

Merkblatt für Personen, die nicht krankenversichert sind (gültig ab 01.07.2008)

Sie waren zuletzt gesetzlich krankenversichert?

Der Gesetzgeber hat für alle „Nicht-Kranken-versicherten“, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, zum **01.04.2007** eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Rechtsgrundlage ist der § 5 (1) Nr. 13 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Sie sollten umgehend Kontakt mit einer GKV aufnehmen, idealerweise mit der GKV, bei der Sie zuletzt versichert waren.

Sie waren noch niemals krankenversichert – weder gesetzlich noch privat?

Sie werden zum **01.04.2007** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie weder hauptberuflich selbstständig noch höher verdienender Arbeitnehmer sind bzw. als Beamter, Richter, Soldat auf Zeit, Berufssoldat etc. bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Rechtsgrundlage ist der § 5 (1) Nr. 13 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Sie sollten umgehend Kontakt mit einer GKV aufnehmen.

Gehören Sie nicht zu dem in der GKV versicherungspflichtigen Personenkreis (weil Sie zum Beispiel zuvor privat krankenversichert waren), können Sie sich privat im modifizierten Standardtarif (Tarif STN-NV bzw. STB-NV) krankenversichern.

Welche Voraussetzungen muss ich für die Aufnahme im modifizierten Standardtarif (mST) erfüllen?

Sie können gemäß § 315 Abs. 1 SGB V vom 01.07.2007 bis zum 31.12.2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a SGB V verlangen. Folgende Voraussetzungen sind zu beachten:

1. Sie sind weder in der GKV versichert oder dort versicherungspflichtig
2. Sie verfügen über keine private Krankheitskostenvollversicherung
3. Sie haben keinen Anspruch auf freie Heilfürsorge oder haben keine vergleichbaren Ansprüche
4. Sie haben keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
5. Sie beziehen keine Leistungen nach dem Dritten (Hilfe zum Lebensunterhalt), Vierten (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung), Sechsten (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) und Siebten (Hilfe zur Pflege) Kapitel des SGB XII (Sozialhilfe).

Hinweis zu den o. g. Leistungsansprüchen unter Nummer 4 und 5: Eine Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat begründet keinen Anspruch auf den modifizierten Standardtarif.

Sofern Sie einen Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen haben, können Sie eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im modifizierten Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie weder nach dem ab dem 01.04.2007 geltenden Recht in der GKV versicherungspflichtig sind, nicht freiwillig in der GKV versichert sind bzw. nicht über eine auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen. Zusätzlich dürfen Sie keine Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (siehe Punkt 4) noch die in Punkt 5 genannten Leistungen aus der Sozialhilfe erhalten.

Bevor SIGNAL IDUNA Sie in dem modifizierten Standardtarif aufnimmt, benötigen wir unbedingt einen Nachweis der GKV, dass für Sie dort keine Versicherungspflicht besteht. Für den modifizierten Standardtarif gilt unter den genannten Voraussetzungen ein Kontrahierungszwang (Aufnahmepflicht). Sie können sich grundsätzlich bei jedem privaten Krankenversicherungsunternehmen Ihrer Wahl in diesem Tarif versichern.

Bin ich gesetzlich verpflichtet mich im modifizierten Standardtarif zu versichern?

Nein, wenn Sie zum zugangsberechtigten Personenkreis im modifizierten Standardtarif gehören, besteht für Sie weder die Verpflichtung für eine Absicherung im modifizierten Standardtarif noch in einem Krankheitskostenvolltarif. Für Sie besteht erst ab dem 01.01.2009 die Verpflichtung eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen, z.B. den Basistarif.

Gibt es im modifizierten Standardtarif eine Gesundheitsprüfung?

Generell dürfen Personen mit einem Zugangsrecht in dem modifizierten Standardtarif nicht abgelehnt werden, ebenfalls werden keine Risikozuschläge verlangt. Eine Gesundheitsprüfung findet trotzdem statt, um z.B. eventuelle Risikozuschläge für einen späteren Wechsel in andere Tarife der Krankheitskostenversicherung zu berechnen.

Welchen Beitrag zahle ich im modifizierten Standardtarif?

Der Beitrag richtet sich nach dem Eintrittsalter und darf gesetzlich den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 SGB V nicht übersteigen (Höchstbeitrag im Jahr 2008: 532,80 EUR).

Entsteht allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages im Sinne des Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II oder des Gesetzes zur Sozialhilfe nach SGB XII eine Hilfebedürftigkeit, reduziert sich der Höchstbeitrag auf die Hälfte.

Besteht unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII, reduziert sich der Beitrag ebenfalls auf die Hälfte des Höchstbeitrages.

Sofern Sie durch die Zahlung des Höchstbeitrages bzw. unabhängig von der Beitragszahlung hilfebedürftig werden, reichen Sie uns bitte eine schriftliche Bescheinigung des zuständigen Trägers (Gemeinde bzw. Bundesagentur für Arbeit) ein. Sollte Ihnen kein Nachweis vorliegen, stellen Sie bei dem für Sie zuständigen Träger einen Antrag auf Prüfung und Bescheinigung der Hilfebedürftigkeit. Ohne einen Nachweis kann keine Begrenzung des Beitrages erfolgen. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen.

Was passiert mit dem Vertrag zum 01.01.2009?

Zum 01.01.2009 werden die Versicherten im modifizierten Standardtarif nach geltendem Recht automatisch in den neuen Basistarif überführt. Wir weisen schon jetzt darauf hin, dass sich nach den vorläufigen Kalkulationen der Beitrag für Sie deutlich erhöhen wird.

Welche Leistungen beinhaltet der modifizierte Standardtarif?

Leistungen aus dem modifizierten Standardtarif können erst nach Ablauf der allgemeinen Wartezeit (drei Monate) sowie der besonderen Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie (acht Monate) beansprucht werden.

Nach Ablauf der Wartezeiten werden auch Kosten für laufende Behandlungen erstattet.

Der Leistungsumfang ist mit den Leistungen in der GKV vergleichbar. Anders als in den sonstigen Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung kann der Versicherungsschutz vermindert werden, wenn sich die GKV-Leistungen verschlechtern. Zum modifizierten Standardtarif dürfen keine weiteren Krankenzusatzversicherungen hinzuversichert werden.

In der GOÄ/GOZ gelten für Versicherte des modifizierten Standardtarifes spezielle Höchstsätze, die von allen Ärzten/ Zahnärzten zu beachten sind. Danach dürfen berechnet werden:

- für persönliche Leistungen max. der 1,8fache Satz bzw. 2,0fache Satz
- für medizinisch-technische Leistungen max. der 1,38fache Satz
- für Laborleistungen max. der 1,16fache Satz

Diese Sätze sind auch die Höchstsätze für die Leistungen des Standardtarifes (= Standardtarif-Höchstsätze). Damit der Arzt/Zahnarzt sich an die vorgegebenen Werte halten kann, muss sich der Patient als Standardtarifversicherter ausweisen. Die SIGNAL IDUNA-Card erhält deshalb den entsprechenden Zusatz „Standardtarif“. Nur durch eine rechtswirksame und schriftliche, vor Beginn der Behandlung getroffene individuelle Honorarvereinbarung, könnte der Arzt/Zahnarzt die genannten Grenzen überschreiten. Dabei entstehende Mehrkosten gingen dann allerdings zulasten des Versicherten.

Kann ich den Leistungsumfang des modifizierten Standardtarifs durch Zusatzversicherungen verbessern?

Neben dem modifizierten Standardtarif darf keine weitere Krankheitskostenteil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen.

Kann ich mich auch nach einer privaten Krankheitskostenvollversicherung versichern?

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit sich in einer Krankheitskostenvollversicherung zu versichern. Allerdings sind bestimmte Aufnahmebedingungen zu erfüllen, da Sie in der Krankheitskostenvollversicherung Ihren Versicherungsschutz individuell wählen können. Hierbei gelten für alle Antragsteller festgelegte Annahmekriterien (z.B. Gesundheitsprüfung). Nur, wenn Sie diese erfüllen, ist eine Absicherung möglich.

Benötige ich auch eine Pflegepflichtversicherung?

Wenn Sie eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben, sind Sie verpflichtet auch eine private Pflegepflichtversicherung zusätzlich zu versichern. Auch in der privaten Pflegepflichtversicherung besteht eine Aufnahmeverpflichtung durch den Versicherer. Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) können erst nach Ablauf der Wartezeit von 2 Jahren verlangt werden. Die Wartezeit gilt als erfüllt, wenn das Versicherungsverhältnis in der PPV innerhalb der letzten 10 Jahre zwei Jahre bestanden hat. Die Prüfung erfolgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages.

Solange der modifizierte Standardtarif besteht, werden evtl. erforderliche Risikozuschläge nicht verlangt. Dies gilt bis zum 31.12.2008. Es findet dennoch eine Gesundheitsprüfung statt, um eventuelle Risikozuschläge für den Fall des Wechsels der Krankenversicherung zu berechnen.

Der Beitrag zur Pflegepflichtversicherung wird auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, solange der modifizierte Standardtarif besteht.

Wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II oder des Gesetzes zur Sozialhilfe nach SGB XII vermindert ist, reduziert sich der Höchstbeitrag auf die Hälfte.

Wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII entsteht, reduziert sich der Beitrag ebenfalls auf die Hälfte des Höchstbeitrages.

Diese Regelung gilt ebenso bis zum 31.12.2008. Danach erfolgt eine Überführung in den gesetzlich noch zu regelnden Pflege-Basistarif.

Die Leistungen des modifizierten Standardtarifs im Überblick - Es handelt sich hierbei um einen Auszug, im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Behandlung bis zu den Standardtarif-Höchstsätzen • Heilpraktiker • Psychotherapie bis zu den Standardtarif-Höchstsätzen (max. 25 Sitzungen pro Kalenderjahr nach vorheriger Zusage) • Ambulante Transportkosten (Eigenanteil je Fahrt 10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR; für Fahrten bis 5 EUR 100 %) 	<p>100 % Nein 100 %</p> <p>90 % / 100 %</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Arznei- und Verbandmittel • Im Tarif genannte Heilmittel (nach dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifes) • Im Tarif genannte Hilfsmittel (nach vorheriger Zusage) <p>Sehhilfen nur für Kinder, Jugendliche und Schwerst-Sehbeeinträchtigte: Gläser bis zu den Festbeträgen der GKV, keine Leistung für das Gestell; Hörgeräte bis 512 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren und Krankenfahrstühle bis 767 EUR</p>	<p>80 % bis zu insgesamt 1.530 EUR erstattungsfähigem Gesamtrechnungsbetrag, darüber hinaus 100 %. Die maximale Selbstbeteiligung für die drei genannten Leistungsarten beträgt also maximal 306 EUR pro Person und Kalenderjahr.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Zahnbehandlung bis zu den Standardtarif-Höchstsätzen • Kieferorthopädie bis zu den Standardtarif-Höchstsätzen Der Erstattungsprozentsatz vermindert sich für Beträge über 2.557 EUR um 40 %-Punkte (auf 40 %), wenn vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan eingereicht wird. • Zahnersatz bis zu den Standardtarif-Höchstsätzen Der Erstattungsprozentsatz vermindert sich für Beträge über 2.557 EUR um 25 %-Punkte (auf 40 %), wenn vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan eingereicht wird. Für Zahntechnik (Material- und Laborkosten) bei Kieferorthopädie und Zahnersatz sind nur die im Preis- und Leistungsverzeichnis des Standardtarifes genannten Beträge erstattungsfähig. • Stationäre Regelleistungen (Für Versicherte ab 18 Jahre 10 EUR Eigenanteil pro Tag in den ersten 28 Tagen eines Kalenderjahres. Es werden nur öffentliche und private Krankenhäuser anerkannt, die der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen) • Stationäre privatärztliche Behandlung • Ein- und Zweibettzimmer • Ersatz-Krankenhaustagegeld <ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Transportkosten (Eigenanteil je Fahrt 10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR; für Fahrten bis 5 EUR 100 %) 	<p>100 % 80 %</p> <p>65 %</p> <p>100 %</p> <p>nein nein nein 90 % /100 %</p>

Hinweis zum Tarif STB-NV:

Die Leistungsstufen ergänzen den jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz auf 100 %.

Beispiel:

- Bemessungssatz 70 % ambulant + 70 % stationär (Bund) = STB-NV 30
 - Bemessungssatz 60 % ambulant + 75% stationär (Hessen) = STB-NV 40/25
- Die Leistungen erfolgen dann mit dem aus der Leistungsstufe ersichtlichen %-Satz (Beispiel: STB 30 = 30%-Leistung).

Leistungsbeispiele für die Tarifstufe STB 30:

Zahnersatz

Erstattungsfähige Aufwendungen für Zahnersatz = 1.000 EUR
Davon werden gemäß der tariflichen Zusage 65 % anerkannt = 650 EUR
Die Leistung beträgt damit 30 % von 650 EUR = 195 EUR

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Erstattungsfähige Aufwendungen für die drei genannten Leistungsarten insgesamt 5.000 EUR.

Davon werden anerkannt:

bis 1.533,35 EUR 80 % = 1.226,68 EUR
und über 1.533,35 EUR 100 % = 3.466,65 EUR,
insgesamt also = 4.693,33 EUR.
Die Leistung beträgt damit 30 % von 4.693,33 EUR = 1.408,00 EUR