

Teil III

Tarif VTN U

Stand 01.01.2022

Dieser Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VTN U) gilt nur in Verbindung mit

Teil I - Rahmenbedingungen und

Teil II - Tarifbedingungen für den Tarif VTN U.

A. Versicherungsfähigkeit / Aufnahmefähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen und als Bedienstete der Berufsfeuerwehr, der Polizei, der Justiz oder des Strafvollzugs einschließlich deren Verwaltungen Anspruch auf Beihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung haben.

Der Ehegatte und Kinder können mitversichert werden, solange sie zum beihilfeberücksichtigungsfähigen Personenkreis der Familie gehören und in der gesetzlichen Krankenversicherung weder versicherungspflichtig sind

noch dort Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung haben.

Versicherungsfähig sind ferner Personen, die die Voraussetzungen für die Mitversicherung als Ehegatte oder Kind nach den Tarifen VTN, VTNL, VTNB-A, VTNBL-A oder VTNB-A U erfüllen.

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben (siehe hierzu auch § 15 Teil I Nr. 3 AVB).

B. Prozentualer Erstattungssatz / Tarifstufen

Der Tarif VTN U umfasst entsprechend den Beihilfebemessungssätzen gestaffelte Tarifstufen. Die jeweilige Tarifstufe ist so zu wählen, dass die zugehörigen prozentualen Erstattungssätze zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 Prozent ergeben. Die Tarifstufen und zugehörigen prozentualen Erstattungssätze ergeben sich aus folgender Tabelle, wobei der prozentuale Erstattungssatz für stationäre Krankenhausbehandlungen entsprechend der Hessischen Beihilfenverordnung herabgesetzt ist:

Tarifstufe	Prozentualer Erstattungssatz bei	
	ambulanter und zahnärztlicher Behandlung	stationärer Krankenhausbehandlung
20/15	20 %	15 %
25/15	25 %	15 %
30/15	30 %	15 %
35/20	35 %	20 %
40/25	40 %	25 %
45/30	45 %	30 %
50/35	50 %	35 %

Erhöht sich der Beihilfebemessungssatz einer versicherten Person, wird der Versicherungsschutz auch für laufende bzw. noch nicht regulierte Versicherungsfälle entsprechend herabgesetzt. Diese Anpassung wird zum Ersten des Monats, in dem sich der Bemessungssatz ändert, oder auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers zum Ersten des Folgemonats vorgenommen.

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz, wird in gleicher Weise der Versicherungsschutz entsprechend erhöht.

Entfällt der Anspruch auf Beihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung, hat der Versicherungsnehmer im Rahmen von Teil I Abs. 5 das Recht, bestehende Versicherungen in andere Tarife der Krankheitskostenvollversicherung umzustellen. Ist bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Wegfall kein Umstellungsantrag beim Versicherer eingegangen, ist der Versicherer berechtigt, die betreffenden Versicherungen mit Wirkung zum Ersten des folgenden Monats in Tarife seiner Wahl umzustellen, die der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) genügen; hierbei gilt § 1 Teil I Abs. 5 Satz 3 und 4 entsprechend. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt sein Recht auf Tarifwechsel nach Teil I Abs. 5 wahrnehmen oder unter den Voraussetzungen von § 13 Teil I Abs. 8 kündigen.

Die Umstellung erfolgt in beiden Fällen ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten, sofern die sechsmonatige Meldefrist (siehe § 9 Teil II Nr. 3) eingehalten wird.

Bei der Beitragsberechnung ist berücksichtigt, dass für Empfänger von Versorgungsbezügen der Beihilfebemessungssatz mindestens 60 % für ambulante und zahnärztliche Behandlung bzw. 75 % für stationäre Krankenhaus-

behandlung beträgt. Sollte ausnahmsweise der Beihilfebemessungssatz einer versicherten Person nach Vollendung des 65. Lebensjahres unter diesen Sätzen liegen, ist eine Fortführung der Versicherung nach Tarif VTN U über das 65. Lebensjahr hinaus nicht möglich. Der Versicherer verpflichtet sich, in diesem Fall gleichartigen Versicherungsschutz nach anderen Tarifen anzubieten.

C. Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1.1 Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen.

Hierzu gehören z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Operationen, Strahlen-Diagnostik und -Therapie, Laboruntersuchungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff sind erstattungsfähig, soweit es sich um staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen handelt, die von der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht für alle empfohlen werden.

Im Falle der Direktabrechnung gem. C.3.1 trägt der Versicherer unter den dort genannten Voraussetzungen die Kosten in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes.

Im Übrigen sind ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zu den nachfolgend genannten Steigerungsfaktoren:

- Leistungen gem. § 5 Abs. 2 GOÄ: 1,6-fach
- Leistungen gem. § 5 Abs. 3 GOÄ: 1,2-fach
- Leistungen gem. § 5 Abs. 4 GOÄ: 1,0-fach

Bietet der Versicherer den Service der Direktabrechnung gem. C.3.1 nicht mehr an, sind die Aufwendungen für ärztliche Behandlung im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes bis zu den in der GOÄ festgelegten Regelhöchstätzen (2,3- / 1,8- / 1,15-fach GOÄ) erstattungsfähig. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn sie die zuständige Beihilfestelle nach besonderer ärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt hat, dann bis zu den Höchstätzen (3,5- / 2,5- / 1,3-fach GOÄ).

b) Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Präparate, die nach ärztlicher Bestätigung zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei schweren Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden bzw. zu mildern.

Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Arzneimittel sind nicht erstattungsfähig.

Ohne Dispens abgegebene Arzneimittel unterliegen nicht der Erstattungspflicht.

Nähr- und Stärkungspräparate, Desinfektions- und Kosmetikmittel, reine Mineralwässer, Badezusätze und ähnliches gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

c) Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspflegers.

d) Fahrt oder Transport zum und vom nächsterreichbaren Arzt bei Unfällen (am Unfalltag).

e) Heilmittel.

Heilmittel sind Heilmaßnahmen, die von einem Arzt oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe durchgeführt werden.

Hierzu gehören Inhalationen und Physiotherapie (Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie).

Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.025 EUR je Kalenderjahr erstattungsfähig.

f) Folgende Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen:

- Brillengläser bis zu einem Rechnungsbetrag von 230 EUR,
- Bruchbänder,
- Gehapparate,
- Kompressionsstrümpfe,
- Hörgeräte,

- Körperersatzstücke,
- Kontaktlinsen.
Aufwendungen für Kontaktlinsen sind erstattungsfähig, wenn sie ärztlich verordnet und soweit sie beihilfefähig sind.
- Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.300 EUR,
- Mehrkosten für orthopädische Schuhe,
- orthopädische Schuheinlagen,
- Sprechhilfen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.300 EUR,
- Inhalationsgeräte,
- Blutdruckmessgeräte,
- Blutzuckermessgeräte.

Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art aus dieser Liste werden bei nachgewiesenem Bedarf einmal im Kalenderjahr erbracht, sofern nachweislich eine längere Gebrauchs- bzw. Funktionsfähigkeit nicht gegeben ist.

- Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR.

Ein Anspruch auf den erneuten Bezug einer Brillenfassung entsteht frühestens nach Ablauf von zwei Jahren seit dem letzten Bezug.

Die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel (einschließlich deren Reparatur) sind nach vorheriger Leistungszusage durch den Versicherer erstattungsfähig:

- Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
- Beatmungs- und Schlafapnoegeräte,
- Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
- Antidecubitus-Systeme,
- Absauggeräte,
- CoaguCheck-Geräte.

Nicht genannte Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel sind nicht erstattungsfähig.

- g) Psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte sowie durch approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis.

Im Falle der Direktabrechnung gem. C.3.1 trägt der Versicherer unter den dort genannten Voraussetzungen die Kosten in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes.

Nimmt der Versicherte die Serviceleistung der Direktabrechnung gem. C.3.1 nicht in Anspruch oder bietet der Versicherer den Service der Direktabrechnung nicht mehr an, sind psychotherapeutische Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten im tariflichen Um-

fang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes erstattungsfähig, die nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zum Steigerungsfaktor 2,3-fach. Die Erstattung wird für bis zu 40 Sitzungen je versicherter Person und Kalenderjahr erbracht, darüber hinaus nur, wenn weitere Sitzungen durch die zuständige Beihilfestelle nach besonderer ärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt wurden.

- h) Leistungen eines Heilpraktikers im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes, soweit sie im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH 85) aufgeführt sind und den jeweils angegebenen Mindestsatz nicht übersteigen, einschließlich Arznei- und Verbandmittel.

1.2 Kurbehandlung.

Erstattungsfähig sind abweichend von § 5 Teil I Abs. 1 d) die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach einem Kurplan durchgeführten ambulanten oder einer ärztlich verordneten stationären Kur bis zur Dauer von 28 Tagen.

Voraussetzung für die Leistungspflicht ist, dass die Beihilfestelle die Behandlung als beihilfefähig anerkannt hat.

Nach Inanspruchnahme werden diese Leistungen frühestens nach dem Ablauf von drei Jahren erneut erbracht.

Nicht erstattet werden die Kosten für Unterbringung, Verpflegung, Kurtaxe und Fahrtkosten.

1.3 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

- a) Allgemeine Krankenhausleistungen.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen Leistungen im Sinne

- des § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung - z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ergänzende Entgelte -

bzw.

- der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils geltenden Fassung

sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind (z.B. Privatkliniken), werden die vorstehenden Ausführungen ebenfalls angewendet.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/ KHEntgG bzw. der BpflV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen) und Krankenhausnebenkosten sowie der Leistungen freiberuflicher Hebammen und Entbindungspfleger.

Können die Kosten für ein Mehrbettzimmer nicht nachgewiesen werden, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, wird der Erstattung der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem der Krankenhausaufenthalt stattfand, zugrundegelegt. Bei einer Behandlung im Ausland wird in diesem Fall der höchste Landesbasisfallwert aller deutschen Bundesländer zugrundegelegt. Erstattungsfähig sind dann die Kosten, die ausgehend von den genannten Landesbasisfallwerten bei einer Abrechnung nach dem KHG/KHEntgG entstanden wären, jedoch nicht mehr als der tatsächliche Rechnungsbetrag. Mit diesen Sätzen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

- b) Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächsterreichbaren, geeigneten Krankenhaus.

1.4 Zahnärztliche Behandlung

- a) Zahnbehandlung (einschließlich Zahnprophylaxe).
- b) Kieferorthopädie.
- c) Zahnersatz.

Zu den erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz gehören zahnärztliches Honorar und Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken) einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und Provisorien.

Im Falle der Direktabrechnung gem. C.3.1 trägt der Versicherer unter den dort genannten Voraussetzungen die Kosten in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes. Ausgenommen ist die Versorgung mit Zahnersatz.

Im Übrigen sind zahnärztliche Leistungen einschließlich Zahnersatz im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes erstattungsfähig, soweit sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zum Steigerungsfaktor 2,3-fach. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn sie die zuständige Beihilfestelle nach besonderer zahnärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt hat, dann bis zu dem Höchstsatz (3,5-fach GOZ).

Die gesondert berechenbaren zahntechnischen Material- und Laborkosten für Zahnersatz sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs VTN U für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die erstattungsfähigen Höchstbeträge dieses Verzeichnisses können, um den Versicherungsschutz wertbeständig zu erhalten, unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) bzw. § 18 Teil I Abs. 1 AVB mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse im Gesundheitswesen angepasst werden.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Goldhämmer- und Einlagefüllungen, Adhäsivbrücken, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen, Verblendungen im Seitenzahnbereich, Veneers, Empress-Keramikkronen, Laserbehandlungen und im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs VTN U für zahntechnische Leistungen nicht aufgeführte Material- und Laborkosten für Zahnersatz.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person innerhalb der ersten 12 Monate ihrer Versicherung auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 520 EUR begrenzt. Diese Begrenzung der Rechnungsbeträge gilt nicht für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

1.5 Digitale Gesundheitsanwendungen

Hierbei handelt es sich um Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

I. Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) unter folgenden Voraussetzungen:

- a) die DiGA wurden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen

und

- b) die DiGA wurden von folgenden Leistungserbringern verordnet:
 - niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten,
 - approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich

Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,

- approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis,
- staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen)

und

- c) die Höhe der Erstattung für die DiGA richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung zwischen dem GKV- Spitzenverband und den Herstellern für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Mehrkosten sind von den Versicherten selbst zu tragen.

II. Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn es sich um digitale Gesundheitsanwendungen handelt, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber von den Leistungserbringern nach I b) verordnet wurden und über Kooperationspartner des Versicherers angeboten werden.

III. Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung (gemäß I.b)) für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung von den Leistungserbringern erforderlich.

Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI - siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind, sind nicht erstattungsfähig.

1.6 Telemedizin

Ambulante Heilbehandlungen nach Nr. 1.1 sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden.

2. Tarifliche Leistungszusage

Die Tarifleistung ergibt sich aus der Anwendung des jeweiligen prozentualen Erstattungssatzes auf die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 1.

Bei Zahnersatz beträgt die Tarifleistung 90 % des Betrags, der sich aus der Anwendung des hierfür geltenden prozentualen Erstattungssatzes auf die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 1.4 c) ergibt.

Je nach Tarifstufe ergeben sich hiernach in den unterschiedlichen Leistungsbereichen insgesamt folgende Erstattungssätze:

Tarifstufe	Erstattung bei		
	ambulanter, Kur- und Zahnbehandlung einschl. Zahnprophylaxe/ Kieferorthopädie	stationärer Krankenhausbehandlung	Zahnersatz
20/15	20 %	15 %	18 %
25/15	25 %	15 %	22,5 %
30/15	30 %	15 %	27 %
35/20	35 %	20 %	31,5 %
Tarifstufe	Erstattung bei		
	ambulanter, Kur- und Zahnbehandlung einschl. Zahnprophylaxe/ Kieferorthopädie	stationärer Krankenhausbehandlung	Zahnersatz
40/25	40 %	25 %	36 %
45/30	45 %	30 %	40,5 %
50/35	50 %	35 %	45 %

2a. Zusätzliche Beihilfeergänzungsleistung

Soweit Aufwendungen nach Nr. 1.1 - 1.6 erstattungsfähig sind, diese Aufwendungen von der Beihilfe zwar dem Grunde nach, nicht aber im vollen Umfang entsprechend des für die versicherte Person geltenden Beihilfesatzes erstattet werden, wird die Differenz zwischen dem des Beihilfesatzes entsprechenden Anteils an den Aufwendungen und der tatsächlich erbrachten Beihilfe vom Versicherer erstattet. Diese Erstattung erfolgt zusätzlich zu dem Anteil, den der Versicherer an den Aufwendungen gem. Nr. 2 zu tragen hat. Die Leistung des Versicherers insgesamt ist auf die nach Abzug der tatsächlich erbrachten Beihilfeleistung verbleibenden Aufwendungen beschränkt.

3. Serviceleistungen

3.1. Direktabrechnung

Der Versicherer unterhält zur Versorgung seiner Mitglieder mit ambulanten, stationären und zahnärztlichen Leistungen Verträge mit medizinischen Leistungserbringern bzw. deren Standesorganisationen.

Wenn die Kosten für erbrachte Leistungen, für die bedingungsgemäß Versicherungsschutz besteht, auf der Grundlage dieser Verträge von den medizinischen Leistungserbringern unmittelbar oder mittelbar über deren Standesorganisationen mit dem Versicherer abgerechnet werden, trägt der Versicherer die Kosten

in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes.

3.2. Beihilfevorleistung

Zusammen mit der Versicherungsleistung nach Nr. 2 zahlt der Versicherer die Beihilfe aus. Hierfür tritt der Versicherer bis zur Abrechnung mit der Beihilfestelle in Vorleistung.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beihilfe unmittelbar und unverzüglich von der auszahlenden Stelle an den Versicherer abzuführen.

3.3. Gemeinsame Bestimmungen zu den Serviceleistungen

Die Serviceleistungen gem. 3.1 und 3.2 sind von dem

Fortbestand der hierzu geschlossenen Verträge mit den Leistungserbringern bzw. den Beihilfestellen sowie von den jeweils gültigen Beihilfavorschriften abhängig. Der Versicherer verpflichtet sich im Interesse seiner Mitglieder zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung möglichst günstiger Verträge, soweit dies rechtlich möglich und für die Versichertengemeinschaft wirtschaftlich ist.

Tritt der Versicherer bei der Direktabrechnung oder mit der Beihilfe über den Betrag hinaus in Vorleistung, der dem Versicherten nach den versicherungsvertraglichen Bestimmungen zusteht bzw. von der Beihilfestelle erstattet wird, ist der Versicherungsnehmer insoweit zur Rückzahlung an den Versicherer verpflichtet.