslandsversicherung, für die verschiedene Leistungsverbesserungen einkalkuliert worden sind. Dies betrifft den Rücktransport, die Überführung und Bestattung, den Blutkonserventransport und die Assistance-Leistungen. Beim Hilfsmittelkatalog der Unisex-Variante ist eine Angleichung an den offenen Hilfsmittelkatalog der Unisex-Tarife der Krankheitskostentarife nach den MB/KK 2009 erfolgt.

Eine Klarstellung, die für den Bestand (Bisextarife) gilt und in die neuen Unisextarife übernommen wurde, betrifft die gängige Leistungspraxis, Hilfsmittel auch mieten zu können.

Hinweise und Gegenüberstellung zu den Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsversicherung (AVB/AUV 2013) sowie der Tarifbeschreibung der Tarife V09 und V80

Hinweis: Im Folgenden ist vermerkt, ob sich die Änderungen auf die Unisex-Variante oder die Bisex-Variante bzw. auf beide Varianten beziehen.

Auslandsversicherung

§ 4 Abs. 2 Satz 3 und 4 AVB/AUV 2013

Hinweis: Neuregelung für Unisex-Variante. Die Leistungspflicht umfasst nunmehr auch die Kosten des notwendigen Transportes zu ambulanten Behandlungen in bestimmten Situationen. Damit wurde die Regelung aus der Krankheitskosten-Vollversicherung übernommen.

(2) ... Ist der versicherte Tarif geschlechtsunabhängig kalkuliert, sind erstattungsfähig die infolge eines Unfalls oder medizinischen Notfalls angefallenen notwendigen Transportkosten zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.

§ 4 Abs. 3 c) [1] AVB/AUV 2013

Hinweis: Diese Änderung betrifft die Hilfsmittelregelung für die Bisex-Tarife. Es wurde neu klarstellend aufgenommen, dass auch Mietkosten abgerechnet werden können.

c) [1] Hilfsmittel (Tarife mit geschlechtsabhängigen Beiträgen)

– Die Tarife unterscheiden zwischen großen und kleinen Hilfsmitteln. Beide können gekauft oder gemietet werden.

...

– Leistungen für die zuvor genannten Hilfsmittel werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt. Mietkosten können auch in Teilbeträgen, z.B. monatlich, abgerechnet werden.

§ 4 Abs. 3 c) [2] AVB/AUV 2013

Hinweis: Neuregelung für Unisex-Variante. Wie in den Unisex-Tarifen der Vollversicherung wurde für die Unisex-Variante der Auslandsversicherung eine offene Hilfsmittelregelung eingeführt.

[2] Hilfsmittel (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Die Tarife unterscheiden zwischen großen und kleinen Hilfsmitteln. Beide können gekauft oder gemietet werden. Mietkosten werden, unabhängig von ihrer Höhe, immer als große Hilfsmittel erstattet und können auch in Teilbeträgen, z.B. monatlich, abgerechnet werden.

Als kleine Hilfsmittel gelten Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen bis zu 500,- Euro. Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Re-

fraktionsbestimmung durch Optiker gelten, unabhängig vom Rechnungsbetrag, als kleines Hilfsmittel.

Als große Hilfsmittel gelten Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen über 500,- Euro.

Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt. Als Leistung gilt auch die Reparatur eines Hilfsmittels. Reparaturen und Zubehör werden wie das zugrunde liegende Hilfsmittel erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel mit geringem therapeutischen Nutzen (z. B. Applikationshilfen für Wärme und Kälte), Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellness-bereich zuzuordnen sind (z. B. Laufband, Crosstrainer), Inhaliergeräte, Blutdruckmessgeräte sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen). Dasselbe gilt für Aufwendungen für die Pflege und Reinigung von Hilfsmitteln (z. B. Pflegemittel) und die Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel wie Strom oder Batterien.

Besteht auch ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung, so ist der Versicherer nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Vorleistung notwendig sind.

§ 14 Abs. 5 AVB/AUV 2013

Hinweis: Diese Änderung betrifft Bisex- und Unisex-Verträge. Mit der Änderung wurde die gesetzliche Verlängerung des Sonderkündigungsrechtes bei einer Beitragsanpassung von einem auf zwei Monate umgesetzt. Die Ausführungen zu § 13 Abs. 5 MB/KK gelten entsprechend.

§ 15 AVB/AUV 2013

Hinweis: Neuregelung für Unisex-Variante. Der Versicherte hat nun die Möglichkeit, den Tarif der Auslandsversicherung bis zum 67. Lebensjahr fortzuführen. Damit erfolgte eine Anpassung an die Anhebung der Regelaltersgrenze in der Rentenversicherung.

§ 15 Umstellung in Tarife nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren bei Vollendung des 65. Lebensjahres/ 67. Lebensjahres
Das Versicherungsverhältnis wird zum Ersten des auf die Vollendung des 65. Lebensjahres, bei geschlechtsunabhängig kalkulier-

ten Tarifen des 67. Lebensjahres, folgenden Monats in nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkulierte Tarife umgestellt, die dem Leistungsumfang des bisherigen Versicherungsverhältnisses vergleichbar sind. Die Umstellung erfolgt zum Eintrittsalter 65 Jahre, bei geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen 67 Jahre, und umfasst auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die diesen nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkulierten Tarifen zugrunde liegen. Dem Versicherungsnehmer steht ein außerordentliches Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 4 zu.

Änderungen der Tarifbeschreibung zur Auslandsversicherung

Ziffer 4

Hinweis: Diese Änderung betrifft die Bisex- und die Unisex-Variante. Es wurde die tarifliche Erstattung für Mietkosten aufgenommen.

4. Hilfsmittel

kalenderjährlich bis zu Rechnungsbeträgen von EUR 130,- je Hilfsmittel bzw. Hilfsmittelpaar die unter Ziffer 2 genannten Erstattungssätze. Werden Mietkosten in Teilbeträgen geltend gemacht, so erfolgt die Erstattung ebenfalls nach Satz 1. Die über die Grenze von EUR 130,- hinausgehenden Anteile der Rechnungsbeträge werden bei Miete und Kauf für kleine Hilfsmittel zur Hälfte, für große Hilfsmittel mit drei Viertel der tariflichen Erstattungssätze vergütet.

Ziffern 6 bis 8

Hinweis: Neuregelung für Unisex-Variante. Die Leistungen Rücktransport, Überführung, Bestattung und Blutkonserventransport sind Tarifinhalt.

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

6. Rücktransport (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen) die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland.

Die notwendigen Kosten der Rückholung mitversicherter Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden bis höchstens 5000 EUR ersetzt, wenn wegen des Rücktransportes der erwachsenen versicherten Person/-en die Versorgung der Kinder vor Ort nicht mehr sichergestellt ist.

7. Überführung und Bestattung (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

bei Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen nach Deutschland bis zu 12.000 EUR.

8. Blutkonserventransport (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen) die notwendigen Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn am Operationsort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei den vor Ort vorhandenen Blutkonserven mit HIV-Infektionen gerechnet werden muss.

Assistance Leistungen

Hinweis: Neuregelung für Unisex-Variante. Mit den Assistance-Leistungen wird das Serviceangebot um Hilfestellungen in Notfällen erweitert.

Assistance-Leistungen (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Für Hilfestellungen bei schwerwiegenden Erkrankungen oder Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer +49 711 - 99 52 20 01 Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Mitgliederververtretung der Süddeutschen Krankenversicherung

Die Mitgliederververtretung ist das oberste Organ eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit. Sie fasst ihre Beschlüsse in der Hauptversammlung. Die Mitgliederververtretung 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 12 Mitgliedervertretern

Wahlkreis II (Bayern) mit 6 Mitgliedervertretern

Wahlkreis III (übriges Geschäftsgebiet) mit 3 Mitgliedervertretern

Jeder Mitgliedervertreter (MV) hat einen Ersatz-Mitgliedervertreter (EM). Bei Ausscheiden des MV tritt der EM an dessen Stelle.

Die Wahl der MV und EM erfolgt auf 6 Jahre nach einer vom Aufsichtsrat im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde aufgestellten Wahlordnung. Ausscheidende MV und EM sind wieder wählbar. Wahlberechtigt sind die volljährigen Mitglieder des Vereins, sofern ihr Anspruch auf Versicherungsleistungen nicht ruht.

Im Wahlkreis I sind 5 MV/EM bis zum 31. Dezember 2016 gewählt. Es scheidet zum 31. Dezember 2013 turnusgemäß 7 MV/EM aus. Im Wahlkreis II sind 4 MV/EM bis zum 31. Dezember 2016 gewählt. Zum 31. Dezember 2013 scheidet demgemäß 2 MV/EM aus. Im Wahlkreis III scheidet alle 3 MV/EM zum 31. Dezember 2013 aus. Im Wahlkreis I sind daher 7 MV/EM, im Wahlkreis II sind 2 MV/EM, im Wahlkreis III sind 3 MV/EM zu wählen.

In seiner Sitzung am 25. Oktober 2013 hat der Wahlausschuss die in der Übersicht aufgeführten Mitglieder für die Wahl zu MV und EM vorgeschlagen.

Wahlkreis I (Baden-Württemberg, Rheinpfalz)

MV Ulrich Burr, Ludwigsburg, geb. 1955, Generalbevollmächtigter
EM Jürgen Hägele, Immenstaad, geb. 1958, Diplom-Ingenieur

MV Reinhold Haschka, Baiersbrunn, geb. 1956, Bankdirektor
EM Lothar Mahling, Aichwald, geb. 1952, Verbandsgeschäftsführer i.R.

MV Dr. Ingrid Häfner-Gonser, Biberach, geb. 1956, Ärztin
EM Michael H. Knapp, Schelkingen, geb. 1953, Bürgermeister

MV Bernd Rauch, Baden-Baden, geb. 1961, Geschäftsführer
EM Renate Erfurth, Fichtenberg, geb. 1956, Bankkauffrau

MV Werner Roßkopf, Wachenheim, geb. 1947, Dipl.-Volkswirt
EM Winfried Ochs, Marxzell-Burbach, geb. 1962, Betreuer

MV Andrea Schneider, Leutenbach, geb. 1965, Steuerberaterin
EM Bojan Lukic, Winnenden, geb. 1981, Selbst. Physiotherapeut

MV Jürgen Schwab, Burgstetten, geb. 1967, Bankfachwirt
EM Michael Hamm, Neueiningen, geb. 1977, Stiftungsvorstand

Wahlkreis II (Bayern)

MV Bernd Jakobs, Lohr, geb. 1970, Bankdirektor
EM Dieter Schönleben, Oberaudorf, geb. 1952, Vorstand Geschäftsleiterverband

MV Rafael Scholz, Ismaning, geb. 1974, Head of Treasury
EM Christoph Schiedel, Senden, geb. 1968, Dipl. Verwaltungswissenschaftler

Wahlkreis III (übriges Geschäftsgebiet)

MV Kerstin Heinritz, Neukirchen-Vluyn, geb. 1964, Geschäftsführerin

EM Stefan Peters, Dortmund, geb. 1961, Diplom-Ingenieur

MV Lore Hermann, Frankfurt, geb. 1949, Geschäftsführerin
EM Dr. Joachim Reiss, Frankfurt, geb. 1952, Rechtsanwalt

MV Albrecht Pfeiffer, Darmstadt, geb. 1949, Ministerialrat
EM Maik Pompetzki, Mainz, geb. 1975, Dipl.-Betriebswirt

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

Zu viel Papier?

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

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

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

Wie das geht?

Ganz einfach: Folgen Sie auf www.sdk.de bitte folgenden Menüpunkten: „Service“ und dann „Mitglieder-Services“, Sie finden links in der Navigation „Meine SDK Onlinebezug“. Oder Sie scannen den QR-Code. Geben Sie im Formular Ihre Daten ein.

