

Einfach mehr drin.
Wahltarife zur Kostenerstattung
Arzt | Zahnarzt



Inhalt

04 Vorwort

05 Auf einen Blick: Die Wahltarife zur Kostenerstattung der KNAPPSCHAFT

- 05 Vorteile und Voraussetzungen
- 05 Wahltarife zur Kostenerstattung – für wen?
- 06 Kosten
- 07 Wählbare Ärzte
- 08 Zusätzliche Leistungen
- 09 „Prämienunschädliche“ Leistungen
- 09 Teilnahme und Beginn
- 10 Beendigung der Mitgliedschaft

11 Besonderheiten

- 11 Genehmigungspflichtige Leistungen
- 11 Verordnete (veranlasste) Leistungen
- 12 Nicht erstattungsfähige Leistungen

13 Der Wahltarif zur Kostenerstattung ,Arzt' im Detail

13 Leistungsübersicht

14 Beispiele

16 Der Wahltarif zur Kostenerstattung ,Zahnarzt' im Detail

16 Leistungsübersicht

18 Beispiele

19 Noch Fragen?

20 Die Apps der KNAPPSCHAFT – alles auf einen Blick

Vorwort

Als Kundin oder Kunde der KNAPPSCHAFT können Sie und Ihre familienversicherten Angehörigen an den Wahlтарifen zur Kostenerstattung für die Leistungsbereiche Arzt und Zahnarzt teilnehmen. Wahlтарife sind eine Art Ergänzungsversicherung, die Sie freiwillig und unabhängig voneinander wählen können. Die Wahlтарife sind eine knappschaftliche Zusatzleistung.

Teilnehmende am Wahlтарif können ambulante ärztliche beziehungsweise zahnärztliche Leistungen wie ein Privatpatient in Anspruch nehmen. Für die in Anspruch genommenen Leistungen erhalten Sie eine Privatrechnung nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beziehungsweise der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Diese bezahlen Sie gegenüber der Ärztin oder dem Zahnarzt selbst. Für die anschließende Kostenerstattung durch die KNAPPSCHAFT legen Sie einfach die – auch unbezahlte – spezifizierte Originalrechnung vor.

Auf einen Blick: Die Wahltarife zur Kostenerstattung der KNAPPSCHAFT

Vorteile und Voraussetzungen

Die KNAPPSCHAFT ist auch bei den Wahltarifen Ihr starker Partner in einer solidargestützten Krankenversicherung. Mithilfe der Prämieinnahmen will sie keinen Gewinn erzielen, sondern vielmehr „ohne Drittmittel“ die voraussichtlichen Leistungsausgaben decken können. Somit gibt es bei den Wahltarifen zur Kostenerstattung der KNAPPSCHAFT weder ein Höchst- noch ein Mindestalter. Die Prämienhöhe richtet sich nach dem aktuellen Lebensalter.

Weitere Vorteile:

- keine Risikozuschläge aufgrund bestehender Vorerkrankungen
- keine Gesundheitsprüfung
- keine besonderen Wartezeiten. (Lediglich bei zahnprothetischer Versorgung kommt es während der ersten drei Jahre der durchgehenden Teilnahme zu Einschränkungen in der Höhe der Erstattung.

Einzelheiten hierzu finden Sie in dieser Broschüre in der Leistungsübersicht zum Wahltarif zur Kostenerstattung Zahnarzt.)

Wahltarife zur Kostenerstattung – für wen?

Grundsätzlich können alle Pflicht- und freiwilligen Mitglieder (Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte, Personen in Rente) sowie ihre familienversicherten Angehörigen die Teilnahme an den Wahltarifen zur Kostenerstattung wählen. Nehmen Sie bereits am allgemeinen Kostenerstattungsverfahren teil, kommt die Teilnahme an einem oder an beiden Wahltarifen zur Kostenerstattung hinzu.

GUT ZU WISSEN

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an einem Wahltarif zur Kostenerstattung ist, dass Sie zeitgleich das allgemeine (gesetzliche) Kostenerstattungsverfahren wählen.

Wer kann die Wahltarife zur Kostenerstattung nicht wählen?

Einige Versicherte können nicht an den Wahltarifen zur Kostenerstattung teilnehmen. Dies sind:

- Personen, deren Beitragszahlung vollständig von Dritten gezahlt werden (zum Beispiel von der Bundesagentur für Arbeit oder von einem Sozialhilfeträger). Der Gesetzgeber hat diesen Personenkreis von der Teilnahme an den Kostenerstattungstarifen ausgeschlossen.
- Versicherte, die bereits an der hausarztzentrierten Versorgung oder an der Integrierten Versorgung Prosper/ProGesund teilnehmen. Die Teilnahme am Wahltarif ist aufgrund der vom Kostenerstattungsprinzip abweichenden Zielsetzung dieser besonderen Versorgungsformen jeweils nicht möglich.

Kosten

Im Rahmen der Wahltarife zahlen Sie pro Person eine bestimmte Monatsprämie. Die Höhe ist abhängig vom jeweils aktuellen Lebensalter beziehungsweise von der Altersklasse, in der Sie sich befinden. Mit zunehmendem Lebensalter erhöht sich die Monatsprämie.

Hier finden Sie die Prämientabellen für die Wahltarife Arzt und Zahnarzt (Stand: 1. Januar 2009):

	Alter	Prämie monatlich
Wahltarif Arzt	bis 19 Jahre	25,34 Euro
	20-29 Jahre	23,22 Euro
	30-39 Jahre	25,83 Euro
	40-49 Jahre	29,24 Euro
	50-59 Jahre	39,62 Euro
	60-69 Jahre	46,76 Euro
	70-79 Jahre	66,63 Euro
	ab 80 Jahre	76,64 Euro
Wahltarif Zahnarzt	bis 19 Jahre	11,07 Euro
	20-39 Jahre	18,49 Euro
	40-69 Jahre	23,04 Euro
	ab 70 Jahre	23,04 Euro



Beispiele für die Prämienermittlung:

a) Ein Versicherter wird am 15. Juni 2018 40 Jahre alt. Für die Teilnahme am Wahltarif Arzt zahlt er bis zum 30. Juni 2018 einen monatlichen Betrag von 25,83 Euro. Ab dem 1. Juli 2018 liegt die Monatsprämie bei 29,24 Euro, da er nun in die nächste Altersklasse „40-49 Jahre“ fällt.

b) Ein Kind nimmt eine privat Zahnärztliche Kieferorthopädie in Anspruch. Im Wahltarif Zahnarzt ist für das Kind eine monatliche Prämie von 11,07 Euro fällig. Ab dem 20. Geburtstag steigt die Monatsprämie auf 18,49 Euro.

Wählbare Ärzte

Als Kundin oder Kunde des Wahltarifs können Sie unter allen „zugelassenen“ Ärztinnen und Zahnärzten frei wählen.

BEACHTEN SIE

Ärztinnen oder Ärzte die ausschließlich auf privater Basis tätig sind (zum Beispiel Chefärztinnen im Krankenhaus oder reine Privatärzte), sind nicht Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Behandlung bei diesem ärztlichen Fachpersonal ist grundsätzlich möglich; Sie benötigen jedoch nach gesetzlicher Vorschrift die vorherige Zustimmung der KNAPPSCHAFT.

Zusätzliche Leistungen

Zuschuss der KNAPPSCHAFT

Im Rahmen eines Wahltarifs zur Kostenerstattung erhalten Sie – nach Abzug des Kassenanteils der KNAPPSCHAFT – einen Zuschuss in Höhe von **80 Prozent** des Rechnungsbetrags. Privatrechnungen Ihrer Ärztin oder Ihres Zahnarztes berücksichtigt die KNAPPSCHAFT mit den bis zu 2,3-fachen Steigerungssätzen nach der ärztlichen/zahnärztlichen Gebührenordnung. Bei entsprechender ärztlicher Begründung erkennt sie auch die bis zu 3,5-fachen Steigerungssätze (GOÄ/GOZ) an.

Begrenzter Eigenanteil

Ihr Eigenanteil beträgt **20 Prozent**; dieser ist im Kalenderjahr auf maximal 500,00 Euro begrenzt. Übersteigt Ihr Eigenanteil im jeweiligen Tarif einen Betrag von 500,00 Euro im Kalenderjahr, übernimmt die KNAPPSCHAFT für Sie bis zum Ende des jeweils laufenden Kalenderjahres die entsprechenden ärztlichen/zahnärztlichen Behandlungskosten bis zu 100 Prozent.

Geringe Verwaltungskosten

Bei Wahltarifen zur Kostenerstattung ist je Kostenantrag ein Abschlag für besondere Verwaltungskosten fällig.

Dieser Abschlag liegt in der KNAPPSCHAFT bei fünf Prozent des Erstattungsbetrages, höchstens jedoch bei 25,00 Euro je Kostenantrag. Diese Abschläge kann die KNAPPSCHAFT Ihnen leider nicht erstatten. Die KNAPPSCHAFT erhebt jedoch im Interesse ihrer Versicherten den **Verwaltungskostenabschlag nur einmal je Kostenantrag** – unabhängig davon, wie viele Einzelrechnungen und „Unterbelege“ Sie dem jeweiligen Erstattungsantrag beilegen.

TIPP

Sammeln Sie Ihre Rechnungsbelege über eine gewisse Zeit und reichen diese gebündelt zur Erstattung ein. So sparen Sie sich die mehrfache Zahlung von Verwaltungskosten.

Bonuszahlung bei Nicht-Inanspruchnahme

Nehmen Sie in einem Kalenderjahr (also vom 01.01. bis zum 31.12.) keine Leistungen aus dem jeweils gewählten Tarif in Anspruch, erhalten Sie von der KNAPPSCHAFT – unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen – eine Rückzahlung in Höhe eines Zwölftels der von Ihnen gezahlten Jahresprämie. Ein Besuch bei einer Ärztin oder einem

Zahnarzt zur Vorsorge- beziehungsweise zur Prävention ist dabei unschädlich (siehe Hinweise zu den „prämienschädlichen“ Leistungen auf der nächsten Seite).

„Prämienschädliche“ Leistungen

Die KNAPPSCHAFT unterstützt aktiv Ihre Bemühungen zur Gesunderhaltung.

Aus diesem Grunde ist die Inanspruchnahme der nachfolgend genannten Leistungsangebote ausdrücklich erwünscht:

- Gesundheitskurse zur Prävention (§ 20 SGB V in Verbindung mit § 52 der Satzung)
- Schutzimpfungen (§ 20d SGB V in Verbindung mit § 53 der Satzung)
- Ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (§ 25 Absatz 1 SGB V)
- Ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 25 Abs. 2 SGB V)
- jährliche beziehungsweise halbjährliche Untersuchung zur Gesunderhaltung der Zähne (§ 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V).

Nutzen Sie die vorgenannten Leistungsangebote, haben Sie dennoch **Anspruch auf Prämienrückvergütung** im jeweiligen Wahltarif – in Höhe eines Zwölftels Ihrer Jahresprämie. Voraussetzung ist, dass Sie ansonsten keine weiteren ärztlichen beziehungsweise zahnärztlichen Leistungen zu Lasten der KNAPPSCHAFT in Anspruch genommen haben.

Teilnahme und Beginn

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an einem Wahltarif zur Kostenerstattung ist, dass Sie zeitgleich das allgemeine (gesetzliche) Kostenerstattungsverfahren wählen. Der mögliche Beginn einer Teilnahme an den Wahlтарifen zur Kostenerstattung hängt davon ab, ob Sie bereits am allgemeinen Kostenerstattungsverfahren teilnehmen oder dieses gleichzeitig mit dem Wahlтарif zur Kostenerstattung wählen:

- **Versicherte, die bereits am allgemeinen Kostenerstattungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 13 Absatz 2 SGB V teilnehmen,** können die Wahlтарife ab Beginn des Folgemonats nach Abgabe der Wahlklärung in Anspruch nehmen. Auf Antrag können Sie auch den Beginn eines zeitlich später liegenden Kalendermonats als Tarifbeginn bestimmen.

- **Versicherte, die bisher noch nicht am gesetzlichen Kostenerstattungsverfahren teilnehmen**, können die Wahltarife ab Beginn des jeweils nächsten Kalendervierteljahres in Anspruch nehmen. In diesem Fall müssen Sie eine ergänzende Erklärung zur Wahl der gesetzlichen Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V abgeben.
- **Als Neukunde der KNAPPSCHAFT** können Sie den Wahltarif zur Kostenerstattung bereits mit Wirkung ab Beginn Ihrer Mitgliedschaft wählen.

Das allgemeine Kostenerstattungsverfahren

Das allgemeine (gesetzliche) Kostenerstattungsverfahren ist in § 13 Absatz 2 SGB V geregelt. Die allgemeine Kostenerstattung können Sie

- entweder **von vornherein für alle Sach- oder Dienstleistungen** der gesetzlichen Krankenversicherung wählen
- oder auf **einen oder mehrere der folgenden Leistungsbereiche** beschränken:
 - _ Ambulante ärztliche Versorgung
 - _ Ambulante zahnärztliche Versorgung (einschließlich kieferorthopädischer Behandlung und der Versorgung mit Zahnersatz)
 - _ Stationäre Versorgung (Pflege- und

Arztkosten, Unterbringungskosten) _Ärztlich oder zahnärztlich „veranlasste Leistungen“ wie beispielsweise Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Arzneimittel, Fahrkosten, häusliche Krankenpflege.

Im allgemeinen Kostenerstattungsverfahren wählen Sie zumindest

- **für das Tarifangebot ‚Arzt‘:** den Leistungsbereich der ambulanten ärztlichen Versorgung
- **für das Tarifangebot ‚Zahnarzt‘:** den Leistungsbereich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung.

Beendigung der Mitgliedschaft

Die Wahltarife zur Kostenerstattung haben gemäß Gesetzgebung eine Mindestbindungsfrist von einem Jahr. Während dieses Zeitraums können Sie Ihre Mitgliedschaft nicht kündigen. Ihre Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Kündigen Sie nicht, verlängert sich Ihre Teilnahme um ein weiteres Jahr.

AUSNAHME

Im Falle einer Prämienhöhung haben Sie ein außerordentliches Kündigungsrecht. Den Kündigungszeitpunkt können Sie frei bestimmen. Der früheste Kündigungszeitpunkt ist jedoch der Zeitpunkt der Prämienanhebung.

Besonderheiten

Genehmigungspflichtige Leistungen

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt ein allgemeiner Genehmigungsvorbehalt für grundsätzlich antragspflichtige Leistungen. Das bedeutet: Einige Leistungen bedürfen auch bei Kostenerstattungsversicherten der vorherigen Genehmigung.

Dabei handelt es sich um

- Behandlungsmaßnahmen der ambulanten Psychotherapie
- Leistungen der Zahnersatzversorgung
- Leistungen der Kieferorthopädie
- Parodontosebehandlungen
- neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht zum allgemeinen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zählen.

GUT ZU WISSEN

Übersichten über die Leistungen, die im Rahmen der Wahltarife Kostenerstattung Arzt und Zahnarzt erstattungsfähig sind, finden Sie in dieser Broschüre in den Details zu den beiden Wahltarifen.

Im Interesse aller Beteiligten haben Sie die Möglichkeit, vor Beginn der Behandlung sachverständige medizinische oder zahnmedizinische Beraterinnen und Berater hinzuzuziehen, falls dies ausnahmsweise erforderlich sein sollte.

Verordnete (veranlasste) Leistungen

Die Wahltarife Arzt und Zahnarzt beinhalten keine Kostenerstattung für ärztlich verordnete bzw. ärztlich veranlasste Leistungen. Zu den veranlassten Leistungen gehören zum Beispiel

- Arzneimittel
- Heilmittel
- häusliche Krankenpflege
- Verbandmittel et cetera

Wählen Sie den Wahltarif Arzt und/oder Zahnarzt und nehmen Sie aufgrund dessen die ärztliche und/oder zahnärztliche Behandlung privat in Anspruch, so bedeutet dies nicht, dass Sie auch die ärztlich/zahnärztlich veranlassten Leistungen privat in Anspruch nehmen müssen. Diese Leistungen können von

Ihrer Ärztin/Ihrem Zahnarzt weiterhin auf einem „Kassenrezept“ grundsätzlich direkt zu Lasten der KNAPPSCHAFT verordnet werden.

Nicht erstattungsfähige Leistungen

Einige Behandlungen gehören nicht zum allgemeinen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese Behandlungen darf die KNAPPSCHAFT auch aus den Wahltarifen nicht erstatten. Es sei denn, die jeweiligen Arzt- oder Zahnarztleistungen wurden vorher von uns genehmigt.

Aus der Kostenerstattung sind zum Beispiel ausgeschlossen:

- heilpraktische Behandlungen
- nicht anerkannte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (nur nach vorheriger Antragstellung)
- medizinisch nicht notwendige Zusatzleistungen (so genannte Individuelle Gesundheitsleistungen, kurz: IGeL-Leistungen)
- Goldguss- oder Keramikfüllungen beziehungsweise Implantate bei Zahnersatz.

Der Wahltarif zur Kosten- erstattung ‚Arzt‘ im Detail

Leistungsübersicht

Das **Tarifangebot ‚Arzt‘** umfasst die folgenden Leistungsinhalte aus dem Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung:

- Inhalt und Umfang in Anlehnung an den Leistungsrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einschließlich Psychotherapie – sofern kein Leistungsausschluss besteht.
- Berücksichtigung der Mehrkosten nach Abzug der kassenüblichen Sachleistung bis zur Höhe der 2,3-fachen, bei besonderer Begründung bis zur Höhe der 3,5-fachen Steigerungssätze nach der jeweils gültigen GOÄ.
- **Erstattung** der ärztlichen Behandlungskosten in Höhe von grundsätzlich **80 Prozent des Rechnungsbetrages nach Abzug des Kassenanteils** der gesetzlichen Krankenversicherung – bis zu einem kalenderjährlichen Selbstbehalt von maximal 500 Euro je Tarif (Arzt/Zahnarzt).
- Nach Erreichen des Selbstbehaltes erfolgt – unter ansonsten unveränderten Bedingungen – für weitere ambulante

ärztliche Behandlungen während der verbleibenden Laufzeit des aktuellen Kalenderjahres eine **Kostenerstattung** in Höhe von grundsätzlich **100 Prozent des Rechnungsbetrages nach Abzug des Kassenanteils** der gesetzlichen Krankenversicherung.

Besonderheiten:

- Leistungen, die nicht im Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, können auch durch den Wahltarif nicht erfasst werden (zum Beispiel Heilpraktikerkosten, medizinisch nicht notwendige Zusatzleistungen [so genannte individuelle Gesundheitsleistungen, kurz: IGeL-Leistungen], nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden).
- Leistungen der künstlichen Befruchtung werden durch den Wahltarif nicht erfasst. Die KNAPPSCHAFT vergütet bei entsprechenden Privatrechnungen den Kostenanteil, der im Falle einer Kostenabrechnung über die elektronische Gesundheitskarte

- abrechnungsfähig gewesen wäre.
- Ebenfalls sind ärztlich „verordnete Leistungen“ (zum Beispiel Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel sowie Fahrkosten, häusliche Krankenpflege) nicht Gegenstand des Wahltarifs.
- Nicht erstattungsfähig sind die Verwaltungskostenabschläge in Höhe von fünf Prozent des Betrages aus der gesetzlichen Kostenerstattung, das sind maximal jedoch nur 25,00 Euro je Erstattungsantrag.

Beispiele

Beispiel 1: Zusätzliche Kostenerstattung aus dem Wahltarif Arzt

I. 1. Schritt: Berechnung des gesetzlichen Erstattungsbetrags

Gesamtforderung aus der Privatrechnung	240 €
ermittelter Kassenanteil	100 €
Abschlag für Verwaltungskosten (5 %)	5 €
Erstattungsbetrag aus der gesetzlichen Krankenversicherung	95 €

II. 2. Schritt: Berechnung der Kostenerstattung aus Wahltarif

Gesamtforderung aus der Privatrechnung	240 €
abzüglich Kassenanteil	100 €
Restkosten	140 €
Erstattung aus Wahltarif (80 % der Restkosten)	112 €

III. 3. Schritt: Berechnung des Gesamterstattungsbetrags

Gesamtforderung aus der Privatrechnung	240 €
Erstattungsbetrag aus gesetzlicher Krankenversicherung	95 €
Erstattung aus Wahltarif	112 €
Erstattung gesamt	207 €
Versichertenanteil	33 €*

*davon 5 Euro Verwaltungskostenabschlag und 28 Euro Selbstbehalt (20% der Restkosten in Höhe von 140,00 Euro).

Beispiel 2: Kostenerstattung aus dem Wahltarif Arzt; Berücksichtigung des kalenderjährlichen Selbstbehalts von maximal 500 Euro

I. 1. Schritt: Berechnung des gesetzlichen Erstattungsbetrags

Gesamtforderung aus der Privatrechnung	4.600 €
ermittelter Kassenanteil	1.800 €
Abschlag für Verwaltungskosten (5 %)	25 € (maximal je Antrag)
Erstattungsbetrag aus der gesetzlichen Krankenversicherung	1.775 €

II. 2. Schritt: Berechnung der Kostenerstattung aus Wahltarif

Gesamtforderung aus der Privatrechnung	4.600 €
abzüglich Kassenanteil	1.800 €
Restkosten	2.800 €
Erstattung von 80% von 2.500 Euro*	2.000 €
Erstattung von 100% von 300 Euro*	300 €
Erstattung aus Wahltarif insgesamt	2.300 €

III. 3. Schritt: Berechnung des Versichertenanteils

Gesamtforderung aus der Privatrechnung	4.600 €
gesetzlicher Erstattungsbetrag	1.775 €
Erstattung aus Wahltarif	2.300 €
Erstattung gesamt	4.075 €
Versichertenanteil	525 €**

*Der kalenderjährliche Selbstbehalt beträgt maximal 500,00 Euro im jeweiligen Tarif (Arzt oder Zahnarzt – ohne Zahnersatz). Bei einem Eigenanteil von 20 Prozent entspricht dies einer Honorarforderung von 2.500,00 Euro. Darüber hinausgehende Arztkostenforderungen werden für den Rest des Kalenderjahres in voller Höhe aus dem Wahltarif ausgeglichen, maßgebend bestimmt von dem Zeitpunkt der jeweiligen Behandlung.

**davon 25 Euro Verwaltungsgebührenabschlag (je Antrag) und 500 Euro Selbstbehalt (20 % der Restkosten in Höhe von 2.500 Euro; die übrigen 300 Euro der Restkosten werden vollständig erstattet).

Der Wahltarif zur Kostenerstattung ‚Zahnarzt‘ im Detail

Leistungsübersicht

Das **Tarifangebot ‚Zahnarzt‘** umfasst alle ambulanten zahnärztlichen Behandlungen, alle kieferorthopädischen Leistungen wie auch medizinisch notwendigen Zahnersatz.

Zahnärztliche Behandlung und Kieferorthopädie:

- Inhalt und Umfang in Anlehnung an den Leistungsrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Für die kieferorthopädische Behandlung sind die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsvoraussetzungen maßgeblich (§§ 28 Abs. 2, 29 SGB V).
- Bei kieferorthopädischen Leistungen berücksichtigt die KNAPPSCHAFT im Sinne der gesetzlichen Vorgaben den für die ‚Kassenleistung‘ maßgebenden Versichertenanteil – auch bei erstattungsfähigen Mehrkosten aus dem Wahltarif. Diesen Selbstbehalt bekommen Sie erstattet, wenn die Be-

handlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen ist.

- Berücksichtigung der Mehrkosten nach Abzug der kassenüblichen Sachleistung bis zur Höhe der 2,3-fachen, bei besonderer Begründung bis zur Höhe der 3,5-fachen Steigerungssätze nach der jeweils gültigen GOZ.
- Sie bekommen die zahnärztlichen Behandlungskosten in Höhe von grundsätzlich **80 Prozent des Rechnungsbetrages nach Abzug des Kassenanteils** der gesetzlichen Krankenversicherung bis zu einem kalenderjährlichen Selbstbehalt von maximal 500,00 Euro erstattet (gilt nicht für Zahnersatz).
- Nach Erreichen des Selbstbehaltes erhalten Sie – unter ansonsten unveränderten Bedingungen – für weitere ambulante zahnärztliche Behandlungen während der verblei-

benden Laufzeit des aktuellen Kalenderjahres eine Kostenerstattung in Höhe von grundsätzlich 100 Prozent des **Rechnungsbetrages nach Abzug des Kassenanteils** der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zahnersatz:

- Der Tarif „Zahnarzt“ beinhaltet eine Zusatzversicherung, die eine Übernahme der Kosten für die Versorgung mit medizinisch notwendigem Zahnersatz und Zahnkronen durch die KNAPPSCHAFT bis zum **doppelten Festzuschuss** sicherstellt.
- Während der ersten drei Jahre bei durchgehender Teilnahme wird Ihre Erstattung für Zahnersatz wie folgt begrenzt:
 - _ maximal 250,00 Euro im ersten Jahr
 - _ maximal 500,00 Euro im zweiten Jahr
 - _ maximal 750,00 Euro im dritten Jahr
- Ab dem vierten Jahr der Teilnahme erfolgt die Erstattung der Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz in Höhe des zweifachen gesetzlichen Leistungsbetrages nach § 55 SGB V, begrenzt auf den Rechnungsbetrag. Die im Rahmen des allgemeinen Kostenerstattungsverfahrens zu erstattenden Beträge sind hierauf anzurechnen.

- Der Erstattungsanspruch erhöht sich mit der Dauer der Teilnahme am Wahltarif wie folgt: ab dem 7. Jahr um 5 vom Hundert, ab dem 10. Jahr um 10 vom Hundert und ab dem 13. Jahr um 20 vom Hundert.

Besonderheiten:

- Für die Erstattung von Kosten bei zahnprothetischer Versorgung oder bei Leistungen der Kieferorthopädie ist auch im Rahmen des Tarifangebots „Zahnarzt“ die vorherige Einreichung eines Heil- und Kostenplans erforderlich. Zahnärztlich verordnete Leistungen (zum Beispiel Arzneimittel, Fahrkosten) sind nicht Gegenstand des Wahltarifs.
- Nicht erstattungsfähig sind die Verwaltungskostenabschläge in Höhe von fünf Prozent des Betrages aus der gesetzlichen Kostenerstattung, maximal jedoch nur 25,00 Euro je Erstattungsantrag (nicht Einzelrechnung).
- Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, werden durch den Wahltarif nicht erfasst. Das betrifft sowohl das zahnärztliche Honorar wie auch die zahntechnischen Leistungen.

Beispiele

Beispiel 1: Zusätzliche Kostenerstattung bei Versorgung mit Zahnersatz; Festzuschuss begrenzt Erstattungsbetrag

Die Versicherte oder der Versicherter gehört dem Tarif ‚Zahnarzt‘ weniger als 1 Jahr an.

Berechnung des Versichertenanteils

Gesamtforderung aus der Privatrechnung	800 €
Festzuschuss der KNAPPSCHAFT	200 €
Erstattung aus Wahltarif*	200 €
Erstattung gesamt	400 €

*Die Erstattung für Zahnersatz aus dem Wahltarif ‚Zahnarzt‘ beträgt 200,00 Euro (Höhe des Festzuschusses nach § 55 SGB V).

Beispiel 2: Zusätzliche Kostenerstattung bei Versorgung mit Zahnersatz; Teilnahmedauer begrenzt Erstattungsbetrag

Die Versicherte oder der Versicherter gehört dem Tarif ‚Zahnarzt‘ seit 1,5 Jahren an.

Berechnung des Versichertenanteils

Gesamtforderung aus der Privatrechnung	2.000 €
Festzuschuss der KNAPPSCHAFT	700 €
Erstattung aus Wahltarif*	500 €
Erstattung gesamt	1.200 €

*Die Erstattung aus dem Wahltarif ‚Zahnarzt‘ beträgt in Abhängigkeit von der Dauer der Teilnahme am Tarif im vorliegenden Fall nicht 700,00 Euro (Höhe des Festzuschusses nach § 55 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]), sondern ist auf 500,00 Euro begrenzt. Denn der Versicherte gehört dem Tarif erst seit 1,5 Jahren an.

Beispiel 3: Zusätzliche Kostenerstattung bei Versorgung mit Zahnersatz; Rechnungsbetrag begrenzt Erstattungsbetrag

Die Versicherte oder der Versicherte gehört dem Tarif ‚Zahnarzt‘
weniger als 1 Jahr an.

Berechnung des Versichertenanteils

Gesamtforderung aus der Privatrechnung	300 €
Festzuschuss der KNAPPSCHAFT	200 €
Erstattung aus Wahltarif*	100 €
Erstattung gesamt	300 €

*Die Erstattung für Zahnersatz aus dem Wahltarif ‚Zahnarzt‘ beträgt in Abhängigkeit von der Höhe des Rechnungsbetrages nicht 200,00 Euro (Höhe des Festzuschusses nach § 55 SGB V), sondern ist auf 100,00 Euro begrenzt. Denn damit ist der Rechnungsbetrag bereits abgegolten.

Noch Fragen?

Weitere Informationen erhalten Sie unter
www.knappschaft.de/wahltarif-kostenerstattung.

Sie wollen gerne die Möglichkeit haben, rund um
die Uhr mit der KNAPPSCHAFT in Kontakt zu treten?
Und Ihre Anliegen von zuhause oder unterwegs
klären und exklusive Vorteile nutzen?

Dann haben wir die Lösung für Sie:

Meine KNAPPSCHAFT – Ihr persönliches Serviceportal:

Alle Informationen unter www.knappschaft.de/meineknappschaft

Die Apps der KNAPPSCHAFT – alles auf einen Blick.

Das persönliche Serviceportal
Meine KNAPPSCHAFT und Meine GESUNDHEIT
mit der elektronischen Patientenakte (ePA).

Hier geht's zum Download der Apps:



IMPRESSUM

Herausgegeben von:
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14–28, 44789 Bochum

**[www.knappschaft.de/
wahltarif-kostenerstattung](http://www.knappschaft.de/wahltarif-kostenerstattung)**

Bildnachweise:
© alvarez/iStock
© Porta ehf/GettyImages

Nachdruck, auch auszugsweise, ist
nur mit ausdrücklicher Genehmigung
des Herausgebers gestattet.

Stand: Januar 2026