

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

### Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen Tarif ES 300 Gruppenversicherung B3 51 564

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskostenversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 398.

#### Inhalt:

- § 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Gelten Wartezeiten?
- § 5 Welche Selbstbeteiligung gilt?
- § 6 Welche Option ist vereinbart?
- § 7 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?
- § 8 Welche Obliegenheit ist für das Bestehen von Krankenversicherungen neben Tarif ES 300 zu beachten?
- § 9 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

#### § 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?

In den Tarif werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

#### § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

##### (1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen einschließlich Vorsorgeuntersuchungen  
100% bis zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ und diejenigen nach Abschnitt M der GOÄ werden bis zum 1,15fachen Satz der GOÄ erstattet.

b) Psychotherapie  
100% bis zum 2,3fachen Satz der GOÄ, maximal 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr

c) Arzneimittel  
100%

d) Physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)  
100%, maximal 2.500 EUR pro Versicherungsjahr. Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs ES 300 (siehe Anlage) aufgeführt sind. Sie werden bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattet.

e) Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)  
100%, maximal 2.500 EUR pro Versicherungsjahr

f) Sehhilfen  
100%, maximal 150 EUR innerhalb von 24 Monaten. Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungshöhe werden ausgehend vom Bezugsdatum der betreffenden Sehhilfe jeweils alle Erstattungen der letzten 24 Monate berücksichtigt. Die individuelle Erstattungshöhe hängt somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

g) Dialyse  
100%

h) Schutzimpfungen  
100%

i) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung  
100%

j) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte  
100%

##### (2) Stationäre Heilbehandlung

Nachstehende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V) werden in tariflichem Umfang erstattet.

a) Allgemeine Krankenhausleistungen  
100%

b) Belegärztliche Behandlung  
100% bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

c) Schwangerschaft und Entbindung  
100%

##### (3) Zahnärztliche Heilbehandlung

a) Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe  
100% bis zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. GOÄ mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ und diejenigen nach Abschnitt M der GOÄ werden bis zum 1,15fachen Satz der GOÄ erstattet.

b) Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen (für versicherte Personen bis vollendetes 21. Lebensjahr), zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ)  
60% bis zum 2,3fachen Satz der GOZ bzw. GOÄ mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ und diejenigen nach Abschnitt M der GOÄ werden bis zum 1,15fachen Satz der GOÄ erstattet.

Pro Inlay werden einschließlich zahntechnischer Leistungen 60% des erstattungsfähigen Betrages geleistet, maximal 240 EUR.

Erstattungsfähig sind zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ), soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ES 300 für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt sind. Es werden maximal die darin genannten Höchstbeträge mit dem tariflich vorgesehenen Erstattungsprozentsatz vergütet.

c) In der Bundesrepublik Deutschland werden bei stationärer oder teilstationärer zahnärztlicher Behandlung in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, die Aufwendungen nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage erstattet.

d) Ergänzend gilt:

aa) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn  
Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs ES 300 gelten pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge:

Erstattung von insgesamt

- 750 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 1.500 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 2.250 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 3.000 EUR während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Für Aufwendungen, die im 1. Leistungsabschnitt entstehen und den Erstattungshöchstbetrag von 750 EUR übersteigen, besteht kein Erstattungsanspruch, insbesondere können diese nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Erstattungshöchstbetrag eines der nachfolgenden Leistungsabschnitte verrechnet werden. Diese Regelung gilt entsprechend für die Leistungsabschnitte 2, 3 und 4.

Ab dem 49. Monat: Erstattung von maximal 15.000 EUR innerhalb von 24 Monaten.

Für unfallbedingte zahnärztliche Heilbehandlung entfallen diese Höchstbeträge.

bb) Tarifwechsel

Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif ES 300 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif ES 300 bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Leistungsabschnitt angerechnet. Bei einem Wechsel aus einem Tarif, der als ergänzender Versicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung bestand, werden weder die Versicherungsdauer noch erbrachte Leistungen des bisherigen Tarifes angerechnet.

cc) Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen sowie Kieferorthopädie ist un- nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen für den Versicherungsfall 1.500 EUR übersteigen. Wir geben dann unverzüglich den Umfang der erstattungsfähigen Kosten bekannt.

Legt die versicherte Person grob fahrlässig keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 20 Abs. 1 berechtigt, eine der Schwere ihres Verschuldens entsprechende Kürzung des tariflichen Erstattungsbetrages für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie vorzunehmen. Diese Leistungskürzung ist auf maximal die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt.

Legt die versicherte Person vorsätzlich keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 20 Abs. 1 mit der Einschränkung leistungsfrei, dass bei Nichtvorlage die vereinbarte Leistungsfreiheit für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie auf die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt ist.

Ein nach Teil I § 20 Abs. 1 gekürzter Erstattungsbetrag begrenzt sich auf die tariflichen Höchstbeträge.

Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

(4) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

Die Aufwendungen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage (siehe Abs. 1 bis 3) erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Das gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

(5) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von Teil I § 2 Abs. 1 Satz 3 wird der Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auf insgesamt zwei Monate ausgedehnt. Die Möglichkeit nach Teil I § 2 Abs. 1 Satz 2, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

### § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?

(1) Ambulante Heilbehandlung

Erstattet werden bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung nachstehende Aufwendungen.

Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern besteht keine Leistungspflicht.

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) ärztliche Leistungen (einschließlich Wegegebühren und Reiseentschädigungen), Vorsorgeuntersuchungen, die nach der geltenden GOÄ berechenbar sind.

In Erweiterung von Teil I § 1 Abs. 2 b) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen z.B. Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (z.B. Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen sowie Dialysen und Heimdialysen im Sinne von § 2 Abs. 1 g).

Außerdem zählen zu den ärztlichen Leistungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die medizinisch anerkannte Methoden zur Überwindung von Sterilität oder Infertilität sind und medizinisch eine ausreichende Erfolgsaussicht haben.

b) Psychotherapie, die nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen berechenbar sind.

In Erweiterung von Teil I § 3 Abs. 3 können nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage auch approbierte Psycho-

logische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind und über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen, in Anspruch genommen werden.

#### c) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate, mit Ausnahme von bestimmten medikamentenähnlichen Nahrungsmitteln, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

#### d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Als physikalisch-medizinische Leistungen gelten Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie medizinische Bäder, wenn sie von einem Arzt oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.

Für Heilmittel gilt das aus der Anlage ersichtliche Heilmittelverzeichnis des Tarifs ES 300.

Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person sind nicht erstattungsfähig.

#### e) Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen), Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen), Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel), Bruchbänder, Leibbinden, Gummi- und Kompressionsstrümpfe, orthopädische Einlagen.

Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.

#### f) Sehhilfen

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

#### g) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlenen Einzel- und Mehrfachimpfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis und Zeckenbiss-Enzephalitis.

#### h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung (einschließlich Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik)

Es werden die Kosten wie für Krankheitsbehandlung erstattet einschließlich der Hebammen- und Entbindungspflegerkosten.

#### i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte

Erstattungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Transporte bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie sowie die Kosten medizinisch notwendiger Rettungstransporte bis zu einer Entfernung von 100 km zu einem geeigneten Leistungserbringer ohne anschließende stationäre Behandlung. Existiert für die

Behandlung kein geeigneter Leistungserbringer innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Leistungserbringer erstattungsfähig.

Geeignet ist ein Leistungserbringer, der nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I - Allgemeine Bedingungen, Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen) für eine ambulante Heilbehandlung gewählt werden kann.

#### (2) Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich medizinisch notwendiger Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person), die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechenbar sind.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km. Existiert für die Behandlung kein geeignetes Krankenhaus innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich ärztlicher Leistungen und medizinisch begründeter Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person gehören.

b) Leistungen der Belegärzte, die nach der geltenden GOÄ berechenbar sind sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind.

#### c) Anschlussheilbehandlung

Anschlussheilbehandlung ist eine stationäre Weiterbehandlung, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer akuten stationären Behandlung steht, wenn der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann.

Die Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung sind nach Maßgabe von a) und b) z. B. bei Krankheiten des Herzens und des Kreislaufes (Kardiologie), bei degenerativ-rheumatischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie), bei neurologischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und bei onkologischen Krankheiten (Erste Krebsnachsorge) erstattungsfähig.

Die Regelung über das Erfordernis unserer vorherigen Leistungszusage nach Teil I § 3 Abs. 6 gilt unverändert.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger, gilt zudem Teil I § 4 Abs. 3.

#### d) Schwangerschaft und Entbindung

Für stationäre Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt.

### (3) Zahnärztliche Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, die nach der geltenden GOZ und GOÄ berechenbar sind, sowie zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ).

Für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ), die im Zusammenhang mit den folgenden Aufwendungen nach a) bis f) anfallen, gilt das aus der Anlage ersichtliche Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ES 300 für zahntechnische Leistungen.

#### a) Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen), chirurgische Leistungen des Zahnarztes, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, professionelle Zahnreinigung sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel.

#### Professionelle Zahnreinigung ist

- die gründliche Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Zahnzwischenräume,
- die Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten oder speziellen Polierern sowie
- Fluoridierungen.

Als Zahnbehandlung gelten nicht Brücken, Stiftzähne, Kronen bzw. Teilkronen (siehe c)) und Einlagefüllungen (Inlays, siehe d)).

#### b) Zahnprophylaxe

Als Zahnprophylaxe gelten Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt B der GOZ.

#### c) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (einschließlich Brücken, Stiftzähnen, Kronen bzw. Teilkronen, auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), implantologische Leistungen (einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, z.B. dem Aufbau des Kieferknochens) sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Als Zahnersatz gelten nicht Einlagefüllungen (Inlays, siehe d)).

Nicht erstattungsfähig sind:

- mehr als vier Teleskopkronen pro Kiefer,
- Verblendungen im hinteren Zahnbereich ab Zahn 7 im Oberkiefer und Zahn 6 im Unterkiefer,
- mehr als vier Implantate pro Kiefer.

#### d) Inlays

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

#### e) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

#### f) Kieferorthopädische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für versicherte Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

### § 4 Gelten Wartezeiten?

Die Wartezeiten gemäß Teil I § 5 Abs. 2 und 3 entfallen. Teil I § 5 Abs. 4 gilt insoweit nicht.

### § 5 Welche Selbstbeteiligung gilt?

In Tarif ES 300 gilt für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung insgesamt folgende Selbstbeteiligung: 300 EUR

In Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 kann mit Zustimmung des Treuhänders auch die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst werden.

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel einschließlich Sehhilfen bezogen werden.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung einer summenmäßigen Selbstbeteiligung während eines Kalenderjahres.

Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung der summenmäßigen Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt.

Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird auf die neue Selbstbeteiligung jeweils angerechnet.

Endet die Versicherung während des Kalenderjahres, so bleibt die Höhe der vereinbarten Selbstbeteiligung unberührt.

### § 6 Welche Option ist vereinbart?

(1) Für versicherte Personen - mit Ausnahme von Personen nach Abs. 2 - besteht das Recht, zum 01.01. des vierten oder des sechsten Versicherungsjahres den Versicherungsschutz in eine leistungsstärkere Absicherung der Krankheitskostenvollversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten umzustellen. Die Umstellung kann nur in Tarife erfolgen, nach denen die versicherte Person versicherungsfähig ist und die für den Neuzugang geöffnet sind.

(2) Für nach Tarif ES 300 mitversicherte Kinder und Jugendliche (Personen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres) besteht das Optionsrecht nur unter der Voraussetzung, dass die Umstellung der Versicherung der Kinder und Jugendlichen gleichzeitig mit Umstellung der Versicherung eines nach Tarif ES 300 versicherten Elternteils nach Abs. 1 erfolgt. Die unter Abs. 1 genannten Zeitpunkte gelten für die Umstellung der Versicherung der Kinder und Jugendlichen insoweit nicht.

Dies gilt auch für nachversicherte Kinder nach Teil I § 34.

(3) Der nach der Umstellung der Versicherung zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter. Dem Eintrittsalter wird gemäß Teil I § 17 Abs. 2 Rechnung getragen.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge im Tarif ES 300 werden entsprechend erhöht. Leistungsausschlüsse werden bei der Umstellung übernommen.

(4) Die Option sichert maximal folgenden Leistungsumfang:

- Ambulante Behandlung  
100% Aufwendungsersatz für ambulante Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ;
- Stationäre Behandlung  
100% Aufwendungsersatz für stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer, belegärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ sowie wahlärztliche und sonstige gesondert berechnungsfähige ärztliche Behandlung bis zum 5,0-fachen Satz der GOÄ;
- Zahnärztliche Behandlung (ambulant und stationär)  
100% Aufwendungsersatz für Zahnbehandlung und 75% Aufwendungsersatz für Zahnersatz und Inlays bis zu den Höchstsätzen der GOZ und GOÄ.

(5) Der Antrag auf Ausübung der Option ist spätestens einen Monat vor den in Abs. 1 genannten Zeitpunkten bei uns zu stellen.

Das Optionsrecht gilt nur, sofern für die versicherte Person als erstmaliger Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung bei uns Tarif ES 300 abgeschlossen wurde. Bei Wechsel in Tarif ES 300 aus einer vorher bei uns bestandenen Krankheitskostenvollversicherung nach anderen Tarifen gilt das Optionsrecht nicht.

(6) Regelungen bei Versicherung eines Elternteils nach Tarif ES 600 bzw. Vorversicherung von versicherten Personen nach Tarif ES 600:

Bei einem gemäß Abs. 2 Satz 1 nicht nach Tarif ES 300 sondern Tarif ES 600 versicherten Elternteil gilt Abs. 2 analog.

Abweichend von Abs. 5 Satz 3 gilt das Optionsrecht auch für versicherte Personen, die als erstmaligen Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung bei uns Tarif ES 600 abgeschlossen hatten und

- aus Tarif ES 600 erstmalig in Tarif ES 300 wechseln, bzw.
- deren Versicherungsverhältnis infolge Wegfalls der Versicherungsfähigkeit nach Tarif ES 600 in Tarif ES 300 überführt wird.

Abweichend von Abs. 1 besteht das Optionsrecht bei einem Wechsel aus Tarif ES 600 in Tarif ES 300 zum 01.01. des vierten oder des sechsten Versicherungsjahres seit Versicherungsbeginn in Tarif ES 600. Der Antrag auf Ausübung der Option ist spätestens einen Monat vor den in Satz 4 genannten Zeitpunkten bei uns zu stellen.

### **§ 7 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?**

Wir sind unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes und Teil I § 31 berechtigt, auch die erstattungsfähigen Höchstbeträge im Heilmittelverzeichnis des Tarifs ES 300 (siehe Anlage) und im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ES 300 für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, zu ändern.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 30 können die nach § 2 Abs. 1 bis 3 tariflich vorgesehenen Höchstbeträge mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepasst werden.

### **§ 8 Welche Obliegenheit ist für das Bestehen von Krankenversicherungen neben Tarif ES 300 zu beachten?**

Neben dem Tarif ES 300 darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden. Die Fortführung oder der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung ist hiervon ausgenommen.

Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, so richten sich die Folgen nach Teil I § 20. Dies gilt gleichermaßen bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit durch die versicherte Person.

### **§ 9 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?**

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter).

Nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, ist gemäß Teil I § 16 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 17 Abs. 2 Rechnung getragen.

<b>Anlage</b>			
<b>Heilmittelverzeichnis des Tarifs ES 300</b>			
Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag		
		EUR	
<b>I. Inhalationen</b>			
Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,50	erforderlichen Nachruhe	11,00
Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	20,50
Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,50	Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,50
Radon-Inhalation im Stollen	11,50	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	82,00
Radon-Inhalation mittels Hauben	14,00	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,00
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perlisches Gerät, Schlingentisch)	6,50
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage	18,00	<b>III. Massagen</b>	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (auch Bobath oder Vojta) bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	20,50	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,00
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (auch Bobath oder Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	31,00	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder - Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	18,00
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,50	- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	27,50
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,00	- Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,50
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung von Mukoviszidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	12,00	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmessereinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,50
Bewegungsübungen	7,50	<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,00
Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der		Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,50
		- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
		Teilpackung	18,50
		Großpackung	26,50
		Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,00
		Kaltpackung (Teilpackung)	
		- Anwendung von Lehm, Quark, o. ä.	7,50
		- Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	14,50
		Heublumensack, Peloidkomresse	9,00
		Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,50

Trockenpackung	3,50
Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,50
Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,50
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,00
An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,50
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,00
Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,50
Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,00
Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,00
Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	36,00
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- Teilbad	27,50
- Vollbad	31,00
Medizinische Bäder mit Zusätzen	
- Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,50
- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,50
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,00
- Weitere Zusätze, je Zusatz	3,50
Gashaltige Bäder	
- Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,00
- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50
- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,00
- Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,50

#### V. Kälte- und Wärmebehandlung

Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung, Kaltgas, Kaltluft)	9,50
Eisteilbad	9,50
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,50

#### VI. Elektrotherapie

Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	6,50
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,50
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,50
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	12,00
Iontophorese	6,50
Zwei- oder Vierzellenbad	10,50
Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,50

#### VII. Lichttherapie

Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung	3,50
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,00
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,50
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,50
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,50
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	9,00
Grundlage sind die vom Bundesministerium des Inneren festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten (siehe § 7).	

**Anlage****Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs ES 300 für zahntechnische Leistungen**

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag	EUR
<b>I. Arbeitsvorbereitung/Modellherstellung</b>		
Abdruckmanschette		3,50
Angeliefertes Modell oder Zahnkranz bearbeiten		3,50
Angeliefertes Modell untersockeln		7,50
Ausblocken eines Stumpfes		3,00
Auswerten eines Registrates		6,50
Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen		6,50
Diagnostisches Modellieren oder Aufwachsen, je Zahn	13,50	
Dowel-Pin setzen		2,50
Dublieren eines Einzelstumpfes		8,50
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles		10,50
Frässockel		9,50
Frontzahnführungsteller individuell		17,50
Hilfsteil in Abdruck		9,00
Implantatpfosten auf Modellierimplantat aufschrauben		4,50
Kontrollmodell		6,50
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrikregistrat Modell		12,50
Modell aus feuerfester Masse		10,50
Modell ausblocken		2,50
Modell für Einzelstümpfe		13,50
Modell für Sägesegmente		14,50
Modell nach Abformgerät		21,50
Modell nach Funktionsabdruck oder für Modellguss		13,50
Modell vermessen		6,00
Modellimplantat repositionieren		9,00
Modellmontage in individuellen Artikulator I, II, III		13,50
Modellmontage in Mittelwertartikulator I, II		13,50
Modellpaar in Gipssockel fixieren		9,50
Modellpaar sockeln, dreidimensional		34,00
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen		16,50
Modellsegment sägen		5,50
Montage eines Gegenkiefermodells		8,50
Montage eines Modellpaares in Fixator		10,50
Okklusionsmodell		18,50
Okklusionsmodell für Sägesegmente		22,50
Radieren nach System		5,50
Remontage-Modell		26,00
Reponieren eines Stumpfes		4,00
SET-UP je Zahn		10,50
Spezialmodell		34,00
Split-Cast Sockel an Modell		15,50
Stumpf aus feuerfester Masse		15,50
Stumpf aus Kunststoff		8,50
Stumpf aus Metall		16,50
Stumpf aus Superhartgips		6,00
Stumpf unter Mikroskop vorbereiten		8,50
Stumpf vorbereiten		4,50
Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren		5,50
Zahn vermessen		1,50
Zahnfarbenbestimmung insgesamt		20,50
Zahnfleischmaske abnehmbar		18,50
Zahnkranz ausgießen		10,50
Zweitstumpf aus Kunststoff		6,50
Zweitstumpf aus Metall		9,50
Zweitstumpf aus Superhartgips		5,50

Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell 8,50

**II. Arbeitsvorbereitung/Ind. Hilfsmittel**

Basis aus Kunststoff	25,00
Basis aus Kunststoff, bei Defektversorgung oder auf Implantat	31,00
Basis aus thermoplastischem Material	15,50
Basis tiefgezogen	22,50
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Kunststoff, auf Basis	16,50
Bisswall aus Wachs, auf Basis	10,50
FGB Registrierhilfe	17,50
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	33,00
Individueller Löffel, Funktionslöffel aus Kunststoff	30,00
Provisorische Krone, Brückenglied Stiftzahn, Onlay, Inlay	41,00
Registrierplatte und -stift auf Basen	12,50
Übertragungskappe aus Kunststoff	17,50
Übertragungskappe aus Metall	35,00

**III. Festsitzender Zahnersatz**

Angelieferte Modellation gießen	28,00
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	26,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	43,00
Brückenglied gegossen	53,50
Cerec-Inlays, -Teilkronen	128,00
Cerec-Krone	126,00
Empress-Inlay dreiflächig	141,50
Empress-Inlay einflächig	121,00
Empress-Inlay mehrflächig	146,50
Empress-Inlay zweiflächig	131,00
Empress-Krone	126,00
Empress-Teilkrone	144,50
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet	14,50
Gold- oder Kunststoff-Onlay	70,00
Individuell charakterisieren, nur im FZ erst.f.	15,50
Inlay aus Gold o. Kunststoff, indirekt dreiflächig	70,00
Inlay aus Gold o. Kunststoff, indirekt einflächig	49,50
Inlay aus Gold o. Kunststoff, indirekt mehrflächig	75,00
Inlay aus Gold o. Kunststoff, indirekt zweiflächig	59,50
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	28,00
Keramikinlay, dreiflächig	97,50
Keramikinlay, einflächig	91,50
Keramikinlay, mehrflächig	107,50
Keramikinlay, zweiflächig	94,50
Krone gegossen, auch nach Stufenpräparation	73,00
Mantelkrone Keramik	93,50
Onlay aus Keramik	97,50
Rohbrandeinprobe, je Zahn	8,50
Schulter aus Keramik/Glas/Kunststoff, nur im FZ erst.f.	22,50
Selektives Einschleifen FGB	15,50
Stiftaufbau	40,00
Teilkrone gegossen	70,00
Verblendschale aus Keramik, Veneers	115,00
Verblendung aus Keramik	78,50
Verblendung aus Kunststoff	56,50
Wurzel-/Sattelpontic aus Keramik/Glas/Kunststoff	31,00
Wurzelkappe	75,00
Wurzelstift gegossen	35,00
Zahnfleisch aus Keramik/Glas/Kunststoff	43,00
Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop	26,00

#### IV. Verbindungselemente

Ankerband	33,00
Ankerbandklammer sekundär	73,00
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	8,50
Federbolzen	37,00
Friktionsstift	8,50
Geschiebefräsung	22,50
Individueller Steg, Grundeinheit	39,00
Individueller Steg, Längeneinheit	8,50
Individuelles Geschiebe primär	36,00
Individuelles Geschiebe sekundär	33,00
Individuelles Sekundärteil an/in Brückenkörper oder Sekundärteil	15,50
Individuelles Sekundärteil in/an Kunststoffbasis	15,50
Individuelles Sekundärteil in/an Metallbasis	15,50
Individuelles Steggeschiebe	49,50
Konfektionsgeschiebe primär	15,50
Konfektionsgeschiebe sekundär, an Metallbasis	20,50
Konfektionsgeschiebe sekundär, in Kunststoffbasis	20,50
Konfektionssteg Grundeinheit	18,50
Konfektions-Steggeschiebe an/in Kunststoffbasis	35,00
Konfektions-Steggeschiebe an/in Metallbasis	35,00
Konuskrone primär	61,50
Konuskrone primär, als Wurzelstiftkrone	66,50
Konuskrone sekundär, für Verblendung	92,50
Lager für Ankerbandklammer	31,00
Lager für Raste	6,50
Lager für RS-Geschiebe	18,50
Riegel	175,00
Rillen-Schulter-Fräsung	22,50
Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	57,00
Schubverteilungsarm	20,50
Stegfräsung	10,00
Steggeschiebe individuell, an Sekundärteil	35,00
Steggeschiebe individuell, an/in Metallbasis	35,00
Steggeschiebe individuell, in Kunststoffbasis	35,00
Teilfräsung	10,50
Teleskop- oder Doppelkrone primär, als Wurzelstiftkrone	61,50
Teleskopkrone primär	56,50
Teleskopkrone sekundär, für Verblendung	85,00
Umlaufende Fräsung	11,50
Umlaufaste für Schubverteilungsarm	10,50
Verschraubung/Verbolzung	46,50

#### V. Herausnehmbarer Zahnersatz aus Dentallegierungen

Approximalklammer, gegossen	15,50
Auflage	10,50
Auflage, gegossen	8,50
Bonwill-Klammer, gegossen	36,00
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, mit Auflage und Gegenlager, gebogen	25,00
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, gebogen	10,50
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, gegossen	15,50
Bonyhard-Klammer, J-Klammer, mit Auflage und Gegenlager, gegossen	25,00
Doppelbogenklammer, gebogen	16,50
Doppelbogenklammer, gegossen	15,50
Einarmige Klammer gebogen	12,50
Einarmige Klammer, gegossen	10,50
Fortlaufende Klammer	10,50
Gebogene Retention	10,50
Gegenlager, gebogen	10,50
Gegenlager, gegossen	10,50
Gegossene Retention, je Retention	26,00
Hilfsteilpassung	19,50
Inlayklammer, gebogen	12,50

Inlayklammer, gegossen	8,50
Jackson-Klammer	22,50
Kragenfassung, je zu ersetzendem Zahn	8,50
Kralle, gebogen	14,50
Kralle, gegossen	12,50
Lösungsknopf	8,50
Metallbasis	99,50
Metallkaufäche	32,00
Metallzahn	36,00
Ringklammer, gegossen, evtl. mit Auflage	18,50
Rückenschutzplatte	41,00
Rücklaufklammer, gegossen	20,00
Stegpassung	12,50
Stiel, gegossen	10,50
Überwurfklammer einarmig, gebogen	16,50
Überwurfklammer zweiarmig, gegossen	22,50
Umgehungsbügel bei Diastema	14,50
Unterfütterbarer Abschlussrand	12,50
Zweiarmige Klammer, gebogen	12,50
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	20,50
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gegossen	18,50
Zweiarmige Klammer, gegossen	15,50

#### VI. Metallverbindungen und Oberflächenbeschichtungen

Bonder aufbrennen	8,50
Deckgold aufbrennen, nur im FZ erst.f.	8,50
Keramik/gegossenes Glas ätzen	4,00
Keramik/gegossenes Glas silanisieren	4,00
Lötfreie Verbindung, Primärteil	6,00
Lötfreie Verbindung, Sekundärteil	9,50
Lötung 1: Ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,50
Lötung 2: Mit Vorlötung bei gleichen Legierungen	12,50
Lötung 3: Mit Vorlötung bei unterschiedlichen Legierungen	14,50
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	12,50
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	14,50

#### VII. Herausnehmbarer Zahnersatz aus Kunststoff

Adjustierte Aufbisschiene	143,50
Aufstellen Grundeinheit	28,00
Aufstellen je Zahneinheit auf Metallbasis	7,50
Aufstellen je Zahneinheit auf Wachs oder Kunststoffbasis	6,50
Aufstellen je Zahneinheit bei Totalprothesen OK und UK	8,50
Bissführungsplatte	110,50
Fertigstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	5,00
Fertigstellen mit Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,50
Grundeinheit Fertigstellung auf Metallbasis	36,00
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoffbasis	61,50
Herstellen eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	26,00
Knirscherschiene aus Kunststoff	110,50
Remontage Prothetik	20,50
Retentionsschiene	66,50
Schiene tiefgezogen	61,50
Schiene tiefgezogen, zweiphasig	92,50
Selektives Einschleifen Prothetik	32,00
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	4,50
Umstellen je Zahneinheit	6,50
Zahn zahnfarben hinterlegen, je Zahn	7,00

### VIII. KFO Geräte/Schienen

Ankerband	33,00
Ankerkappe	31,00
Auflage	10,50
Band auf Modell aufpassen	15,50
Basis für Einzelkiefergerät	66,50
Basis für FKO Gerät	118,00
Basis für Schiefe Ebene aus Kunststoff	49,50
Basis für Schiefe Ebene aus Metall	80,00
Bogen, (Außen-, Innen-, Teilinnen-, Teilaußen-)	56,50
Bracket oder Attachment positionieren	6,50
Coffin-Feder	31,00
Doppelplatten-Führungssporn	36,00
Dorn	10,50
Druckfeder, Zugfeder	15,50
Facebow anpassen	13,50
Feder	15,50
FKO Gerät, voreinschleifen	20,50
Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart	16,50
Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich	39,00
Funktionsfähig machen einer Schraube ohne Trennen der Basis	8,50
Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	31,00
Häkchen	10,50
Haltesporn	10,50
Interokklusal-Stop	10,50
KFO Platte, voreinschleifen	8,50
Kinnkappe mit Retentionshaken	77,00
Klammer (z. B. Verankerungs-, Tropfen-, Ösen-)	33,00
Kunststoffschild	29,00
Labialbogen	49,50
Lingualbogen	31,00
Lingualer Frontalbogen	20,50
Lückenthalter	18,50
Palatinalbogen	39,00
Pelotte	29,00
Positioner	143,50
Protrusionsbogen	20,50
Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	26,00
Schraube einarbeiten	33,00
Spezialschraube (Einzelzahn-, Sektoren-, asymmetrischen Bewegung)	27,00
Spezialschraube zur Metallverbindung	33,00
Spike	7,50
Sporn aktiv, Rücklauf-, Führungs- Stop	12,50 8,50
Trennen einer Basis	15,50
U-Bügel, Federbügel	36,00
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhr- chens	14,50
Vorbiss oder Rückbiss	18,50
Vorhofplatte	102,50
Zungengitter	22,50

Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	10,50
Leistungseinheit, Herauslösen eines Konfektions- zahnes	2,50
Leistungseinheit, Herauslösen von Halte- bzw. Regulierungselementen	4,50
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	10,50
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	15,50
Leistungseinheit, Regulierungselemente einar- beiten	12,50
Leistungseinheit, Sprung, Bruch aus Metall	22,50
Leistungseinheit, Sprung, Bruch, Wiederbefes- tigung eines Zahnes	8,50
Neu adjustieren einer vorhandenen Schiene	85,00
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	85,00

### IX. Instands. Zahnersatz/KFO Geräte/Schienen

Basis erneuern	82,00
Basis unterfüttern	67,50
Basisteil unterfüttern	39,00
Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhande- ne Kunststoffprothese	92,50
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO/FKO Gerät, Metallbasis, Aufbisschiene, Grundeinheit	36,00
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO/FKO Gerät, Metallbasis, Aufbiss- chiene, Grundeinheit	36,00
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundein- heit	35,00
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	8,50