



Spécial

INTERINSTITUTIONS
TOUS LES LIEUX D AFFECTATION

**REGELUNG ZUR SICHERSTELLUNG
DER KRANKHEITSFUERSORGE
FUER DIE BEAMTEN
DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN**

1. Januar 1991

KAPITEL I

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Artikel 1 GEGENSTAND

Für die Organe der Europäischen Gemeinschaften wird ein gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem geschaffen. Die Krankheitsfürsorge gewährleistet den Krankheitsfürsorge-Berechtigten, im Rahmen der in dieser Regelung und den Anhängen festgelegten Grenzen und Bedingungen, die Erstattung der Kosten, die ihnen durch Krankheit, Unfall oder Mutterschaft entstehen, sowie die Zahlung eines Bestattungszuschusses. Krankheitsfürsorge-Berechtigte sind die der Krankheitsfürsorge angeschlossenen Personen und die durch sie mitangeschlossenen Personen.

Artikel 2 Angeschlossene Personen

Angeschlossen sind:

1. die Beamten der Gemeinschaften, unbeschadet der Bestimmungen des Artikels 4 Absätze 1 bis 4 dieser Regelung;
2. die in Artikel 72 Absätze 1 a, 2 und 2 a des Statuts genannten Personen unter den in diesen Absätzen vorgesehenen Voraussetzungen;
3. die ehemaligen Beamten, auf die Artikel 41 oder 50 des Statuts angewandt wurde, unter den Voraussetzungen des Anhangs IV des Statuts;
4. die Empfänger von Hinterbliebenenbezügen infolge des Todes einer unter Nummer 3 genannten Person, unter den Voraussetzungen des Artikels 4 Nummer 5 dieser Regelung;

5. die ehemaligen Beamten, die gemäß Artikel 4 Absatz 1 der Verordnung (EWG, Euratom, EGKS) Nr. 259/68 endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, solange der Anspruch auf die in den Artikeln 5 und 7 dieser Verordnung vorgesehene Vergütung besteht, unter den Voraussetzungen des Artikels 5 Absatz 6 dieser Verordnung;

6. die ehemaligen Beamten, die gemäß Artikel 2 Absatz 1 der Verordnung (Euratom, EGKS, EWG) Nr. 2530/72 endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, unter den Voraussetzungen des Artikels 5 Absatz 6 dieser Verordnung;

7. die ehemaligen Beamten, die gemäß Artikel 2 Absatz 1 der Verordnung (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 1543/73 endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, unter den Voraussetzungen des Artikels 3 Absatz 6 dieser Verordnung;

8. die ehemaligen Beamten, die gemäß Artikel 1 Absatz 1 der Verordnung (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 2150/82 endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, unter den Voraussetzungen des Artikels 2 Absatz 6 dieser Verordnung;

9. die Bediensteten auf Zeit der Gemeinschaften, vorbehaltlich des Artikels 4 Absatz 6 und des Artikels 7 dieser Regelung;

10. die ehemaligen Bediensteten auf Zeit, die ein Ruhegehalt wegen Dienstunfähigkeit beziehen, die Empfänger von Hinterbliebenenbezügen infolge des Todes eines Bediensteten auf Zeit und die in Artikel 28 Absätze 3 und 4 und in Artikel 28 a Absatz 5 der Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten genannten ehemaligen Bediensteten auf Zeit;

11. der Präsident, die Vizepräsidenten und die Mitglieder der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, der Präsident, die Richter, die Generalanwälte und der Kanzler des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften, der Präsident, die Mitglieder und der Kanzler des Gerichts erster Instanz der Europäischen Gemeinschaften sowie der Präsident und die Mitglieder des Rechnungshofs der Europäischen Gemeinschaften; .

12. die ehemaligen Präsidenten, Vizepräsidenten und Mitglieder der Hohen Behörde der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl, der Kommission der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, der Kommission der Europäischen Atomgemeinschaft und der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, die ehemaligen Präsidenten, Richter, Generalanwälte und Kanzler des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl und des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften, die ehemaligen Präsidenten, Mitglieder und Kanzler des Gerichts erster Instanz der Europäischen Gemeinschaften sowie die ehemaligen Präsidenten und Mitglieder des Rechnungshofs der Europäischen Gemeinschaften, die Anspruch auf das in der Regelung ihrer Amtsbezüge vorgesehene Übergangsgeld haben, vorbehaltlich des Artikels 4 Absatz 7 dieser Regelung;

13. die ehemaligen Präsidenten, Vizepräsidenten und Mitglieder der Hohen Behörde der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl, der Kommission der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, der Kommission der Europäischen Atomgemeinschaft und der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, die ehemaligen Präsidenten, Richter, Generalanwälte und Kanzler des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl und des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften, die ehemaligen Präsidenten, Mitglieder und Kanzler des

Gerichts erster Instanz der Europäischen Gemeinschaften sowie die ehemaligen Präsidenten und Mitglieder des Rechnungshofs der Europäischen Gemeinschaften, die Empfänger eines Ruhegehalts oder eines Ruhegehalts wegen Dienstunfähigkeit sind, vorbehaltlich des Artikels 4 Absatz 8 dieser Regelung;

14. die Empfänger von Hinterbliebenenbezügen infolge des Todes einer der unter den Nummern 11, 12 und 13 genannten Personen, vorbehaltlich des Artikels 4 Absatz 5 dieser Regelung;

15. die Bediensteten des Europäischen Zentrums für die Förderung der Berufsbildung sowie die in Artikel 38 Absätze 2, 3 und 4 der Verordnung (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 1859/76 genannten Personen, unter den darin vorgesehenen Voraussetzungen;

16. die Bediensteten der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die in Artikel 38 Absätze 2, 3 und 4 der Verordnung (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 1860/76 genannten Personen, unter den darin vorgesehenen Voraussetzungen;

17. die ehemaligen Beamten, die gemäß Artikel 1 Absatz 1 der Verordnung (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 1679/85 endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, unter den Voraussetzungen des Artikels 3 Absatz 6 dieser Verordnung;

18. die ehemaligen Beamten, die gemäß Artikel 1 Absatz 1 der Verordnung (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 3518/85 endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, unter den Voraussetzungen des Artikels 4 Absatz 6 dieser Verordnung;

19. die ehemaligen Bediensteten auf Zeit, die gemäß Artikel 1 der Verordnung (Euratom, EGKS, EWG) Nr. 2274/87 endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, unter den Voraussetzungen des Artikels 4 Absatz 6 dieser Verordnung;

20. die ehemaligen Beamten, die gemäß Artikel 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1857/89 endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, unter den Voraussetzungen des Artikels 6 Absatz 3 dieser Verordnung.

Artikel 3 Mitangeschlossene Personen

Durch die angeschlossene Person mitangeschlossen sind:

1. der Ehegatte, sofern dieser der Krankheitsfürsorge nicht selbst angeschlossen ist und
 - keine berufliche Erwerbstätigkeit ausübt oder
 - wenn er eine berufliche Erwerbstätigkeit ausübt oder Einkünfte aus einer früher ausgeübten Tätigkeit bezieht, aufgrund anderer Rechtsvorschriften gegen dieselben Risiken versichert ist und sein Jahreseinkommen aus gegenwärtiger oder früherer Berufstätigkeit vor Abzug der Steuern nicht mehr als das Jahresgrundgehalt eines Beamten der Besoldungsgruppe C5, Dienstaltersstufe 1 beträgt, auf das der Berichtigungskoeffizient für das Land angewandt wird, in dem der Ehegatte die Einkünfte aus seiner gegenwärtigen oder früheren Berufstätigkeit bezieht;

2. die unterhaltsberechtigten Kinder der angeschlossenen Person gemäß Anhang VII Artikel 2 des Statuts oder gemäß Anhang IV Artikel 7 der Verordnungen (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 1859/76 und Nr. 1860/76;

3. die den unterhaltsberechtigten Kindern der angeschlossenen Person gleichgestellten Personen gemäß Anhang VII Artikel 2 Absatz 4 des Statuts oder gemäß Anhang IV Artikel 7 Absatz 4 der Verordnungen (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 1859/76 und Nr. 1860/76, sofern sie nicht durch eine andere gesetzliche Krankenversicherung gesichert werden können;

4. der geschiedene Ehegatte einer angeschlossenen Person, sofern er bis zum Zeitpunkt der Scheidung gemäß Nummer 1 versichert war, das nicht mehr unterhaltsberechtignte Kind der angeschlossenen Person sowie die Person, die nicht mehr im Sinne des Absatzes 3 unterhaltsberechtigt ist, die nachweisen, daß sie sich nicht bei einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen können, vorbehaltlich des Artikels 4 Absatz 9 dieser Regelung.

Artikel 4

Leistungsanspruch bei dienstrechtlicher Sonderstellung

1. Abgeordnete Beamte ohne Bezüge im Sinne von Artikel 39 Buchstabe e des Statuts haben bis zu ihrer Entlassung von Amts wegen Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems, sofern sie den Beitrag, der nach dem aktualisierten Grundgehalt ihrer Besoldungsgruppe und ihrer Dienstaltersstufe gemäß Artikel 39 Buchstabe d des Statuts berechnet wird, in voller Höhe entrichten.

2. Beamte in Urlaub aus persönlichen Gründen gemäß Artikel 40 des Statuts, die nicht durch eine andere Person diesem Krankheitsfürsorgesystem mitangeschlossen sind, haben nur dann weiter Anspruch auf die Leistungen dieses Systems, wenn sie nachweislich nicht durch ein anderes öffentliches System versichert werden können und wenn sie die entsprechenden Beiträge im ersten Jahr des Urlaubs aus persönlichen Gründen zur Hälfte und während der restlichen Dauer dieses Urlaubs in voller Höhe entrichten; die Beiträge werden nach dem aktualisierten Grundgehalt des Beamten in seiner Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechnet.

3. Zum Wehrdienst beurlaubte Beamte gemäß Artikel 42 des Statuts haben keinen Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems; die durch sie mitangeschlossenen Personen haben darauf jedoch unter folgenden Voraussetzungen Anspruch:

- im Falle des Artikels 42 Absatz 2 des Statuts, ohne daß der Beamte einen Beitrag zu zahlen braucht;
- im Falle des Artikels 42 Absatz 3 des Statuts, sofern der Beamte seinen Beitrag entrichtet, der nach dem aktualisierten Grundgehalt seiner Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechnet wird.

4. Der Beitrag der Beamten, die den Anspruch auf ihre Dienstbezüge gemäß den Artikeln 60 und 88 des Statuts verwirken, wird nach dem aktualisierten Grundgehalt ihrer Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechnet.

5. Die Empfänger von Hinterbliebenenbezügen infolge des Todes einer der in Artikel 2 Nummern 3, 11, 12 und 13 dieser Regelung genannten Personen haben Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems, wenn sie ihren Beitrag entrichten, der nach dem Grundbetrag ihrer Hinterbliebenenbezüge berechnet wird, und wenn sie nicht durch ein anderes öffentliches System gegen die gleichen Risiken versichert werden können.

6. Zum Wehrdienst einberufene Bedienstete auf Zeit, deren Beschäftigungsverhältnis nicht gemäß Artikel 48 der Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten gekündigt worden ist, haben keinen Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems; die durch sie mitangeschlossenen Personen haben darauf jedoch Anspruch, wenn diese Bediensteten ihren Beitrag entrichten, der nach dem aktualisierten Grundgehalt ihrer Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechnet wird.

7. Die in Artikel 2 Nummer 12 dieser Regelung genannten Personen haben Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems, solange sie Anspruch auf das in der Regelung ihrer Amtsbezüge vorgesehene Übergangsgeld haben, und sofern sie den Beitrag entrichten, der nach dem Grundbetrag dieses Übergangsgeldes berechnet wird, und sie nicht durch ein anderes öffentliches System gegen die gleichen Risiken versichert werden können.

8. Die in Artikel 2 Nummer 13 dieser Regelung genannten Personen haben Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems, wenn sie ihren Beitrag entrichten, der nach dem Grundbetrag ihres Ruhegehalts berechnet wird, und sie nicht durch ein anderes öffentliches System gegen die gleichen Risiken versichert werden können.

9. Die in Artikel 3 Nummer 4 dieser Regelung genannten Personen gelangen als von der angeschlossenen Person mitversicherte Personen für einen Zeitraum von höchstens einem Jahr weiter in den Genuß der Krankheitsfürsorge gemäß dieser Regelung; für diesen Versicherungsschutz wird kein Beitrag erhoben. Der vorstehend genannte Zeitraum beginnt entweder an dem Tag, an dem die Scheidung rechtskräftig wird, oder an dem Tag, an dem die Eigenschaft als unterhaltsberechtigtes Kind oder als einem unterhaltsberechtigten Kind gleichgestellte Person endet.

Artikel 5 Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Krankenversicherung

Werden Beamte oder Bedienstete auf Zeit in einem Land beschäftigt, in dem sie aufgrund der Rechtsvorschriften dieses Landes Pflichtmitglied einer Krankenversicherung sind, so werden die dafür zu entrichtenden Beiträge von dem Organ, dem sie angehören, ganz aus Haushaltsmitteln gezahlt. In diesem Fall findet Artikel 6 Anwendung.

Artikel 6 Bestimmungen zur Durchführung von Artikel 72 Absatz 4 des Statuts

1. Hat eine angeschlossene Person oder eine durch sie mitangeschlossene Person Anspruch auf Kostenerstattung durch eine andere gesetzliche Krankenversicherung, so hat die angeschlossene Person

- dies der Abrechnungsstelle anzugeben;
- zunächst die Erstattung bei der anderen Krankenversicherung zu beantragen oder beantragen zu lassen;

- jedem Erstattungsantrag bei der Krankheitsfürsorge der Gemeinschaften eine Aufstellung der Erstattungen mit entsprechenden Belegen beizufügen, die die angeschlossene Person oder die durch sie mitangeschlossene Person von der anderen Krankenversicherung erhalten hat.

2. Übersteigt der Gesamtbetrag der Erstattungen, die eine angeschlossene Person oder eine durch sie mitangeschlossene Person erhalten könnte, die im Rahmen dieser Krankheitsfürsorge zu erstattenden Beträge, so wird der Unterschiedsbetrag von dem Betrag abgezogen, der aufgrund dieser Krankheitsfürsorge zu erstatten ist, jedoch mit Ausnahme der Erstattungsbeträge, die sie aufgrund einer privaten Zusatzkrankenversicherung erhalten hat, die zur Deckung des Teils der Kosten bestimmt ist, der von dieser Krankheitsfürsorge nicht erstattet wird.

Artikel 7

Ausschluß der Erstattung bestimmter Kosten

1. Ist bei einem Bediensteten auf Zeit aufgrund des Ergebnisses der Einstellungsuntersuchung die Erstattung bestimmter Kosten gemäß Artikel 28 Absatz 2 der Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten ausgeschlossen worden, so wird das Ergebnis dieser Untersuchung dem Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle mitgeteilt. Der Vertrauensarzt gibt der Abrechnungsstelle an, für welche Leistungen eine Kostenerstattung nicht erfolgt.

2. Nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Beginns des Beschäftigungsverhältnisses des Bediensteten auf Zeit, kann die Stelle, die zum Abschluß von

Dienstverträgen im Namen des Organs ermächtigt ist, dem der Betreffende angehört, die Verfügung über den Erstattungsausschluß jedoch aufheben, wenn nach Feststellung des Vertrauensarztes des Organs während dieses Zeitraums bei der Krankheit oder dem Gebrechen ein Rückfall nicht erfolgt ist bzw. außergewöhnliche Folgeerscheinungen nicht eingetreten sind.

Artikel 8 Sondererstattungen

1. Sind Kosten für ärztliche Leistungen entstanden, die die angeschlossene Person oder eine durch sie mitangeschlossene Person in einem Land mit besonders hohen ärztlichen Behandlungskosten in Anspruch genommen hat, und stellt der im Rahmen dieses Krankheitsfürsorgesystems nicht erstattete Teil der Kosten eine schwere finanzielle Belastung für die angeschlossene Person dar, so kann aufgrund einer Stellungnahme des Vertrauensarztes der zuständigen Abrechnungsstelle, in der die Kosten für ärztliche Leistungen beurteilt werden, entweder durch Verfügung der Anstellungsbehörde des Organs, dem die betreffende Person angehört, oder durch Verfügung der Abrechnungsstelle, wenn diese von der Anstellungsbehörde entsprechend ermächtigt worden ist, eine Sondererstattung gewährt werden.

Die Bestimmungen des Unterabsatzes 1 gelten nicht für Personen, die durch die zusätzliche Krankenversicherung gemäß Artikel 24 des Anhangs X des Statuts gesichert sind.

2. Übersteigt der nicht erstattete Teil der Kosten, die in den Anwendungsbereich der Tabellen im Anhang fallen und von der angeschlossenen Person für sich selbst und/oder die mitangeschlossenen Personen

aufgewandt worden sind, in einem Zeitraum von zwölf Monaten ein halbes durchschnittliches monatliches Grundgehalt oder Ruhegehalt bzw. bei angeschlossenen Personen gemäß Artikel 2 Nummern 3, 5, 6, 7, 8, 12, 17, 18, 19 und 20 dieser Regelung eine halbe durchschnittliche Vergütung, so wird die in Artikel 72 Absatz 3 des Statuts vorgesehene Sondererstattung wie folgt festgesetzt:

Der ein halbes durchschnittliches monatliches Grundgehalt oder Ruhegehalt oder eine halbe durchschnittliche Vergütung übersteigende nicht erstattete Teil der obengenannten Kosten wird mit folgenden Sätzen erstattet:

- 90 % bei angeschlossenen Personen ohne mitangeschlossene Personen;
- 100 % in den anderen Fällen.

3. Im Falle der in Artikel 4 Absätze 1, 2, 3, 4 und 6 dieser Regelung genannten angeschlossenen Personen, die einen Anspruch auf ein Gehalt nicht mehr haben, wird die Sondererstattung auf der Grundlage der Hälfte des letzten monatlichen Grundgehaltes berechnet; im Falle der in Artikel 2 Nummern 3, 5, 6 und 7 dieser Regelung genannten angeschlossenen Personen, die einen Anspruch auf eine Vergütung nicht mehr haben, wird die Sondererstattung auf der Grundlage der Hälfte der letzten monatlichen Vergütung berechnet.

4. Auf Antrag der angeschlossenen Person wird der Berichtigungskoeffizient ihres Dienstortes oder im Falle von Empfängern eines Ruhegehaltes oder einer Vergütung der Berichtigungskoeffizient ihres Wohnortes auf das Monatsgrundgehalt, das Ruhegehalt oder die Vergütungen im Sinne der Absätze 1, 2 und 3 angewandt.

5. Ein Beschluß über einen Antrag auf Sondererstattung wird gefaßt

- von der Anstellungsbehörde des Organs, dem der Antragsteller angehört, auf der Grundlage einer Stellungnahme der Abrechnungsstelle, die gemäß den vom Verwaltungsausschuß nach Anhörung des Ärztebeirats festgelegten allgemeinen Kriterien für die Beurteilung der Frage, ob die entstandenen Kosten als übermäßig hoch anzusehen sind, abgegeben wird,
- oder von der Abrechnungsstelle auf der Grundlage derselben Kriterien, falls sie von der Anstellungsbehörde dazu bestimmt wurde.

Artikel 9 **Freie Wahl des Arztes und der Krankenanstalt**

1. Den Krankheitsfürsorge-Berechtigten im Sinne dieser Regelung steht die Wahl des Arztes und der Krankenanstalt frei.

2. Die Organe bemühen sich, im Rahmen der Möglichkeiten mit den Vertretern der Ärzteschaft und/oder den zuständigen Behörden, Verbänden und Einrichtungen unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und etwaiger bereits bestehender Gebührenordnungen Abkommen über die für die Berechtigten geltenden Gebühren für ärztliche Leistungen, Nebenkosten und Krankenhausbehandlung zu schließen.

Artikel 10 **Bestattungskostenzuschuß**

Folgenden Personen wird ein Bestattungskostenzuschuß in Höhe des in Anhang I festgesetzten Betrages gezahlt:

- im Falle des Todes einer mitangeschlossenen Person oder im Falle eines totgeborenen Kindes: der angeschlossenen Person;
- im Falle des Todes der angeschlossenen Person: dem Ehegatten, den Kindern oder, falls keine vorhanden sind, jeder anderen Person, die nachweislich die Bestattungskosten getragen hat.

Artikel 11 Verfahren

1. Anträge auf vorherige Genehmigung

Kann die Erstattung aufgrund dieser Regelung nur nach vorheriger Genehmigung erfolgen, so trifft die Anstellungsbehörde oder die von ihr benannte Abrechnungsstelle ihre Verfügung nach folgendem Verfahren:

- a) Die angeschlossene Person reicht den Antrag auf vorherige Genehmigung mit einer Verordnung und/oder einem Kostenvoranschlag des behandelnden Arztes bei der Abrechnungsstelle ein; diese legt den Antrag gegebenenfalls dem Vertrauensarzt vor. In diesem Falle übermittelt der Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle seine Stellungnahme innerhalb einer Frist von zwei Wochen.
- b) Die Abrechnungsstelle entscheidet über den Antrag, wenn sie dazu befugt ist, oder übermittelt ihre Stellungnahme und gegebenenfalls die Stellungnahme des Vertrauensarztes der Anstellungsbehörde zur Entscheidung. Die angeschlossene Person wird von der Entscheidung unverzüglich unterrichtet.

c) Anträge auf Kostenerstattung für genehmigungspflichtige Leistungen werden nicht berücksichtigt, wenn die Genehmigung nicht vor Erbringung der Leistungen beantragt wurde. Eine Ausnahme kann in Fällen medizinisch begründeter Dringlichkeit gemacht werden, wenn die Dringlichkeit als solche vom Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle anerkannt wird.

2. Erstattungsanträge

Die Erstattungsanträge sind von den angeschlossenen Personen unter Verwendung einheitlicher Vordrucke mit den Originalbelegen bei den Abrechnungsstellen einzureichen; im Falle der in Artikel 6 dieser Regelung vorgesehenen Anträge auf ergänzende Erstattung ist eine Ausfertigung der quitierten Originalrechnung beizufügen.

3. Vorbehaltlich des Artikels 3 Absatz 4 dieser Regelung kann jedoch der geschiedene Ehegatte für sich selbst und gegebenenfalls für die Kinder, für die er das Sorgerecht besitzt, Anträge auf vorherige Genehmigung und auf Kostenerstattung unter denselben Voraussetzungen wie nach den Absätzen 1 und 2 des vorliegenden Artikels direkt einreichen.

Artikel 12 **Forderungsübergang**

Ist ein Unfall oder eine Krankheit von einem Dritten verschuldet worden, so gehen die Ansprüche des Betroffenen oder der nach ihm Anspruchsberechtigten an den haftenden Dritten gemäß Artikel 85 a des Statuts bis zur Höhe der sich aus dieser Regelung für die Gemeinschaften ergebenden Verpflichtungen ipso jure auf die Gemeinschaften über.

Artikel 13 **Verlust des Leistungsanspruchs**

1. Hat eine angeschlossene Person innerhalb des Zeitraums von zwölf Monaten, der auf das Kalenderhalbjahr folgt, in dem die Leistungen erbracht worden sind, für sich oder eine mitangeschlossene Person die Erstattung der dafür entstandenen Kosten nicht beantragt, so verliert sie ihren Leistungsanspruch; ordnungsgemäß nachgewiesene Fälle höherer Gewalt bleiben von dieser Vorschrift unberührt.

2. Die Anträge auf Sondererstattung gemäß Artikel 8, Absatz 2 sind innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, gerechnet vom Tage der Erstattung der Kosten der letzten Leistung, die in den betreffenden Zeitraum von zwölf Monaten fällt, einzureichen.

Artikel 14 **Rückforderung zuviel gezahlter Beträge**

Jeder ohne rechtlichen Grund gezahlte Betrag ist zurückzuerstatten, wenn der Berechtigte den Mangel des rechtlichen Grundes der Zahlung kannte oder der Mangel so offensichtlich war, daß er ihn hätte kennen müssen.

Artikel 15 **Betrug**

Eine angeschlossene Person, die für sich oder eine durch sie mitangeschlossene Person Leistungen erschlichen oder zu erschleichen versucht hat, verliert unbeschadet des Artikels 14 dieser Regelung automatisch den Anspruch auf diese Leistungen und kann disziplinarisch verfolgt werden.

Artikel 16 Beschwerdeweg und Rechtsschutz

1. Jeder Person, auf die diese Regelung Anwendung findet, steht der in den Artikeln 90 und 91 des Statuts bzw. im Falle der in Artikel 2 Nummern 15 und 16 dieser Regelung genannten angeschlossenen Personen der in den Artikeln 43 und 44 der Verordnungen (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 1859/76 und Nr. 1860/76 vorgesehene Beschwerde- und Rechtsweg offen.

2. Bevor die Anstellungsbehörde bzw. der Verwaltungsrat über eine Beschwerde gemäß Artikel 90 Absatz 2 des Statuts bzw. Artikel 43 Absatz 2 der Verordnungen (EGKS, EWG, Euratom) Nr. 1859/76 und Nr. 1860/76 entscheidet, ist die Stellungnahme des Verwaltungsausschusses einzuholen.

Dieser kann seinen Vorsitzenden beauftragen, zusätzliche Informationen einzuholen. Betrifft der Streitfall medizinische Fragen, so kann der Verwaltungsausschuß vor seiner Stellungnahme das Gutachten eines medizinischen Sachverständigen einholen. Die Kosten des Gutachtens gehen zu Lasten der gemeinsamen Krankheitsfürsorge. Der Verwaltungsausschuß muß sich innerhalb einer Frist von zwei Monaten, gerechnet vom Tage des Eingangs des Antrags auf Stellungnahme, äußern. Diese Stellungnahme wird gleichzeitig der Anstellungsbehörde und dem Beschwerdeführer übermittelt.

Gibt der Verwaltungsausschuß innerhalb dieser Frist eine Stellungnahme nicht ab, so kann die Anstellungsbehörde bzw. der Verwaltungsrat die Verfügung treffen.

KAPITEL II

ORGANISATION DER KRANKHEITSFÜRSORGE

Artikel 17 Organe

Die Verwaltung dieser Krankheitsfürsorge obliegt einem Verwaltungsausschuß, einem Zentralbüro, Abrechnungsstellen und einem Ärztebeirat.

Artikel 18 Verwaltungsausschuß

1. Der Verwaltungsausschuß besteht aus achtzehn Mitgliedern:

- vier Vertretern der Kommission, die von der Anstellungsbehörde ernannt werden,
- je einem Vertreter der übrigen Organe, der von der betreffenden Anstellungsbehörde ernannt wird,
- vier Vertretern des Personals der Kommission, die von der zentralen Personalvertretung dieses Organs ernannt werden,
- je einem Vertreter des Personals der übrigen Organe, der von der betreffenden Personalvertretung ernannt wird.

2. Es werden ferner achtzehn stellvertretende Mitglieder ernannt; für ihre Ernennung gelten die Bedingungen des Absatzes 1.

3. Die Mitglieder und die stellvertretenden Mitglieder werden für zwei Jahre ernannt. Wiederernennung ist zulässig.

4. Jedes Mitglied ist stimmberechtigt; im Falle der Abwesenheit ist das jeweilige stellvertretende Mitglied stimmberechtigt.

5. Der Verwaltungsausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung; er beschließt dabei mit der Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder.

In der Geschäftsordnung werden insbesondere geregelt:

- die Wahl des Vorsitzenden,
- die Organisation, die Einberufung und die Zeitfolge der Sitzungen,
- die etwaige Bestellung eines Ausschusses zur Vorbereitung der Sitzungen.

6. Dem Verwaltungsausschuß obliegt es,

- ~~- für die einheitliche Anwendung dieser Regelung zu sorgen und den Organen zu diesem Zweck geeignete Vorschläge und Empfehlungen zu unterbreiten,~~
- die Finanzlage der Krankheitsfürsorge zu prüfen und den Organen im Anschluß an diese Prüfung die für erforderlich erachteten Mitteilungen oder Vorschläge zu machen,
- einen eingehenden Jahresbericht über die Finanzlage der Krankheitsfürsorge zu erstellen und diesen Bericht jeweils vor dem 1. Juli den Organen sowie ihren Personalvertretungen vorzulegen,

- gegebenenfalls den Verwaltungen der Organe Bestimmungen zur Durchführung dieser Regelung und die für das reibungslose Funktionieren der Krankheitsfürsorge erforderlichen Maßnahmen vorzuschlagen oder zu empfehlen sowie Vorschläge über die Höhe der erforderlichen Betriebsmittel zu unterbreiten, die die einzelnen Abrechnungsstellen für die laufenden Geschäftsvorgänge benötigen,
- in den in dieser Regelung vorgesehenen Fällen Stellungnahmen abzugeben,
- gegebenenfalls zu allen Fragen Stellung zu nehmen, die unmittelbar oder mittelbar in den Anwendungsbereich der Statutsbestimmungen über die Krankheitsfürsorge gehören,
- insbesondere im Falle erheblicher Schwankungen der Krankheitskosten eine Stellungnahme zu der Höhe der vorgesehenen Beiträge und Leistungen abzugeben.

7. Die Beratungen des Verwaltungsausschusses sind geheim.

Artikel 19 Zentralbüro

1. Das Zentralbüro wird der Kommission zugeordnet.
2. Dem Zentralbüro obliegt es,
 - die Arbeiten der Abrechnungsstellen zu koordinieren und zu kontrollieren,
 - für die einheitliche Anwendung der Regeln für die Abwicklung der Erstattungen Sorge zu tragen,
 - die Sekretariatsgeschäfte des Verwaltungsausschusses zu erledigen,

- alle für das reibungslose Funktionieren dieser Krankheitsfürsorge erforderlichen statistischen Untersuchungen und Analysen durchzuführen, um dem Verwaltungsausschuß einen genauen Überblick über die Höhe, Verteilung und Entwicklung der gedeckten Risiken und die Abgabe der in Artikel 18 Absatz 6 Buchstabe g vorgesehenen Stellungnahme zu ermöglichen.

Artikel 20 Abrechnungsstellen

1. Die Kommission richtet die Abrechnungsstellen dort ein und löst sie gegebenenfalls wieder auf, wo sie es insbesondere nach Maßgabe der Beschäftigungsorte der Beamten für erforderlich erachtet.

Die Einrichtung oder Auflösung einer Abrechnungsstelle bei einem anderen Organ kann nur im Einvernehmen mit diesem Organ und nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses erfolgen.

2. Jeder Abrechnungsstelle werden Vertrauensärzte und Vertrauenszahnärzte beigegeben; ihnen obliegen die sich aus dieser Regelung ergebenden Aufgaben.

Der Vertrauensarzt einer Abrechnungsstelle kann nicht gleichzeitig Vertrauensarzt eines Organs sein.

3. Jeder Abrechnungsstelle obliegt es,

- die Erstattungsanträge, die von den bei diesen Abrechnungsstellen geführten angeschlossenen Personen eingereicht werden, entgegenzunehmen und abzuwickeln sowie die entsprechenden Zahlungen zu leisten,

- in den in dieser Regelung vorgesehenen Fällen und wenn vom Verwaltungsausschuß oder vom Zentralbüro Fragen medizinischer Art im Zusammenhang mit der Abwicklung von Erstattungen aufgeworfen werden, die Stellungnahme des Vertrauensarztes einzuholen, der gegebenenfalls eine Stellungnahme des Vertrauensarztes des betreffenden Organs anfordern kann,
- die Anträge auf vorherige Genehmigung zu prüfen und ihnen gegebenenfalls stattzugeben;
- die in dieser Regelung vorgesehenen Stellungnahmen abzugeben,
- die Sekretariatsgeschäfte der Vertrauensärzte zu erledigen.

4. Die in den Abrechnungstellen und im Zentralbüro tätigen Bediensteten sind hinsichtlich der Kosten bzw. der Unterlagen, von denen sie in Ausübung ihres Amtes Kenntnis erhalten, an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.

Sie unterliegen auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei diesen Abrechnungsstellen bzw. dem Zentralbüro weiterhin dieser Schweigepflicht.

Artikel 21 Eintragung

1. Die Krankheitsfürsorge-Berechtigten werden beim Zentralbüro und bei einer Abrechnungsstelle eingetragen.

2. Berechtigte, die in einem Land wohnhaft sind, in dem eine Abrechnungsstelle eingerichtet worden ist, werden grundsätzlich bei dieser Stelle eingetragen.

Berechtigte, die in einem Land wohnhaft sind, in dem eine Abrechnungsstelle nicht eingerichtet ist, werden bei einer vom Zentralbüro bezeichneten Abrechnungsstelle geführt.

.

Artikel 22 Ärztebeirat

Dem Verwaltungsausschuß steht ein Ärztebeirat zur Seite, dem je ein Vertrauensarzt der einzelnen Organe und die Vertrauensärzte der einzelnen Abrechnungsstellen angehören.

Der Ärztebeirat kann vom Verwaltungsausschuß oder dem Zentralbüro in allen Fragen medizinischer Art, die sich im Rahmen dieser Krankheitsfürsorge ergeben, zu Rate gezogen werden. Er tritt auf Antrag des Verwaltungsausschusses, des Zentralbüros oder eines der Vertrauensärzte der Abrechnungsstellen zusammen und gibt seine Stellungnahme innerhalb der ihm gesetzten Frist ab.

KAPITEL III

FINANZBESTIMMUNGEN

Artikel 23 **Beiträge**

1. Die Organe und sonstigen Einrichtungen überweisen der Kommission jeden Monat innerhalb von acht Tagen nach dem Auszahlungstermin der Dienstbezüge und Ruhegehälter bzw. der Vergütungen für die in Artikel 2 Nummern 3, 5, 6, 7, 8, 12, 17, 18, 19 und 20 dieser Regelung genannten angeschlossenen Personen ihre eigenen Beiträge sowie die Beiträge der angeschlossenen Personen.

2. Die Höhe der Beiträge der Organe und sonstigen Einrichtungen wird auf 3,40 % und die der angeschlossenen Personen auf 1,70 % der in Absatz 1 genannten Grundgehälter nach Artikel 66 des Statuts, Ruhegehälter und Vergütungen festgesetzt.

Artikel 24 **Anordnung und Kontrolle**

Die von den Abrechnungsstellen vorzunehmenden Zahlungen werden von der Kommission nach den Vorschriften der Haushaltsordnung für den Gesamthaushaltsplan der Europäischen Gemeinschaften angeordnet und kontrolliert.

Artikel 25 **Sonderkonto**

Die Kommission verbucht auf einem außerhalb der Haushaltskonten geführten Sonderkonto mit der Bezeichnung "Krankheitsfürsorge der Europäischen Gemeinschaften"

- die an sie überwiesenen Beiträge, aufgliedert auf die Unterkonten für die einzelnen Organe, und
- den Betrag der vorgenommenen Zahlungen, aufgliedert auf die vorgenannten Unterkonten entsprechend der Art der erteilten Behandlung, nach einem von der Kommission nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses aufgestellten Kontenplan.

Artikel 26

Vierteljahresübersichten über den Kassenstand

1. Die Kommission erstellt spätestens dreißig Tage nach Ablauf jedes Vierteljahres nach den vom Verwaltungsausschuß festgelegten Regeln für jedes Organ eine gegebenenfalls kumulierte Vierteljahresübersicht über den Kassenstand mit der Abschlußrechnung über die Einnahmen und Ausgaben im abgelaufenen Zeitraum sowie im vorhergehenden Haushaltsjahr bzw. in den vorhergehenden Haushaltsjahren.

2. Die nach Abrechnungsstellen gegliederten Vierteljahresübersichten über den Kassenstand, die eine Übersicht über deren Finanzlage enthalten, werden spätestens sechs Wochen nach dem Ende jedes Vierteljahres von der Kommission dem Verwaltungsausschuß und den übrigen Organen zugeleitet.

Artikel 27

Finanzielles Gleichgewicht

Die Erstattungen im Rahmen dieser Krankheitsfürsorge müssen für jeden Dreijahreszeitraum durch die von den Organen und den angeschlossenen Personen gezahlten Beiträge finanziell ausgeglichen werden.

Artikel 28 Defizit

1. Weist die Übersicht über die Finanzlage für sämtliche Organe ein Defizit aus, durch das das finanzielle Gleichgewicht dieser Krankheitsfürsorge gefährdet wird, so wird der Fehlbetrag aus den Überschüssen nach Artikel 29 gedeckt.

2. Reichen diese Überschüsse zur Deckung des Fehlbetrages nicht aus, so befaßt der Verwaltungsausschuß unverzüglich die Organe; die Organe beschließen nach Einholung einer Stellungnahme des Statutsbeirats über die Maßnahmen zur Wiederherstellung des finanziellen Gleichgewichts der gemeinsamen Krankheitsfürsorge.

Artikel 29 Überschüsse

1. Weist die Übersicht über die Finanzlage der Abrechnungsstellen einen Überschuß aus, so kann die Kommission diesen Überschuß auf einem außerhalb der Haushaltskonten geführten Sonderkonto mit der Bezeichnung "Überschüsse der Krankheitsfürsorge der Europäischen Gemeinschaften" verbuchen. Diese Überschüsse sind zur Deckung der Ausgaben im Falle einer Erhöhung der Aufwendungen für Krankheitsfälle bestimmt.

2. Die Kommission legt diese Überschüsse nach Einholung einer Stellungnahme des Verwaltungsausschusses unter Berücksichtigung der von den Abrechnungsstellen benötigten Betriebsmittel zu den günstigsten Bedingungen an.

Sie unterrichtet die übrigen Organe sowie den Verwaltungsausschuß alle sechs Monate über die Höhe der angelegten Mittel und die Anlagebedingungen. Die Zinsen aus den Anlagen werden dem Sonderkonto gemäß Artikel 25 gutgeschrieben.

3. Erreichen die innerhalb eines Dreijahreszeitraums gebildeten Überschüsse einen Betrag in Höhe von 20% des arithmetischen Mittels sämtlicher Ausgaben dieses Zeitraums, so prüfen die Organe nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses und des Statutsbeirats, ob es angebracht ist, die Beiträge der Organe und der angeschlossenen Personen zu senken.

4. Die Überschüsse der Abrechnungsstellen werden unter dem Posten "Krankheitsfürsorge der Europäischen Gemeinschaften" auf der Passivseite der Übersicht über das Vermögen und die Schulden der Kommission geführt.

KAPITEL IV

SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Artikel 30 **Änderung**

1. Diese Regelung kann auf Vorschlag eines Organs oder einer Personalvertretung unter den in Artikel 72 Absatz 1 des Statuts vorgesehenen Bedingungen geändert werden.
2. Zu jedem Vorschlag zur Änderung dieser Regelung gibt der Verwaltungsausschuß eine Stellungnahme ab.

Artikel 31

Die zuletzt mit Wirkung vom 1. Juni 1984 geänderte Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften wird aufgehoben.

Artikel 32

Diese Regelung tritt am ersten Tage des Monats in Kraft, der auf den Monat folgt, in welchem das in Artikel 72 Absatz 1 des Statuts vorgesehene gegenseitige Einvernehmen der Organe vom Präsidenten des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften festgestellt worden ist.

Sie gilt ab dem 1. Januar 1986. (1)

(1) Die Artikel 2, 3, 4, 8 und 23, der Anhang I, Abschnitte III, IV, VI, IX, X, XI, XII, XIV und XV, der Anhang III, und der neue Anhang IV gelten in ihrer am 05/12/90 geänderten bzw. hinzugefügten Fassung ab 01/01/91

VORSCHRIFTEN FÜR DIE ERSTATTUNG DER KRANKHEITSKOSTEN

Die Erstattung der Krankheitskosten erfolgt im Rahmen der nachstehend festgelegten Grenzen und Bedingungen.

I. BERATUNGEN UND BESUCHE

Die Honorare für Beratungen und Besuche werden mit einem Satz von 85%, jedoch höchstens bis zu folgenden Beträgen erstattet:

- 1) Praktische Ärzte
 - a) Beratungen in der Sprechstunde des Arztes: BFR 682
 - b) Hausbesuch: BFR 710
 - c) Nachtbesuch, Sonn- und Feiertagsbesuch, dringender Besuch, jeweils nach den örtlich geltenden Begriffsbestimmungen: BFR 1 143

- 2) Fachärzte
 - a) Beratungen in der Sprechstunde des Arztes: BFR 1 072
 - b) Hausbesuch: BFR 1 470
 - c) Nachtbesuch, Sonn- und Feiertagsbesuch, dringender Besuch, jeweils nach den örtlich geltenden Begriffsbestimmungen: BFR 1 565

- 3) Psychologische Untersuchung im Rahmen einer ärztlichen Behandlung: BFR 4 045

Ist der Arzt berechtigt, außer seinem Honorar auch eine Entschädigung für die ihm bei Hausbesuchen entstehenden Fahrkosten zu verlangen, oder muß der Berechtigte einen Arzt in Anspruch nehmen, der nicht am Dienstort, Wohnort oder Aufenthaltsort des Berechtigten wohnhaft ist, so werden die Fahrkosten bis zu einer Entfernung von 10 Doppelkilometern mit einem Satz von 85% erstattet.

II. CHIRURGISCHE EINGRIFFE

Kosten für chirurgische Eingriffe werden mit einem Satz von 85%, jedoch höchstens bis zu folgenden Höchstbeträgen je Einzelfall erstattet:

BFR 11 390 für Eingriffe der Kategorie AA,
BFR 22 780 für Eingriffe der Kategorie AB,
BFR 26 180 für Eingriffe der Kategorie B,
BFR 75 616 für Eingriffe der Kategorie C,
BFR 99 080 für Eingriffe der Kategorie D.

Anhang II enthält eine Übersicht über die nach Kategorien gegliederten chirurgischen Eingriffe.

Ein in diesem Verzeichnis nicht aufgeführter Eingriff wird einem darin aufgeführten, nach Ansicht des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle mit dem betreffenden Eingriff vergleichbaren Eingriff gleichgestellt.

Für plastische Operationen ist nach Stellungnahme des Vertrauensarztes eine vorherige Genehmigung der Abrechnungsstelle erforderlich.

Die Kosten für plastische Operationen, die als reine Schönheitsoperationen angesehen werden, werden nicht erstattet.

Die Operationskosten umfassen nur die Chirurgenhonorare; die Kosten für Anästhesie, Operationssaal- und Gipssaalbenutzung sowie für Verbandsmittel und die sonstigen Nebenkosten bei chirurgischen Eingriffen aller Kategorien werden mit einem Satz von 85% bis zu den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Höchstsätzen erstattet.

Bei sehr großen chirurgischen Eingriffen werden die entstandenen Kosten nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle mit einem Satz von 85% erstattet.

III. KRANKENHAUSBEHANDLUNG

1. Die Aufenthaltskosten werden bei chirurgischen Eingriffen oder bei Krankenhausbehandlung wegen Krankheit mit einem Satz von 85%, jedoch höchstens bis zu einem Betrag von 4 127 BFR bzw. 3 459 BFR je Tag erstattet.

Die Aufenthaltskosten umfassen die Kosten für Unterbringung, Bedienung und Steuern.

2. Die Kosten für chirurgische Eingriffe im Sinne des Abschnitts II, die Kosten für die Operationssaal- und die Gipssaalbenutzung sowie für Verbandmittel und die sonstigen, bei chirurgischen Eingriffen entstehenden Nebenkosten aller Art, die Arzthonorare für Besuche und Beratungen sowie die Kosten für Analysen und Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Arzneimittel und sonstige Leistungen zu diagnostischen Zwecken oder zu Behandlungszwecken werden nach Maßgabe der Bestimmungen über die Erstattung der einzelnen Kostenkategorien getrennt erstattet. Umfaßt bei einer Krankenanstalt der Tagespauschalsatz für die Krankenhausbehandlung die Aufenthaltskosten gemäß Nummer 1 Absatz 2 und alle oder einige der vorstehend aufgezählten Kosten, so erfolgt die Erstattung mit einem Satz von 85%.

3. In Ausnahmefällen kann nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle eine Erstattung von 85% mit einem Höchstbetrag von 1 535 BFR je Tag für die Aufenthaltskosten eines Familienmitglieds gewährt werden, das auf Anordnung des behandelnden Arztes einen stationär behandelten Berechtigten begleitet, der in Anbetracht seines Alters und/oder der Art seiner Krankheit der besonderen Pflege durch ein Familienmitglied bedarf.

4. Der Aufenthalt in einer Einrichtung, die nicht über eine interdisziplinäre medizinisch-technische und logistische Infrastruktur mit einem ärztlichen und pflegerischen Personalbestand im Umfang von mindestens 10% der Patientenzahl verfügt, gilt nicht als Krankenhausbehandlung.

Die Kosten für den Aufenthalt in einer derartigen behördlich anerkannten Pflege- und/oder Erholungseinrichtung mit einer alten- und/oder behindertengerechten ärztlichen und pflegerischen Infrastruktur werden mit einem Satz von 85%, höchstens jedoch bis zu einem Betrag von 815 BFR pro Tag erstattet; Voraussetzung ist eine befürwortende Stellungnahme des Vertrauensarztes auf der Grundlage eines periodischen ausführlichen Berichts des behandelnden Arztes zum Nachweis der Notwendigkeit des Aufenthalts.

Aufenthaltskosten, die über einen Betrag von 960 BFR pro Tag hinausgehen, werden weder bei der Berechnung gemäß Artikel 8 noch bei einer eventuellen Anwendung der Bestimmungen von Abschnitt IV dieses Anhangs berücksichtigt.

Die in einer derartigen Einrichtung anfallenden eigentlichen Behandlungskosten sind gesondert in Rechnung zu stellen und werden nach Maßgabe dieser Regelung erstattet.

IV. SONDERFÄLLE

1. Bei Tuberkulose, Kinderlähmung, Krebs, Geisteskrankheiten und anderen, von der Anstellungsbehörde als vergleichbar schwer anerkannten Krankheiten werden die Kosten mit einem Satz von 100% erstattet.

In jedem dieser Fälle dürfen jedoch die Erstattungsbeträge für die in Abschnitt VI Nummer 1 Absatz 2, in Abschnitt XI Nummer 1 Buchstabe a, in Abschnitt XII E und F, in Anhang III A und B Nummer 2 und 3 sowie in Anhang IV Abschnitt B Nummer 2 genannten Leistungen das Doppelte der dort vorgesehenen Höchstbeträge nicht überschreiten.

Die Erstattungsbeträge für die in Abschnitt III Nummer 3, in Abschnitt VI Nummer 3, in Abschnitt VIII Absatz 1 und 4, in Abschnitt X, in Abschnitt XI Nummer 1 Buchstabe b, in Abschnitt XII B sowie in Anhang III B Nummer 1 genannten Leistungen dürfen die in der Regelung vorgesehenen Höchstbeträge nicht überschreiten.

Der Antrag auf die in Unterabsatz 1 genannte Anerkennung ist zusammen mit dem Bericht des behandelnden Arztes bei der Abrechnungsstelle einzureichen.

Die Entscheidung wird von der Anstellungsbehörde oder von der zuständigen Abrechnungsstelle, sofern sie hierzu von der Anstellungsbehörde befugt worden ist, nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle unter Berücksichtigung der vom Ärztebeirat festgelegten allgemeinen Kriterien getroffen.

Die vorgesehenen Erstattungen von 100% gelten nicht für Berufskrankheiten oder Unfälle, bei denen Artikel 73 des Statuts zur Anwendung gelangte.

2. Die Kosten der Untersuchungen zur Früherkennung, die von den von der Kommission anerkannten Zentren organisiert oder durchgeführt werden, werden mit einem Satz von 100% erstattet.

V. ARZNEIMITTEL

Die Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel werden mit einem Satz von 85% erstattet. Die Kosten für Arzneimittel, die aufgrund eines auf dem Rezept vorgesehenen Wiederholungsvermerks innerhalb von sechs Monaten nach dem Tage der Ausstellung des Rezepts gekauft werden, werden ebenfalls mit einem Satz von 85% erstattet.

Mineralwasser, tonische Weine und Liköre, Säuglingsnahrung, Haarpflegemittel, Schönheitsmittel, diätetische Nahrungsmittel, Körperpflegemittel, Irrigatoren, Thermometer, Kräutertees, Heilkräuter sowie ähnliche Erzeugnisse und Geräte gelten nicht als Arzneimittel.

Entstehen einer angeschlossenen Person durch Diätmaßnahmen infolge eines pathologischen Zustands eines Säuglings oder eines Kindes jedoch zusätzliche Kosten, so werden diese zu den in Absatz 1 vorgesehenen Bedingungen erstattet, sofern sie den Kauf diätetischer Nahrungsmittel betreffen, die in diesem Fall einem lebensnotwendigen Medikament gleichgestellt werden können.

VI. ZAHNBEHANDLUNG, ZAHNERSATZ UND ZAHNREGULIERUNG

1. Die Kosten für Zahnbehandlung wie Füllung, Extraktion, Apektomie, Frenektomie, Zahnsteinentfernung und Röntgen werden nach den Sätzen in Anhang III A erstattet. In der Aufstellung in Anhang III A nicht erfaßte Zahnbehandlungen werden nach Stellungnahme des Vertrauensarztes mit einem Satz von 80% erstattet.

Die Kosten einer Parodontosebehandlung werden nach vorheriger Genehmigung, die nach Stellungnahme des Vertrauensarztes erteilt wird, mit einem Satz von 80%, höchstens jedoch bis zu einem Betrag von 12 000 BFR je Sextant erstattet.

2. Die Kosten für Zahnersatz werden nach Anhang III B erstattet.

3. Die Kosten für Zahnregulierungen, die, gegebenenfalls nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes der Abrechnungsstelle, auf der Grundlage eines Kostenvoranschlags des behandelnden Arztes vorher genehmigt worden sind, werden mit einem Satz von 80%, höchstens jedoch bis zu einem Betrag von 79 500 BFR für jedes unterhaltsberechtigte Kind erstattet. Dieser Betrag entspricht den Gesamtbehandlungskosten für ein Gebiß. Bei Beginn der Behandlung darf das Kind höchstens 18 Jahre alt sein.

In Ausnahmefällen können die Kosten einer zweiten Behandlung erstattet werden, sofern dafür nach Stellungnahme des Vertrauensarztes oder des Vertrauenszahnarztes auf der Grundlage eines Kostenvoranschlags und eines ausführlichen Gutachtens des behandelnden Zahnarztes, in dem die zwingende Notwendigkeit der Behandlung begründet wird, eine vorherige Genehmigung erteilt wurde.

VII. RÖNTGENUNTERSUCHUNGEN, ANALYSEN, LABORUNTERSUCHUNGEN UND SONSTIGE DIAGNOSTISCHE MITTEL

Diese Kosten werden mit einem Satz von 85% erstattet.

VIII. ENTBINDUNGEN

Bei normal verlaufenden Entbindungen werden die Arzt- und Hebammenkosten sowie die Kosten für eine Narkose mit einem Satz von 100%, jedoch höchstens bis zu einem Betrag von BFR 26 800 erstattet.

Die Kosten für die Benutzung des Entbindungssaales und die Heilgymnastik-kosten sowie die Kosten für alle anderen unmittelbar mit der Entbindung, zusammenhängenden Leistungen werden mit einem Satz von 100% gesondert erstattet.

Bei Zwillingsentbindungen erhöht sich der erstattungsfähige Höchstbetrag um 50%. Bei erschwerten Entbindungen, die besondere geburtshilfliche Leistungen, einen chirurgischen Eingriff oder eine längere Krankenhausbehandlung wegen einer als Folge der Entbindung oder des Wochenbetts entstandenen Krankheit notwendig machen, werden die oben erwähnten Kosten gegebenenfalls nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle, nach den für chirurgische Eingriffe, Krankenhausbehandlung und Sonderfälle vorgesehenen Sätzen bis zu einem Höchstsatz von 100% erstattet.

Bei jeder Entbindung werden die Kosten eines Aufenthalts in einer Krankenanstalt gemäß Abschnitt III bis zu einem Betrag von BFR 4.556 je Tag erstattet; außer im Fall von Entbindungen mit Komplikationen werden die Kosten eines Krankenhausaufenthalts nur bis zu zehn Tagen erstattet. Bei Hausentbindungen übernimmt die Krankheitsfürsorge 100% der Kosten für eine Krankenschwester für die Dauer von zehn Tagen; im Falle von Entbindungen, bei denen Komplikationen eintreten, werden die Kosten auch über diese Zeit hinaus übernommen.

Der Begriff "erschwerte Entbindungen, die besondere geburtshilfliche Leistungen notwendig machen" umfaßt alle medizinisch gesehen nicht normal verlaufenden Entbindungen.

IX. PHYSIOTHERAPIE, KINESITHERAPIE UND ÄHNLICHE BEHANDLUNGEN; GERÄTE FÜR HEILBEHANDLUNGEN

1. Die Kosten für die in Anhang IV A und B aufgeführten, vom behandelnden Arzt (bzw. bei psychotherapeutischen und ähnlichen Behandlungen von einem Psychiater, Neuropsychiater oder Neurologen) verordneten Behandlungen werden mit einem Satz von 80% erstattet, sofern sie von einer dazu beruflich qualifizierten Person durchgeführt werden. Anhang IV legt ferner die Höchstzahl der Sitzungen fest, die in einem Zeitraum von zwölf Monaten jeweils erstattet werden können. In Ausnahmefällen und auf Vorlage einer entsprechend begründeten ärztlichen Bescheinigung kann die Erstattung auch für eine größere Zahl von Sitzungen gewährt werden.

Für alle in Anhang IV B aufgeführten Behandlungen ist außerdem eine vorherige Genehmigung nach Stellungnahme des Vertrauensarztes einzuholen.

2. Die Kosten der Geräte für Heilbehandlungen werden nach vorheriger Genehmigung mit einem Satz von 80% erstattet.

X. LEISTUNGEN DURCH MEDIZINISCHES HILFSPERSONAL UND KRANKENPFLEGE

1. Die Kosten für Leistungen durch medizinisches Hilfspersonal werden mit einem Satz von 80% erstattet, sofern sie vom behandelnden Arzt verordnet und von einer zur Ausübung des Berufs berechtigten Person erbracht worden sind.

2. a) Die Kosten für die vom behandelnden Arzt verordnete postoperative Pflege in der Krankenanstalt werden nach vorheriger Genehmigung aufgrund einer Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle mit einem Satz von 80%, jedoch höchstens bis zu 2 415 BFR je Tages- oder Nachtpflege und 3 459 BFR je Pflege von 24 Stunden erstattet.

2. b) Die Kosten für die nach einer Krankenhausbehandlung erforderliche, vom behandelnden Arzt verordnete Hauspflege werden nach vorheriger Genehmigung aufgrund einer Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle mit einem Satz von 80%, jedoch höchstens bis zu 2 415 BFR je Tages- oder Nachtpflege und für eine Höchstdauer von 45 Tagen erstattet; in vom behandelnden Arzt entsprechend begründeten Fällen und nach vorheriger Genehmigung aufgrund einer Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle kann eine Verlängerung um höchstens weitere 45 Tage unter Beibehaltung der genannten Höchstbeträge für Tag- und Nachtpflege gewährt werden. Der erstattungsfähige Höchstbetrag für Hauspflege je 24 Stunden wird auf 3 000 BFR festgesetzt.

2. c) Die Kosten für Hauspflegepersonal, das auf entsprechend begründete Verordnung des behandelnden Arztes hinzugezogen wurde, werden nach vorheriger Genehmigung aufgrund einer Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle mit einem Satz von 80%, jedoch höchstens bis zu 2 415 BFR je Pflege von 24 Stunden und für eine Höchstdauer von 90 Tagen erstattet.

2. d) Sind Krankenpflegeleistungen für eine längere als die unter b bzw. c genannte Dauer erforderlich, so kann auf entsprechend begründete Verordnung des behandelnden Arztes und nach vorheriger Genehmigung aufgrund einer Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle ein monatlicher Pauschalbetrag für diese Leistungen gewährt werden. Eine Verlängerung um höchstens 12 Monate ist zulässig und kann nötigenfalls erneut gewährt werden. Der erstattungsfähige Höchstbetrag wird auf 80% der

verauslagten Kosten festgesetzt; allerdings darf dieser Betrag das Grundgehalt eines Beamten der Besoldungsgruppe C 5 Dienstaltersstufe 1 (nach der zum Zeitpunkt des Beschlusses geltenden Gehaltstabelle) abzüglich eines Betrags in Höhe von 10% des Grund- oder Ruhegehalts der angeschlossenen Person bzw. ihrer Vergütung in Fällen gemäß Artikel 2 Nummern 3, 5, 6, 7, 8, 12, 17, 18, 19 und 20 dieser Regelung nicht übersteigen.

2. e) Die Krankenpflegeleistungen müssen von einer zur Ausübung des entsprechenden Berufs berechtigten Person erbracht werden.

2. f) Die Kosten für Anfahrt, Verpflegung und Unterbringung des Pflegepersonals sowie alle sonstigen zusätzlichen Kosten werden nicht erstattet.

XI. KURAUENTHALTE

1. Die Aufenthaltskosten - mit Ausnahme der Verpflegungskosten - für einen vom behandelnden Arzt verordneten, vom Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle als unbedingt erforderlich anerkannten und nach vorheriger Genehmigung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführten Kuraufenthalt werden mit einem Satz von 80% bei folgenden Höchstsätzen erstattet:

a) Genesungskuren oder postoperative Kuren für einen Zeitraum von höchstens achtundzwanzig Tagen pro Jahr: 1 176 BFR je Tag; bei Rückfall oder Neuerkrankung ist eine erneute Genehmigung möglich.

b) Badekuren für einen Zeitraum von höchstens einundzwanzig Tagen pro Jahr: 815 BFR je Tag; die Unterbringungskosten für diese Kuren können keinesfalls als Krankenhausbehandlungskosten angesehen werden.

c) Kuren für schwächliche Kinder: 1 176 BFR je Tag; abgesehen von Ausnahmefällen werden die Kosten nur für Kinder bis zu 16 Jahren und für einen Zeitraum von höchstens sechs Wochen pro Jahr erstattet.

Mit Ausnahme der Kuren gemäß Buchstabe a müssen die Anträge auf Genehmigung einer Kur der Abrechnungsstelle mindestens sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Beginn der Kur vorliegen.

Dem Antrag sind für den Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle die ärztliche Verordnung sowie ein ausführliches ärztliches Gutachten zur Begründung der Notwendigkeit der Kur beizufügen.

Dem Antrag auf Erstattung der Kosten für Aufenthalt - ausgenommen Verpflegungskosten -, Behandlung und ärztliche Überwachung während der Kur ist für den Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle ein ärztlicher Bericht über die Behandlung und das Ergebnis beizufügen.

2. Die Kosten für Behandlung und ärztliche Überwachung während der Kur werden im Rahmen der für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Sätze und Höchstbeträge erstattet.

XII. ÄRZTLICH VERORDNETE PROTHETISCHE APPARATE

A. Brillengläser

1. Die Kosten für ärztlich verordnete Brillengläser zur Korrektur von Sehfehlern werden mit einem Satz von 85% erstattet. Die Kosten für ein Paar nicht korrigierende getönte Brillengläser A (12% Tönung), ausgenommen reine Sonnenschutzgläser, werden ebenfalls mit einem Satz von 85% erstattet.

2. Die Kosten zur Erneuerung der Brillengläser gemäß Nummer 1 werden frühestens achtzehn Monate (zwölf Monate bei Kindern bis zu 18 Jahren) nach dem Tag des letzten Erwerbs erneut erstattet; bei einer ärztlich festgestellten Änderung des Sehvermögens entfällt diese Beschränkung.

B. Brillengestelle

Die Kosten für ein Gestell für je ein Paar Gläser zur Korrektur von Sehfehlern und eines Gestells für nicht korrigierende getönte Gläser A (12% Tönung) werden mit einem Satz von 85%, jedoch höchstens bis zu einem Betrag von 2 560 BFR für jedes Gestell erstattet.

2. Die Kosten für Erneuerung der Gestelle gemäß Nummer 1 werden frühestens sechsunddreißig Monate (zwölf Monate bei Kindern bis zu 18 Jahren) nach dem Tag des letzten Erwerbs erneut erstattet.

3. Die Kosten für Reparaturen an Brillengestellen sind erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen für die Erneuerung der Gestelle erfüllt sind; die erstatteten Reparaturkosten werden bei Neukauf eines Brillengestells im gleichen Zeitraum von dem dann zu erstattenden Höchstbetrag abgezogen.

C. Kontaktlinsen

Die Kosten für Kontaktlinsen werden mit einem Satz von 85% erstattet, wenn sie von einem Augenarzt verordnet worden sind.

2. Im Falle der Erneuerung werden die Kosten frühestens vierundzwanzig Monate nach dem Tag des letzten Erwerbs erneut mit einem Satz von 85% erstattet; bei einer ärztlich festgestellten Änderung des Sehvermögens entfällt diese Beschränkung.

D. Künstliche Augen

Die Kosten für künstliche Augen werden mit einem Satz von 85% erstattet.

E. Hörgeräte

1. Die Kosten für ein von einem Hals-Nasen-Ohrenarzt verordnetes Hörgerät sowie die Reparaturkosten werden mit einem Satz von 85% jedoch höchstens bis zu einem Betrag von 37 250 BFR erstattet.

2. Außer bei einer Änderung des Hörvermögens und auf Verordnung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes wird im Falle der Erneuerung die Erstattung nach Nummer 1 erst nach fünf Jahren gewährt.

3. Die Kosten der Batterien für ein Hörgerät werden mit einem Satz von 85% erstattet.

F. Orthopädisches Material, Bandagen und sonstige Prothesen

Die Kosten für die Anschaffung oder Miete der folgenden ärztlich verordneten Hilfsmittel sowie die Reparaturkosten für die in den Nummern 3 und 4 genannten Hilfsmittel werden mit einem Satz von 85% erstattet:

1. Maßgefertigte orthopädische Schuhe und orthopädische Einlagen (2 Paar innerhalb von zwölf Monaten) mit einem erstattungsfähigen Höchstbetrag von 14 510 BFR je Paar Schuhe.

2. Elastische Bandagen - Krampfaderstrümpfe (3 Paar innerhalb von zwölf Monaten); - Sonstiges: zB. Schwangerschaftsgürtel, Kniebandagen, Knöchelbandagen, Leibbinden.

3. Gliedmaße und Gliedmaßeanteile, Krücken und Stöcke.

4. Rollstühle und ähnliche Hilfsmittel nach Vorlage eines Kostenvoranschlags.

Für den Erwerb orthopädischer Schuhe und der unter Nummer 4 aufgeführten Hilfsmittel ist jedoch eine vorherige Genehmigung nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle erforderlich; dem Antrag auf vorherige Genehmigung für orthopädische Schuhe ist ein Kostenvoranschlag beizufügen.

XIII. TRANSPORT- UND REISEKOSTEN

1. Die Kosten für den Transport des Kranken können mit einem Satz von 80% der tatsächlich entstandenen Kosten, gegebenenfalls nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle, erstattet werden, wenn dieser Transport dringend oder unbedingt notwendig war.

2. Die Reisekosten bei einer etwaigen Behandlung außerhalb des Ortes der dienstlichen Verwendung bzw. des Wohnortes werden nur ausnahmsweise nach vorheriger Genehmigung und nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle erstattet.

XIV. BESTATTUNGSKOSTEN

Die in Artikel 10 der Regelung vorgesehenen Bestattungskosten werden auf Vorlage der entsprechenden Belege bis zu einem Höchstbetrag von 94 000 BFR erstattet.

Über den Höchstbetrag von 94 000 BFR hinausgehende Kosten werden bei der Berechnung gemäß Artikel 8 der Regelung nicht berücksichtigt.

XV. GEMEINSAME VORSCHRIFTEN FÜR DIE KOSTENERSTATTUNG BEI DEN VERSCHIEDENEN LEISTUNGEN

1. Die folgenden Vorschriften gelten für die Erstattung der in den Abschnitten I bis XIII aufgeführten Krankheitskosten.

2. Die Kosten für die in den Anhängen nicht vorgesehenen Leistungen können nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle mit einem Satz von 80% erstattet werden. Nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses können jedoch für jeden Einzelfall Erstattungshöchstbeträge festgesetzt werden.

3. Die Kosten für Behandlungen, die nach Ansicht der Abrechnungsstelle nach Stellungnahme des Vertrauensarztes nicht funktionell bzw. nicht notwendig sind, sind nicht erstattungsfähig.

Der Teil der Kosten, der nach Ansicht der Abrechnungsstelle nach Stellungnahme des Vertrauensarztes über den normalen Rahmen hinausgeht, ist nicht erstattungsfähig.

4. Die Kosten für Beratungen durch medizinische Kapazitäten werden, wenn sie vom Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle als notwendig anerkannt sind, mit einem Satz von 85%, jedoch höchstens bis zum dreifachen Höchstsatz für Beratungen durch Fachärzte erstattet.

Die Kosten für den ersten Eilbesuch (Hausbesuch) einer medizinischen Kapazität werden mit einem Satz von 85% erstattet.

Weitere Hausbesuche nach dem ersten Eilbesuch werden nach vorheriger Genehmigung aufgrund einer Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle mit einem Satz von 85%, jedoch höchstens bis zum dreifachen Betrag, des für Hausbesuche von Fachärzten vorgesehenen Höchstsatzes erstattet.

**VERZEICHNIS DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE
(nach Kategorien gegliedert)**

**A. KATEGORIE AA
(Erstattungsfähiger Höchstbetrag: BFR 11 390)**

AA.1 - Chirurgie

1. Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses, eines Furunkels oder subkutanen Panaritiums
2. Eröffnung mehrerer oberflächlicher Abszesse oder mehrerer Furunkel
3. Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheiden-Panaritiums, einschließlich Drainage
4. Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses
5. Eröffnung eines Douglas-Abszesses
6. Eröffnung einer Weichteil-Phlegmone oder Exzision eines Karbunkels
7. Entfernung eines oberflächlichen, unter der Haut oder unter der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers
8. Exzision einer kleineren in oder unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst oder Probeexzision einer solchen Geschwulst aus oberflächlichen Körperteilen (z.B. Lippen, Haut, Schleimhaut)
9. Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglien, Neurome, Lymphdrüsen, Faszien-
geschwulst) ohne Eröffnung von
Körperhöhlen

10. Verödung von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten durch Einspritzungen oder Ligatur von Hämorrhoiden
11. Chirurgischer Eingriff bei einem Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk
12. Osteotomie eines kleineren Knochens oder Probeausmeißelung eines Knochens
13. Knochenspan-Entnahme
14. Einrichtung eines gebrochenen Nasenbeins
15. Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens
16. Einrichtung eines gebrochenen Schlüsselbeins
17. Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder Brustbeins
18. Einrichtung eines gebrochenen Oberarms
19. Einrichtung eines gebrochenen Unterarms
20. Einrichtung eines einfachen Beckenbruchs
21. Einrichtung eines Finger-, Zehen-, Handwurzel-, Fußwurzel-, Mittelhand- oder Mittelfußbruchs
22. Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe
23. Einrichtung eines gebrochenen Unterschenkels (Schienbein und/oder Wadenbein)
24. Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung aus einem Knochen
25. Einrenkung einer Luxation des Unterkiefers
26. Einrenkung einer Luxation des Schlüsselbeins oder der Kniescheibe

27. Einrenkung einer Luxation des Ellenbogen- oder Kniegelenks
28. Einrenkung einer Luxation des Daumengelenks
29. Einrenkung einer Luxation eines Finger- oder Zehengelenks
30. Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe
31. Teilweise oder vollständige Amputation eines Fingers oder einer Zehe
32. Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens
33. Tracheotomie
34. Zurückbringung oder Versuch der Zurückbringung eines eingeklemmten Bruchs
35. Operation eines Afterrisses oder Mastdarrrisses
36. Operation einer Mastdarmpfistel
37. Zurückbringung eines Mastdarmvorfalls
38. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Mastdarm vom After aus
39. Operation einer Phimose
40. Dehnung der Harnröhre
41. Entfernung eines Polypen in der Harnröhre
42. Unblutige Entfernung eines Fremdkörpers aus der Harnröhre
43. Punktion der Harnblase

44. Vasektomie

AA. 2 - Augenheilkunde

1. Entfernung eines Fremdkörpers aus der Bindehaut, der Hornhaut oder der Lederhaut
2. Entfernung einer Geschwulst aus einem Lid, aus der Bindehaut oder aus der Lederhaut
3. Ausschälung eines Hagelkorns
4. Schlitzen eines Tränenröhrchens
5. Behandlung der Striktur eines Tränenkanals
6. Operation einer Tränensackphlegmone
7. Tränensackentfernung
8. Operation einer Tränendrüse
9. Operation einer verengten oder ,erweiterten Lidspalte
10. Operation eines auswärts- oder einwärtsgewendeten Augenlids
11. Laserbehandlung

AA. 3 - Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

1. Entfernung eines Fremdkörpers
2. Entfernung leicht zu operierender Nasenpolypen oder anderer Geschwülste der Nase
3. Eröffnung einer Kieferhöhle
4. Entfernung von Drüsenwucherungen aus dem Nasen-Rachen-Raum

5. Unblutige Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Kehlkopf
6. Unblutige Entfernung eines Polypen oder einer anderen Geschwulst aus dem Kehlkopf
7. Probeexzision aus dem Kehlkopf
8. Operation im äußeren Gehörgang
9. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem äußeren Gehörgang oder der Paukenhöhle
10. Entfernung eines Polypen oder einer anderen Geschwulst aus dem äußeren Gehörgang oder der Paukenhöhle
11. Anlegen eines Drains durch das Trommelfell

AA. 4 - Frauenheilkunde

1. Reposition der umgestülpten Gebärmutter
2. Entfernung eines Polypen des Gebärmutterhalses
3. Probeexzision aus dem Gebärmutterhals
4. Operation eines unvollkommenen Dammrisses
5. Chirurgischer Eingriff an den äußeren weiblichen Geschlechtsorganen (zB. Entfernung einer Vaginalzyste oder einer Bartholinischen Drüse)

KATEGORIE AB

(Erstattungsfähiger Höchstbetrag: BFR 22 780)

AB. 1 - Chirurgie

1. Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen oder Knochen

2. Probeexzision aus der Zunge, aus tieferen Körpergeweben (Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus Organen, ohne Eröffnung von Körperhöhlen
3. Einfache Transplantation von Hautstücken oder einfache Hautlappenplastik
4. Einrenkung einer Luxation des Hand- oder Fußgelenks
5. Operation der einfachen Hasenscharte
6. Teilexzision aus der Zunge
7. Operation einer Speichelfistel oder operative Entfernung eines Speichelsteines
8. Operation eines Mastdarmpolypen
9. Operation einer Steißbeinfistel
10. Steißbeinresektion
11. Eröffnung eines paranephritischen Abszesses
12. Operation einer Harnröhrenfistel
13. Unblutiger chirurgischer Eingriff an der Harnblase (zB. Entfernung eines Fremdkörpers oder einer kleinen Geschwulst)
14. Abtragung osteosynthetischer Substanz
15. Varikozele, Hydrozele
16. Epididymektomie
17. Operation des Kryptorchismus oder der Hodenektopie

18. Einfache Laparoskopie
19. Operation einer Brustdrüsengeschwulst
20. Chemonukleolyse des Bandscheibenvorfalls
21. Operation des Karpaltunnels

AB. 2 - Augenheilkunde

1. Augenlidplastik bei partieller Verwachsung eines Lides mit dem Augapfel
2. Operation eines Flügelfells
3. Naht einer Hornhaut- oder Lederhautwunde
4. Iridotomie
5. Behandlung eines Iris- oder Ziliarkörper-vorfalls
6. Glaskörperabsaugung

AB. 3 - Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

1. Entfernung der Mandeln
2. Plastischer Verschuß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel
3. Ohrmuschelplastik

AB. 4 - Frauenheilkunde

1. Ausschabung der Gebärmutter
2. Tubendurchblasung und/oder Kontrastmitteleinbringung zur Gebärmutter- und Eileiterkontrastuntersuchung
3. Plastische Operation am Gebärmutterhals

4. Amputation des Gebärmutterhalses

B. KATEGORIE B

(Erstattungsfähiger Höchstbetrag: BFR 26 180)

B. 1 - Chirurgie

1. Schwierige Transplantation von Hautstücken oder schwierige Hautlappenplastik
2. Verpflanzung eines Knochens
3. Operation einer Blutadergeschwulst
4. Embolektomie an einer Arterie
5. Resektion des lumbalen Grenzstrangs
6. Resektion des thorakalen Grenzstrangs
7. Radikaloperation der Dupuytrenschen Kontraktur
8. Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks
9. Neubildung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks
10. Chirurgischer Eingriff an einem Kiefergelenk
11. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk
12. Meniskusoperation
13. Operation der habituellen Schulter- oder Kniegelenkluxation
14. Osteotomie eines kleineren Knochens mit Sehnenverpflanzung
15. Einrichtung eines Wirbelbruches

16. Einrichtung eines gebrochenen Schlüsselbeins auf operativem Wege
17. Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens
18. Einrichtung und Drahtumschlingung einer gebrochenen Kniescheibe
19. Einrichtung eines gebrochenen Oberarmes, Unterarmes oder Unterschenkels (Schienbein und/oder Wadenbein) auf operativem Wege
20. Einrichtung einer gebrochenen Mittelhand oder eines gebrochenen Mittelfußes auf operativem Wege
21. Operation einer Pseudoarthrose
22. Operation eines Knochenbruches, der mit Verschiebung geheilt ist
23. Einrenkung einer Luxation des Hüftgelenks
24. Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenks
25. Exartikulation eines Oberarmes
26. Exartikulation eines Oberschenkels
27. Exartikulation eines Unterarmes oder Unterschenkels (Schienbein und/oder Wadenbein)
28. Exartikulation einer Hand oder eines Fußes
29. Amputation eines Oberarmes
30. Amputation eines Oberschenkels
31. Amputation eines Unterarmes oder Unterschenkels (Schienbein und/oder Wadenbein)

32. Einrichtung von zwei gebrochenen Unterarmknochen
33. Amputation in einer Mittelhand oder in einem Mittelfuß
34. Eröffnung des Schädeldaches mit Punktion des Gehirns
35. Neubildung der Nase
36. Operation der komplizierten Hasenscharte
27. Teilweise Entfernung der Zunge
38. Spaltung des Kehlkopfes
39. Teilweise Entfernung des Kehlkopfes
40. Einfache Absetzung der Brustdrüse
41. Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken oder Laparoskopie mit Eingriff
42. Blinddarmoperation mit Entfernung des Wurmfortsatzes
43. Eröffnung eines Abszesses in der Bauchhöhle
44. Eröffnung eines subphrenischen Abszesses
45. Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches
46. Operation eines einfachen Nabel- oder Mittellinienbruches
47. Operation eines Bauchnarbenbruches
48. Eröffnung eines Mastdarmverschlusses
49. Operation eines Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle

50. Muskelplastik bei Insuffizienz des Afterschließmuskels
51. Elektresektion der Prostata oder des Harnblasenhalses (endoskopische Prostatektomie)
52. Probefreilegung einer Niere
53. Dekapsulation einer Niere
54. Eröffnung einer Niere
55. Anlegung einer Nierenfistel
56. Anheftung einer Niere
57. Suprapubische Eröffnung der Harnblase
58. Operation einer Harnblasenverletzung
59. Dammschnitt
60. Entfernung eines Fremdkörpers aus der Harnröhre auf operativem Wege
61. Anlegung einer Harnröhrenfistel am Damm
62. Harnröhrennaht
63. Harnröhrenplastik
64. Zertrümmerung und Entfernung eines Blasensteins mit Sichtkontrolle, je Sitzung
65. Endovesikale Entfernung einer größeren Geschwulst der Harnblase, je Sitzung
66. Teilresektion der Harnblase
67. Schlingenextraktion eines Harnleitersteins
68. Implantation eines Schrittmachers

69. Nervennaht
70. Operation eines Mastdarmvorfalls
71. Operation der Hämorrhoidalknoten
72. Entfernung von Krampfadern auf operativem Wege
73. Eingriffe der Kategorie A, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind

B.2 - Augenheilkunde

1. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Augeninnern
2. Entfernung einer Geschwulst aus dem Augeninnern
3. Entfernung einer Geschwulst aus der Hornhaut
4. Tränensackoperationen nach Toti
5. Operation der Ptosis
6. Augenlidplastik bei teilweise erhaltenem Lid
7. Augenlidplastik bei totaler Verwachsung eines Lides mit dem Augapfel
8. Schieloperation an den Augenmuskeln
9. Hornhautplastik
10. Operation einer Hornhautanomalie
11. Operation bei Linsenerkrankung oder -verletzung
12. Zyklodialyse, Iridiektomie oder Trepanation oder Operation eines Glaukoms

13. Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung
14. Ausschälung des Augapfels
15. Ausschneidung des Sehnervs
16. Eingriffe der Kategorie A, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind

3 - Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

1. Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses vom Naseninnern aus
2. Eröffnung oder Ausräumung einer Nasenhöhle vom Naseninnern aus
3. Radikaloperation einer Kiefer- oder Stirnhöhle
4. Entfernung eines Nasen-Rachen-Fibroms
5. Tränensackoperation vom Naseninnern aus, nach West
6. Bronchoskopie oder Oesophagoskopie mit Entfernung eines Fremdkörpers aus der Luftröhre und ihren Verzweigungen oder aus der Speiseröhre
Aufmeißelung des Warzenfortsatzes
8. Operation einer Mittelohrgeschwulst
9. Tympanoplastik
10. Submuköse Resektion der Nasenscheidewand
11. Eingriffe der Kategorie A, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind

B. 4 - Frauenheilkunde

1. Lageverbesserung der Gebärmutter
2. Operation eines vollkommenen Dammrisses
3. Kolporrhaphie, mit oder ohne Dammplastik
4. Prolapsoperation
5. Vaginale Exstirpation eines Uterusfibroms
6. Vaginale oder abdominale Exstirpation eines Myoms
7. Entfernung eines Adnexes
8. Operation der Harninkontinenz
9. Kaiserschnitt
10. Erschwerte Entbindung (durch Saugglocke oder Geburtszange)
11. Eingriffe der Kategorie A, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind

C. KATEGORIE C

(Erstattungsfähiger Höchstbetrag: BFR 75 616)

C. 1 - Chirurgie

1. Operation einer arteriellen Anomalie
2. Resektion eines Schulter-, Ellenbogen-, Knie- oder Hüftgelenks
3. Neubildung eines Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenks
4. Pfannendachplastik

5. Chirurgischer Eingriff an einem Hüftgelenk
6. Bandplastik im Kniegelenk
7. Operation eines Schenkelhalsbruches
8. Exartikulation des Schultergürtels
9. Operation eines Schädelbruches
10. Halbseitige oder vollständige Resektion eines Kiefers
11. Gaumenplastik
12. Vollständige Entfernung der Zunge
13. Entfernung einer Speicheldrüse
14. Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung
15. Teilweise oder vollständige Entfernung der Schilddrüse
16. Absetzung der Brustdrüse mit Ausräumung der Lymphgebiete in der Achselhöhle
17. Eröffnung des Herzbeutels ohne Eingriff am Herzen
18. Magenresektion
19. Chirurgischer Eingriff an der Gallenblase oder den Gallengängen
20. Chirurgischer Eingriff an einem Organ der Bauchhöhle durch Laparotomie (zB. Gastroenterostomie, Darmanastomose, Darmresektion, Resektion des Pankreas-Schwanzteiles, Entfernung der Milz)

21. Operation eines eingeklemmten Bruches mit Darmresektion
22. Operation eines großen oder komplizierten Nabel- oder Mittellinienbruches
23. Operation eines Bauchnarbenbruches mit Plastik
24. Entfernung des Mastdarms vom After aus
25. Chirurgischer Eingriff am Harnleiter
26. Operation eines Zwerchfellbruches
27. Abdominale Entfernung der Prostata und der Samenblasen
28. Eröffnung des Nierenbeckens mit Steinentfernung
29. Entfernung einer Niere
30. Nierenpolresektion oder Trennung der Hufeisenniere
31. Nierenbeckenplastik
32. Harnblasenwandresektion mit Verpflanzung eines Harnleiters
33. Operation der Harninkontinenz mit Plastik
34. Operation des Bandscheibenvorfalles
35. Ballondilatation der Herzkranz- oder anderer Gefäße
36. Blasensteinzertrümmerung durch extrakorporale Stoßwellen
37. Eingriffe der Kategorie B, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind

C. 2 - Augenheilkunde

1. Augenlidplastik bei völlig zu Verlust
gegangenem Lid
2. Hornhaut-Transplantation
3. Staroperation
4. Operation einer luxierten Linse
5. Operation einer Netzhautablösung
6. Koagulation oder Lichtkaustik einer Netz- oder
Aderhautgeschwulst
7. Wiederherstellung eines Tränenkanals
8. Eingriffe der Kategorie B, sofern sie
kombiniert oder kompliziert sind

C. 3 - Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

1. Radikaloperation mehrerer Nebenhöhlen einer
Seite
2. Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit
Freilegung sämtlicher Mittelohrräume
3. Fensterungsoperation oder Operation an den
Gehörknöcheln im Mittelohr
4. Eingriffe der Kategorie B, sofern sie
kombiniert oder kompliziert sind

C. 4 - Frauenheilkunde

1. Totalexstirpation der Gebärmutter mit oder
ohne Adnexentfernung
2. Entfernung beider Adnexe

3. Vaginale oder abdominale totale oder subtotale Exstirpation der Gebärmutter ohne Adnexentfernung
4. Eingriffe der Kategorie B, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind

D. KATEGORIE D

(Erstattungsfähiger Höchstbetrag: BFR 99 080)

D. 1 - Chirurgie

1. Neubildung eines Hüftgelenks
2. Eröffnung der Schädelhöhle mit operativem Eingriff am Zentralnervensystem
3. Entfernung einer Geschwulst im Wirbelkanal
4. Operativer Eingriff am Rückenmark
5. Halbseitenresektion des Kiefers mit Ausräumung der Lymphgebiete
6. Eröffnung des Herzbeutels mit Eingriff am Herzen, einschließlich By-pass-Operation, Herztransplantation
7. Perikardiolyse
8. Chirurgischer Eingriff an den großen Gefäßen des Brustkorbes
9. Entfernung einer Mediastinalgeschwulst
10. Intrathorakaler chirurgischer Eingriff an der Speiseröhre
11. Resektion des Kopfteils des Pankreas oder Entfernung des Pankreas

12. Magenresektion mit Teilresektion eines benachbarten Organs
13. Porta-cava-Anastomose oder ähnliche Operation
14. Kombinierte Entfernung des Mastdarms mit Eröffnung der Bauchhöhle
15. Operative Entfernung eines Lungenflügels
16. Vollständige Entfernung des Kehlkopfes
17. Chirurgischer Eingriff an der Leber
18. Eingriffe der Kategorie C, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind

D. 2 - Augenheilkunde

1. Eingriffe der Kategorie C, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind

D. 3 - Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

1. Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume und Eröffnung der Schädelhöhle
2. Eröffnung des Türkensattels
3. Eingriffe der Kategorie C, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind

D. 4 - Frauenheilkunde

1. Operation einer Blasen-Scheidenfistel oder Darm-Scheidenfistel
2. Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide
3. Eingriffe der Kategorie C, sofern sie kombiniert oder kompliziert sind.

ERSTATTUNGSSÄTZE FÜR ZAHNBEHANDLUNGS- UND ZAHNERSATZKOSTEN

A. ZAHNBEHANDLUNG

Die Kosten für die nachstehend aufgeführten Leistungen werden mit einem Satz von 80%, höchstens jedoch bis zu folgenden Beträgen erstattet:

Normale Füllung	1 200 BFR
Füllung mit Einwurzeldevitalisierung	1 600 BFR
Füllung mit Mehrwurzeldevitalisierung	2 400 BFR
Normale Extraktion	800 BFR
Chirurgische Extraktion	1 600 BFR
Extraktion eines implantierten Zahns	2 900 BFR
Apektomie	2 400 BFR
Frenektomie	1 600 BFR
Komplette Zahnsteinentfernung	640 BFR
Röntgenaufnahme eines Zahns	512 BFR
Panorama-Röntgenaufnahme	1 600 BFR

In dieser Aufstellung nicht erfaßte Leistungen werden nach Stellungnahme des Vertrauensarztes mit einem Satz von 80% erstattet.

B. ZAHNERSATZ

1. Feststehender Zahnersatz

Die Kosten für Zahnersatz, die nach Vorlage eines Kostenvoranschlags vorher genehmigt worden sind, werden mit einem Satz von 80%, höchstens jedoch bis zu folgenden Beträgen erstattet:

Erstattungsfähiger Höchstbetrag pro Zahn

Krone, Gold, Jacketkrone, Kunstharz	7 500 BFR
Brückenglied, Kunstharz	7 500 BFR
Einlagefüllung, Gold, gegossener Stumpfaufbau	7 500 BFR
Stiftkrone, einfach	7 500 BFR
Stiftkrone Richmond oder Krone Keramik/ Metall, Veneer oder Brückenglied Keramik/Metall	7 500 BFR
Brückenglied, Gold oder Porzellan	7 500 BFR
Spezialverankerung	7 500 BFR
Scharnier	3 900 BFR

2. Herausnehmbarer Zahnersatz

Totale Prothese im Ober- oder Unterkiefer (14 Zähne, Kunstharzplatte)	27 195 BFR
Partielle Prothese (Kunstharzplatte):	
- Basisplatte	6 040 BFR
- je Zahn	1 885 BFR
- je Klammer	1 355 BFR
Zuschlag für Inox-Metallbasis (je Kiefer)	5 130 BFR
Zuschlag für Saughaftsysteem (Lausap, Fixomatic, Vakuum, Matic)	5 130 BFR
Skelettierte Chrom-Kobalt-Prothese:	
- Basis mit Klammern	12 585 BFR
- je Zahn	4 210 BFR

3. Reparaturen

- der Basis - Kunstharz 2 420 BFR
- Anfügung eines Zahnes oder einer Klammer auf
Kunstharzbasis 2 715 BFR
- neue Basis (je Kiefer) 10 810 BFR
(40% der totalen Prothese)
- Neuaufstellung der Zähne (je Kiefer) 20 400 BFR
(75% der totalen Prothese)

4. Bemerkungen zur Anwendung der Erstattungssätze für Zahnersatzkosten

a) Die Kosten für provisorischen Zahnersatz werden nach Maßgabe der vorstehenden Tabelle mit einem Satz von 50% des Höchstbetrages für eine Dauerprothese in Kunstharzausführung erstattet.

b) Die Kosten für Reparaturen, neue Basisplatten, neue Montage und Erneuerung von Zahnersatz, für den bereits von der Krankheitsfürsorge Kosten erstattet worden sind, können - außer bei Reparaturen, deren Dringlichkeit ~~ordnungsgemäß festgestellt wurde~~ - nur nach vorheriger Genehmigung erstattet werden.

c) Gesondert berechnete Kosten für die Herstellung eines Abdrucks und für das Anpassen von herausnehmbarem Zahnersatz werden gemäß Anhang I Abschnitt VI Nummer 1 erstattet.

THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN

In der nachstehenden Liste sind die erstattungsfähigen therapeutischen Behandlungen aufgeführt. Für jede Behandlungsart ist angegeben, wie viele Sitzungen in jeweils zwölf Monaten höchstens erstattet werden.

Nach erfolgter Erstattung wird die ärztliche Verordnung jeweils in die medizinische Akte der angeschlossenen Person aufgenommen.

A. Behandlungen, für die eine weniger als sechs Monate vor der ersten Sitzung datierte ärztliche Verordnung erforderlich ist:

Art der Leistungen	Erstattungsfähige Höchstzahl der Sitzungen in jeweils 12 Monaten
1)	
Kinesitherapie)
Heilmassagen)
Heilgymnastik)
Schwangerschaftsgymnastik und Gymnastik nach der Geburt)
Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit)
Rehabilitation) 60
Mechanotherapie)
Dehnung der Wirbelsäule)
Schlamm-bäder - Fangopackungen)
Unterwassermassagen)
Hydrotherapie)
Mögliche Kombinationen dieser Einzelbehandlungen)

2)		
Physiotherapie)	
Elektrotherapie)	
(diadynamische Ströme und ähnliches))	
Radar)	60
Ionisation)	
Kurzwellen)	
Kombinationsbehandlungen)	
3)		
Aerosoltherapie)	
Inhalationen)	
(Dampf, Spray und ähnliches))	30
Spülungen)	
Kombinationsbehandlungen)	
4)		
Infrarotbestrahlungen)	40
Ultraschallbehandlungen)	
5)		
Radiumbehandlung)	
Radiotherapie)	unbe-
)	grenzt
Röntgentherapie)	
6)		
Akupunktur (von einem Arzt durchgeführt))	30
Erstattungsfähiger Höchstsatz: 900 BFR)	

B. Ärztlich verordnete Behandlungen, für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist:

Art der Leistungen	Erstattungsfähige Höchstzahl der Sitzungen in jeweils 12 Monaten
--------------------	---

■ Laser-Therapie	20	
Ultraviolettbestrahlungen	40	
Chiropraxie	24	
Vertebrale Manipulationen	20	
Medizinische Fußpflege/Podologie	12	
Mesotherapie	30	
Akupunktur (von einer Person durchgeführt, die keine ärztliche Ausbildung hat)	30	
Erstattungsfähiger Höchstsatz: 900 BFR		
2)		
Psychotherapie - erstattungsfähiger)	
Höchstsatz: 1 800 BFR)	
Psychoanalyse - erstattungsfähiger)	
Höchstsatz: 1 800 BFR)	60
Logopädie)	
Graphomotorik)	
■ Psychomotorik)	