

Tarif koop ZK

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Kollektivvertrags

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif koop ZK sind ausschließlich Personen, die bei einem Kooperationspartner der HanseMerkur Krankenversicherung AG gesetzlich krankenversichert sind und dort Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung haben.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz bei diesem Kooperationspartner oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMerkur Krankenversicherung AG, so endet der Versicherungsschutz nach Tarif koop ZK zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzungen eingetreten ist; die Versicherung wird im Rahmen der Einzelversicherung in einem vom Leistungsumfang her vergleichbaren Tarif der HanseMerkur Krankenversicherung AG fortgeführt, sofern für die versicherte Person weiterhin Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Der während der Versicherung beim Kooperationspartner bestehende Beitragsnachlass entfällt mit der Umstellung in einen Tarif der Einzelversicherung.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. bei der GKV unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattet werden:

1. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1.1. bis B. 1.5. angegebenen Aufwendungen für Zahnbehandlungen einschließlich der dazu zählenden Prophylaxe. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die hiermit geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen, sowie von der GKV nicht oder nur teilweise erstattete Rechnungsbeträge, soweit die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird. Erstattungsfähig sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

Sieht die GKV im Versicherungsfall Leistungen vor, so besteht ein Erstattungsanspruch für die Punkte B. 1.1. bis B. 1.4. nur nach Vorleistung der GKV. Vorleistungen sind nachzuweisen; der Erstattungsbetrag wird um die erbrachte Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

1.1. Professionelle Zahnreinigung

100 %

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen im Rahmen einer professionellen Zahnreinigung:

- Professionelle Zahnreinigung (GOZ 1040),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010).

Die Erstattung für Leistungen gemäß Punkt B. 1.1. ist auf maximal **65 EUR** pro eingereicherter Rechnung und **130 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

1.2. Besondere Füllungen

100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen). Amalgamfüllungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Inlays (Einlagefüllungen) zählen nicht zu den besonderen Füllungen, sondern gelten als Zahnersatz nach Punkt B. 2.1.1.

1.3. Wurzelbehandlung

100 %

Ersetzt werden die zusätzlichen erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen einer von der GKV getragenen Wurzelbehandlung, welche Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen umfasst.

1.4. Fissurenversiegelung **100 %**

1.5. Parodontosebehandlung **100 %**

Die folgenden zahnmedizinischen Parodontosemaßnahmen sind erstattungsfähig:

- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation (GOZ 4025),
- Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium (GOZ 4030),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010),
- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger (GOZ 1030),
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich (GOZ 4110),
- Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens (GOZ 4120),
- Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung (GOZ 4138),
- Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung (GOZ 0050),
- Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4133),
- Zuschläge bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen (GOZ 0510 und/oder GOZ 0520) sowie Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops (GOZ 0110),
- Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4130),
- Intraorale Infiltrationsanästhesie (GOZ 0090).

2. Zahnersatz

2.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen sowie die dafür erforderlichen zahnärztlichen Leistungen. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die hiermit geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen, und von der GKV nicht oder nur teilweise erstattete Rechnungsbeträge, soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird. Eine gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

2.1.1. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich Brücken, Kronen und Inlays (Einlagefüllungen).

2.1.2. Als Zahnersatz gelten außerdem implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Erstattungsfähig sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit diese im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

2.2. Erstattungshöhe

Die **erstattungsfähigen Aufwendungen** nach Punkt B. 2.1. werden - unter Anrechnung der Vorleistungen der GKV - zu

100 %

ersetzt, sofern eine Regelversorgung der GKV ausschließlich im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführt wird. Wird eine Behandlung mit privatärztlichen Anteilen gewählt, verringert sich der Erstattungssatz auf

90 %.

Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so muss dem Versicherer zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz zusammen mit der Rechnung ein von der GKV genehmigter und abgerechneter **Heil- und Kostenplan** des Zahnarztes vorgelegt werden.

Wird eine Regelversorgung der GKV ausschließlich im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführt, so darf die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen der GKV die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt B. 2.1. nicht überschrei-

ten. Wird eine Behandlung mit privatärztlichen Anteilen gewählt, so darf die Gesamterstattung 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt B. 2.1. nicht überschreiten.

Wird keine Vorleistung der GKV nachgewiesen, so wird für Aufwendungen nach Punkt B. 2.1.1. einschließlich zugehöriger Material- und Laborkosten eine fiktive Vorleistung der GKV in Höhe von 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen angesetzt.

Zu Beginn der Versicherung gelten für die **Erstattungen** nachstehende Höchstbeträge:

insgesamt	600 EUR	bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres
insgesamt	1.200 EUR	bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres
insgesamt	1.800 EUR	bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres
insgesamt	2.400 EUR	bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres
	unbegrenzt	ab dem 5. Versicherungsjahr

Bei Zahnersatz infolge eines Unfalls (siehe § 1 (1) AVB/KS), der nach der Policierung eingetreten ist, entfallen diese Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

Einschränkungen

Die Erstattung für implantologische Leistungen nach Punkt B. 2.1.2. einschließlich zugehöriger Material- und Laborkosten ist auf maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer beschränkt.

3. Wartezeiten

Für die Leistungen nach Punkt B. 1.1. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gemäß § 3 AVB/KS. Für die Leistungen nach den Punkten B. 1.2. bis B. 1.5. und nach Punkt B. 2.1. gilt abweichend von § 3 (3) AVB/KS eine verkürzte Wartezeit von 3 Monaten.

C. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 19., 39., 49. bzw. 59. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zur Beitragsanpassung gemäß § 8b AVB/KS bleiben hiervon unberührt.

D. Anpassung der Tarifleistungen

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnbehandlungen oder -ersatz, so kann der Versicherer die Leistungen gemäß Punkt B. 1. bzw. B. 2. zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

Tarif koop ZL

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Kollektivvertrags

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif koop ZL sind ausschließlich Personen, die bei einem Kooperationspartner der HanseMerkur Krankenversicherung AG gesetzlich krankenversichert sind und dort Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung haben.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz bei diesem Kooperationspartner oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMerkur Krankenversicherung AG, so endet der Versicherungsschutz nach Tarif koop ZL zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzungen eingetreten ist; die Versicherung wird im Rahmen der Einzelversicherung in einem vom Leistungsumfang her vergleichbaren Tarif der HanseMerkur Krankenversicherung AG fortgeführt, sofern für die versicherte Person weiterhin Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Der während der Versicherung beim Kooperationspartner bestehende Beitragsnachlass entfällt mit der Umstellung in einen Tarif der Einzelversicherung.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. bei der GKV unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattet werden:

1. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1.1. bis B. 1.5. angegebenen Aufwendungen für Zahnbehandlungen einschließlich der dazu zählenden Prophylaxe. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die hiermit geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen, sowie von der GKV nicht oder nur teilweise erstattete Rechnungsbeträge, soweit die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird. Erstattungsfähig sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

Sieht die GKV im Versicherungsfall Leistungen vor, so besteht ein Erstattungsanspruch für die Punkte B. 1.1. bis B. 1.4. nur nach Vorleistung der GKV. Vorleistungen sind nachzuweisen; der Erstattungsbetrag wird um die erbrachte Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

1.1. Professionelle Zahnreinigung 100 %

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen im Rahmen einer professionellen Zahnreinigung:

- Professionelle Zahnreinigung (GOZ 1040),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010).

Die Erstattung für Leistungen gemäß Punkt B. 1.1. ist auf maximal **65 EUR** pro eingereichter Rechnung und **130 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

1.2. Besondere Füllungen 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen). Amalgamfüllungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Inlays (Einlagefüllungen) zählen nicht zu den besonderen Füllungen, sondern gelten als Zahnersatz nach Punkt B. 2.1.1.

1.3. Wurzelbehandlung 100 %

Ersetzt werden die zusätzlichen erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen einer von der GKV getragenen Wurzelbehandlung, welche Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen umfasst.

1.4. Fissurenversiegelung **100 %**

1.5. Parodontosebehandlung **100 %**

Die folgenden zahnmedizinischen Parodontosemaßnahmen sind erstattungsfähig:

- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation (GOZ 4025),
- Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium (GOZ 4030),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010),
- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger (GOZ 1030),
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich (GOZ 4110),
- Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens (GOZ 4120),
- Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung (GOZ 4138),
- Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung (GOZ 0050),
- Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4133),
- Zuschläge bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen (GOZ 0510 und/oder GOZ 0520) sowie Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops (GOZ 0110),
- Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4130),
- Intraorale Infiltrationsanästhesie (GOZ 0090).

2. Zahnersatz

2.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen sowie die dafür erforderlichen zahnärztlichen Leistungen. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die hiermit geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen, und von der GKV nicht oder nur teilweise erstattete Rechnungsbeträge, soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird. Eine gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

2.1.1. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich Brücken, Kronen und Inlays (Einlagefüllungen).

2.1.2. Als Zahnersatz gelten außerdem implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Erstattungsfähig sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit diese im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers^{*)} aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

2.2. Erstattungshöhe

Die **erstattungsfähigen Aufwendungen** nach Punkt B. 2.1. werden - unter Anrechnung der Vorleistungen der GKV - zu

100 %

ersetzt.

Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so muss dem Versicherer zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz zusammen mit der Rechnung ein von der GKV genehmigter und abgerechneter **Heil- und Kostenplan** des Zahnarztes vorgelegt werden.

Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen der GKV darf die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt B. 2.1. nicht überschreiten.

Wird keine Vorleistung der GKV nachgewiesen, so wird für Aufwendungen nach Punkt B. 2.1.1. einschließlich zugehöriger Material- und Laborkosten eine fiktive Vorleistung der GKV in Höhe von 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen angesetzt.

Zu Beginn der Versicherung gelten für die **Erstattungen** nachstehende Höchstbeträge:

insgesamt	1.000 EUR	bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres
insgesamt	2.000 EUR	bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres
insgesamt	3.000 EUR	bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres
insgesamt	4.000 EUR	bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres
	unbegrenzt	ab dem 5. Versicherungsjahr

Bei Zahnersatz infolge eines Unfalls (siehe § 1 (1) AVB/KS), der nach der Policierung eingetreten ist, entfallen diese Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

Einschränkungen

Die Erstattung für implantologische Leistungen nach Punkt B. 2.1.2. einschließlich zugehöriger Material- und Laborkosten ist auf maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer beschränkt.

3. Wartezeiten

Für die Leistungen nach Punkt B. 1.1. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gemäß § 3 AVB/KS. Für die Leistungen nach den Punkten B. 1.2. bis B. 1.5. und nach Punkt B. 2.1. gilt abweichend von § 3 (3) AVB/KS eine verkürzte Wartezeit von 3 Monaten.

C. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 19., 39., 49. bzw. 59. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zur Beitragsanpassung gemäß § 8b AVB/KS bleiben hiervon unberührt.

D. Anpassung der Tarifleistungen

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnbehandlungen oder -ersatz, so kann der Versicherer die Leistungen gemäß Punkt B. 1. bzw. B. 2. zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.