



PMO.3

Allgemeinen Durchführungsbestimmungen und Erstattungskennziffer

September 2008 – PMO.3
Science 27, B-1049 Brüssel

PMO

ALLGEMEINE BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	5
· BERECHTIGTE PERSONEN	5
· ERSTATTUNGSSÄTZE	5
· ÄRZTLICHE VERORDNUNG	6
· VORHERIGE GENEHMIGUNG	6
· SCHWERE KRANKHEIT	6
· ERSTATTUNGSFÄHIGER HÖCHSTBETRAG	6
· ÜBERHÖHTE KOSTEN	7
· STELLUNGNAHME DES VERTRAUENSARZTES BZW. DES VERTRAUENSZAHNARZTES	7
· STELLUNGNAHME DES ÄRZTEBEIRATS	7
TITEL I - ZUGEHÖRIGKEIT ZUR GEMEINSAMEN KRANKHEITSFÜRSORGE	8
Kapitel 1 - Bestimmungen betreffend die angeschlossenen Personen	8
1. Absicherung der Vertragsbediensteten - Artikel 2 Absatz 1 dritter Gedankenstrich	8
2. Entgeltliche Erwerbstätigkeit - Artikel 2 Absatz 3 fünfter bis siebter Gedankenstrich sowie Artikel 6, 7 und 9	8
3. Leistungsanspruch bei Urlaub aus persönlichen Gründen – Artikel 2 Absatz 3 siebter Gedankenstrich	9
4. Zugehörigkeit des anerkannten Ex-Partners zur gemeinsamen Krankheitsfürsorge – Artikel 2 Absatz 4	10
5. Beitragsnachweis für das Krankheitsfürsorgesystem – Artikel 3 Absätze 4 und 5 sowie Artikel 5, 6, 7, 8, 9 und 10	10
6. Arbeitslosigkeit – Artikel 11	10
Kapitel 2 – Bestimmungen betreffend die mitangeschlossenen Personen	11
1. Anerkennung der Partnerschaft – Artikel 12 – zweiter gedankenstrich	11
2. Primärer schutz des Ehegatten oder anerkannten Partners – Artikel 13	11
3. Ergänzende Absicherung der mitangeschlossenen Personen – Artikel 14 und 16	11
4. Scheidung und Beendigung der Partnerschaft – Artikel 15	12
5. Absicherung der unterhaltsberechtigten Kinder – Artikel 16	13
6. Absicherung der übrigen unterhaltsberechtigten personen der angeschlossenen person – Artikel 17	13
7. Anschlussversicherung für die unterhaltsberechtigten kinder und die einem unterhaltsberechtigten kind gleichgestellten personen - artikel 18	13
Kapitel 3 – Gemeinsame Bestimmungen für die angeschlossenen und mitangeschlossenen Personen	15
1. Anschlussversicherung der angeschlossenen Person im Falle von schwerer Krankheit, Schwangerschaft oder Entbindung – Artikel 7 und 10	15
2. Situation der mitangeschlossenen Person einer nicht mehr anspruchsberechtigten Person - Artikel 12 , 15, 16, 17 und 18	15
TITEL II - VORSCHRIFTEN ÜBER DIE KOSTENERSTATTUNG	17
Kapitel 1 – Ärztliche Konsultationen und Besuche	17
1. Allgemeines und Begriffsbestimmungen	17
2. Erstattungsmodalitäten	18

2.1. Ärztliche Konsultationen und Besuche	18
2.2. Medizinische Kapazität	18
3. Nicht erstattungsfähige Leistungen	19
Kapitel 2 – Krankenhausbehandlungen und chirurgische Eingriffe	20
1. Krankenhausbehandlungen	20
1.1. Begriffsbestimmungen	20
1.2. Vorherige Genehmigungen	20
1.3. Erstattungsmodalitäten	21
2. Chirurgische Eingriffe	22
Kapitel 3 – Leistungen bei Hilfsbedürftigkeit	24
1. Dauerhafte oder langfristige Aufenthalte in paramedizinischen und sonstigen Einrichtungen	24
1.1. Begriffsbestimmungen	24
1.2. Vorherige Genehmigungen	25
1.3. Erstattungsmodalitäten	25
2. Krankenpflege	27
2.1. Allgemeine Bestimmungen	27
2.2. Erstattungen	28
Kapitel 4 – Arzneimittel	34
1. Begriffsbestimmung	34
2. Erstattungsbedingungen	34
3. Erstattungsverfahren	35
4. Nach vorheriger Genehmigung erstattungsfähige Arzneimittel	35
5. Nicht erstattungsfähige Arzneimittel	37
6. Information der angeschlossenen Personen	37
Kapitel 5 – Zahnpflege, -behandlung und -ersatz	38
1. Zahnbehandlung und präventive Pflege	38
2. Parodontitis	39
3. Zahnregulierung	39
4. Gnathologie	40
5. Zahnersatz	40
6. Implantologie	41
7. Schwere Krankheit	42
8. Sonderbestimmungen	42
Kapitel 6 – Bildgebende Diagnoseverfahren, Analysen, Laboruntersuchungen und sonstige diagnostische Verfahren	44
1. Allgemeine Bestimmungen	44
2. Analysen und Untersuchungen, für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist	44
3. Nicht erstattungsfähige Analysen	44
4. Information der angeschlossenen Personen	44
Kapitel 7 – Schwangerschaft, Entbindungen und Unfruchtbarkeit	46
1. Erstattungsfähige Leistungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft	46
1.1. Begriffsbestimmungen und Allgemeines	46
1.2. Besonderheiten	46
2. Leistungen und Erstattungen im Zusammenhang mit einer Entbindung	47
2.1. Begriffsbestimmung	47
2.2. Entbindung in einer Klinik	47
2.3. Hausgeburt	47

2.4. Entbindung in einem Geburtshaus oder in einer behördlich zugelassenen außerklinischen Einrichtung	48
3. Leistungen und Erstattungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Unfruchtbarkeit	48
Kapitel 8 – Verschiedene Behandlungen	51
1. Allgemeine Bestimmungen	51
2. Sonderbestimmungen	52
Kapitel 9 - Medizinisches Hilfspersonal	59
Kapitel 10 - Kuraufenthalte	60
Abschnitt 1 – Genesungskuren und postoperative Kuren	60
1. Allgemeines	60
2. Voraussetzungen für die Erlangung einer vorherigen Genehmigung	60
3. Erstattungsvorschriften	61
4. Erstattungsausschlüsse	61
5. Erstattungsbedingungen	61
Abschnitt 2 – Badekuren	62
1. Allgemeines	62
2. Voraussetzungen für die vorherige Genehmigung einer Badekur	63
3. Erstattungsvorschriften	63
4. Nicht erstattungsfähige Kosten	64
Kapitel 11 - Prothesen, orthopädisches Material und sonstige medizinische Hilfsmittel	66
1. Sehvermögen	66
1.1. Brillen	66
1.2. Kontaktlinsen	67
1.3. Starke Beeinträchtigung des Sehvermögens	68
1.4. Augenprothesen	68
2. Hörvermögen	69
3. Orthopädisches Material, Bandagen und sonstige medizinische Hilfsmittel	69
Kapitel 12 – Transportkosten	70
1. Allgemeine Bestimmungen	70
2. Erstattungsverfahren	70
3. Außerhalb der Union beschäftigtes Personal	71
Kapitel 13 – Pauschaler Bestattungskostenzuschuss	72
ANHANG I: VERZEICHNIS DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE	73
ANHANG II: Orthopädisches Material, Bandagen und sonstige medizinische Hilfsmittel, die mit einem Satz von 85 % und mit einem Satz von 100 % bei anerkannter schwerer Krankheit erstattet werden	86
TITEL III – VERFAHREN	90
Kapitel 1- Erstattungsanträge und Belege	90
1. Allgemeine Bestimmungen	90
2. Erstattungsantrag	90
3. Mitzuliefernde Unterlagen	91
4. Sonderbestimmungen	91
5. Belege	92
6. Arzneimittel	92
Kapitel 2 – Untersuchungsprogramme zur Früherkennung	93
Kapitel 3 – Die gemeinsame Krankenfürsorge als Zusatzversicherung - Durchführungsbestimmungen	94

1. Begriffsbestimmung	94
2. Anspruch auf eine ergänzende Absicherung	94
3. Verfahren	95
4. Erstattungen	96
Kapitel 4 – Kostenübernahme und Vorschüsse	97
1. Kostenübernahme	97
2. Vorschüsse	98
Kapitel 5 – Anerkennung als schwere Krankheit	99
1. Begriffsbestimmung	99
2. Umfang der Absicherung durch das GKFS	99
3. Verfahren	99
4. Rückwirkender Charakter	100
Kapitel 6 – Berechnung der Sondererstattung – Artikel 72 Absatz 3 des Statuts	101
1. Verfahren	101
2. Besonderheiten	101
Kapitel 7 – Festsetzung der Ausgleichskoeffizienten – Artikel 20 Absatz 5	103
1. Referenzmitgliedstaat	103
2. Beobachtungszeitraum	103
3. Berechnungsverfahren für die Ausgleichskoeffizienten	103
Kapitel 8 – Festsetzung der Koeffizienten zur Bemessung des Erstattungsniveaus – Artikel 21 Absatz 1	105
Kapitel 9 – Zertifizierung der Jahresabschlüsse des gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems - Artikel 45 Absatz 5	106

Allgemeine Begriffsbestimmungen

Nach Artikel 72 des Statuts und der am 1. Dezember 2005 in Kraft getretenen Gemeinsamen Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge der Beamten der Europäischen Gemeinschaften (nachfolgend „Gemeinsame Regelung“) gewährleistet das gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem für die Organe der Europäischen Gemeinschaften (GKFS oder „Krankheitsfürsorgesystem“) den Berechtigten die Erstattung der ihnen durch Krankheit, Unfall oder Mutterschaft entstandenen Kosten sowie die Zahlung eines Bestattungskostenzuschusses.

• Berechtigte Personen

Anspruch auf Leistungen der Krankheitsfürsorge haben im Rahmen der Grenzen und Bedingungen, die sich aus der Gemeinsamen Regelung (Artikel 2 bis 18) und aus Titel I der vorliegenden Durchführungsvorschriften ergeben, die **angeschlossenen Personen** – das heißt die Beamten, Bediensteten auf Zeit, Vertragsbediensteten und Ruhegehaltsempfänger oder Empfänger einer Vergütung wegen Ausscheidens aus dem Dienst sowie in bestimmten Fällen die Mitglieder der Organe – und die durch sie **mitangeschlossenen Personen**.

• Erstattungssätze

Im Rahmen der Krankheitsfürsorge werden höchstens 80 % der verauslagten Kosten erstattet.

Dieser Satz wird bei folgenden Leistungen auf maximal 85 % angehoben:

- Konsultationen und Besuche
- chirurgische Eingriffe
- Krankenhausbehandlungen
- Arzneimittel
- Röntgenuntersuchungen, Analysen,
- Laboruntersuchungen und
- ärztlich verordnete prothetische Apparate, mit Ausnahme von Zahnersatz, der zu 80 % erstattet wird.

Bei Tuberkulose, Kinderlähmung, Krebs, Geisteskrankheiten und anderen, von der Anstellungsbehörde als vergleichbar schwer anerkannten Krankheiten sowie bei Untersuchungen zur Früherkennung und bei Entbindungen erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 % ohne Deckelung (mit Ausnahme der in diesen allgemeinen Durchführungsbestimmungen erläuterten Ausnahmefälle).

Die Erstattung von Krankheitskosten im Fall von Unfällen oder Berufskrankheiten, bei denen Artikel 73 des Statuts zur Anwendung gelangt, ist auf höchstens 80 bzw. 85 % begrenzt. Die

Übernahme der verbleibenden 20 bzw. 15 % der Kosten wird durch Artikel 73 des Statuts über die Sicherung bei Unfällen und Berufskrankheiten gewährleistet.

- **Ärztliche Verordnung**

Eine ärztliche Verordnung ist ein Papier, auf dem Name, Titel und Anschrift des verordnenden Arztes, der vollständige Patientennamen, die Behandlungen (Art der Behandlung und Zahl der Sitzungen) oder die Bezeichnung der verordneten Arzneimittel vermerkt sind. Sie muss vom verordnenden Arzt datiert und unterschrieben sein. Die Verordnung geht *per se* dem Behandlungsbeginn voraus. Um erstattungsfähig zu sein, darf sie bei Behandlungsbeginn oder Kauf der Arznei höchstens sechs Monate zurückliegen.

- **Vorherige Genehmigung**

Bei einigen der in diesen Durchführungsbestimmungen aufgeführten Leistungen unterliegt die Erstattung einer vorherigen Genehmigung, das heißt einem Erstattungsverfahren. Der Antrag auf vorherige Genehmigung muss von der angeschlossenen Person bei der Abrechnungsstelle - außer in Notfällen - vor Beginn der Behandlung oder der Leistungen auf dem zu diesem Zweck vorgesehenen Vordruck mit einer ausführlichen ärztlichen Verordnung, je nach Leistung sogar mit einem vollständigen ärztlichen Gutachten, eingereicht werden. Die Entscheidung über den Antrag wird nach Stellungnahme des Vertrauensarztes getroffen, der sich dazu äußert, ob die Leistung aus medizinischer Sicht schlüssig ist.

In bestimmten Fällen kann der Vertrauensarzt vor der Stellungnahme Kontakt zu dem verordnenden Arzt und/oder zu dem Berechtigten aufnehmen.

- **Schwere Krankheit**

Als schwere Krankheit gilt die durch Beschluss der Anstellungsbehörde nach Stellungnahme des Vertrauensarztes auf der Grundlage der Kriterien in Titel III Kapitel 5 der Durchführungsbestimmungen als solche anerkannte Krankheit.

Die aufgrund einer schweren Krankheit entstandenen Aufwendungen werden mit Ausnahme einiger in den Durchführungsbestimmungen näher erläuterten Fälle (beispielsweise Krankenpflegeleistungen oder Zahnbehandlungskosten) ohne Deckelung mit einem Satz von 100 % erstattet. Bei überhöhten Kosten (siehe Definition) kann die Erstattung dieser Aufwendungen beschränkt werden.

- **Erstattungsfähiger Höchstbetrag**

Artikel 20 der Gemeinsamen Regelung sieht die Festlegung von Erstattungshöchstgrenzen durch die allgemeinen Durchführungsbestimmungen vor, um das finanzielle Gleichgewicht der Krankheitsfürsorge zu erhalten. In diesem Fall wird der Erstattungssatz auf die verauslagten Kosten angewandt. Liegt der sich hieraus ergebende Betrag unter dem erstattungsfähigen Höchstbetrag, wird er in voller Höhe erstattet. Übersteigt er hingegen den erstattungsfähigen Höchstbetrag, erfolgt eine Erstattung nur in Höhe des Höchstbetrags. Der

erstattungsfähige Höchstbetrag ist der Betrag, bis zu dem eine bestimmte Leistung höchstens erstattet wird.

- **Überhöhte Kosten**

Nach Artikel 20 der Gemeinsamen Regelung braucht bei Leistungen, für die es keine Erstattungshöchstgrenzen gibt (auch im Falle einer schweren Krankheit), der Kostenanteil, der im Vergleich zu den üblichen Kosten in dem Land, in dem die Leistungen erbracht wurden, deutlich überhöht ist, nicht erstattet werden.

Der als überhöht geltende Kostenanteil wird im Einzelfall von der Abrechnungsstelle nach Stellungnahme des Vertrauensarztes bestimmt. Der Vertrauensarzt äußert sich zur genauen Art der ärztlichen Leistung, damit die Abrechnungsstelle einen Vergleich der marktüblichen Tarife vornehmen kann.

Die besondere Situation, die sich bei Ländern mit teurer medizinischer Versorgung ergibt, wird durch Anwendung entsprechender Koeffizienten auf die Bemessungsgrundlage der Erstattungsfähigkeit (siehe Titel III Kapitel 8) geregelt.

- **Stellungnahme des Vertrauensarztes bzw. des Vertrauenszahnarztes**

Der Vertrauensarzt bzw. Vertrauenszahnarzt nimmt aus ärztlicher Sicht Stellung und stützt sich dabei auf die ihm vorliegenden ärztlichen Informationen über den Berechtigten, die ihm vom behandelnden Arzt übermittelten Informationen, auf medizinische und wissenschaftliche Forschungsergebnisse und gegebenenfalls auf die Stellungnahme des Ärztebeirats. Die Stellungnahme des Vertrauensarztes bzw. Vertrauenszahnarztes wird bei Anträgen auf vorherige Genehmigung in allen in diesen Durchführungsbestimmungen vorgesehenen Fällen sowie bei besonderen Problemen auf Antrag der Leiter der Abrechnungsstellen eingeholt.

Die Vertrauensärzte und Vertrauenszahnärzte geben eine Stellungnahme nur in den ausdrücklich in der Gemeinsamen Regelung und den vorliegenden allgemeinen Durchführungsbestimmungen vorgesehenen Fällen sowie im Rahmen der darin festgelegten Grenzen ab.

- **Stellungnahme des Ärztebeirats**

Dem Ärztebeirat der Krankheitsfürsorge gehören je ein Vertrauensarzt der einzelnen Organe und die Vertrauensärzte der einzelnen Abrechnungsstellen an. Er wird von den in der Gemeinsamen Regelung vorgesehenen Organen (Verwaltungsausschuss, Zentralbüro und alle Abrechnungsstellen) in allen medizinischen Fragen im Zusammenhang mit der Verwaltung des GKFS angehört.

Der Ärztebeirat äußert sich auf der Grundlage der neuesten wissenschaftlichen Fachliteratur sowie gegebenenfalls nach Hinzuziehung von Experten oder medizinischen Kapazitäten auf dem betreffenden Gebiet.

Die Stellungnahmen des Ärztebeirats müssen begründet sein.

Titel I - ZUGEHÖRIGKEIT ZUR GEMEINSAMEN KRANKHEITSFÜRSORGE

Kapitel 1 - Bestimmungen betreffend die angeschlossenen Personen

1. Absicherung der Vertragsbediensteten - Artikel 2 Absatz 1 dritter Gedankenstrich

Der Vertragsbedienstete teilt der Anstellungsbehörde bei Eintritt in den Dienst mit, ob er gemäß Artikel 112 des BBSB den Verbleib in dem nationalen Krankenversicherungssystem, dem er bis dahin angehört hat, beantragt oder sich für die Zugehörigkeit zum GKFS entscheidet. Diese Mitteilung muss spätestens bei Dienstantritt erfolgen.

Der Vertragsbedienstete ist automatisch ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Entrichtung des letzten Beitrags durch seine Einstellungsbehörde an ein nationales Sozialversicherungssystem folgt, an die gemeinsame Krankheitsfürsorge angeschlossen.

2. Entgeltliche Erwerbstätigkeit - Artikel 2 Absatz 3 fünfter bis siebter Gedankenstrich sowie Artikel 6, 7 und 9

Nimmt die angeschlossene Person eine entgeltliche Erwerbstätigkeit auf, muss sie diese ihrer Abrechnungsstelle melden; dies gilt gleichermaßen für jede Veränderung in Bezug auf die Ausübung dieser Tätigkeit.

Bei Beendigung einer entgeltlichen Erwerbstätigkeit kann der Empfänger eines vorgezogenen oder aufgeschobenen Ruhegehalts, der Empfänger der in den Artikeln 41 beziehungsweise 50 des Statuts vorgesehenen Vergütung und die Person, die endgültig kraft der Verordnungen 1746/02, 1747/02 und 1748/02 aus dem Dienst ausgeschieden ist, auf einen an seine Abrechnungsstelle gerichteten Antrag hin und nach Vorlage eines Nachweises über die Beendigung seiner Tätigkeit wieder in die gemeinsame Krankheitsfürsorge aufgenommen werden.

Eine entgeltliche Erwerbstätigkeit übt aus, wer Einkünfte im Sinne von Artikel 13 Absatz 2 der Gemeinsamen Regelung bezieht, mit Ausnahme der Ruhegehälter.

Als eine entgeltliche Erwerbstätigkeit ausübend gilt auch eine Person, die ein Forschungsstipendium außerhalb eines Hochschulstudiums, Tantiemen, Sitzungsgelder und Einkünfte aus geistigem Eigentum bezieht.

Der Berechtigte, der eine kontinuierliche oder gelegentliche entgeltliche Erwerbstätigkeit ausübt und ein steuerpflichtiges Jahreseinkommen von weniger als 20 % des Grundgehaltes der Besoldungsgruppe AST2/1 erhält, auf das der Berichtungskoeffizient für das Land

angewandt wird, in dem er die Einkünfte bezieht, kann auf seinen Antrag hin primär über die gemeinsame Krankheitsfürsorge versichert werden, wenn er den Nachweis erbringt, dass er sich aufgrund der Rechtsvorschriften des Landes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird oder wurde, oder des Wohnsitzlandes nicht bei einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen kann.

Für jedes Steuerjahr muss die angeschlossene Person der für ihn zuständigen Abrechnungsstelle ein offizielles Papier mit der Aufstellung seiner Einkünfte übermitteln (zum Beispiel die Steuerbescheinigung oder jedes andere von den zuständigen einzelstaatlichen Behörden ausgestellte Dokument).

Stellt die Abrechnungsstelle fest, dass die angeschlossene Person eine entgeltliche Erwerbstätigkeit mit einem steuerpflichtigen Jahreseinkommen von mehr als 20 % des Jahresgrundgehalts eines Beamten der Besoldungsgruppe 2, Dienstaltersstufe 1, auf das der Berichtigungskoeffizient für das Land angewandt wird, in dem das Einkommen erzielt wird, ausgeübt und dies der Abrechnungsstelle nicht schriftlich mitgeteilt hat, wird der Schutz durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge für die Dauer dieser Erwerbstätigkeit ausgesetzt und die während dieses Zeitraums erstatteten Krankheitskosten werden gemäß den Vorschriften in Artikel 33 der Gemeinsamen Regelung wieder eingezogen.

3. Leistungsanspruch bei Urlaub aus persönlichen Gründen – Artikel 2 Absatz 3 siebter Gedankenstrich

Die angeschlossene Person, die während ihres Urlaubs aus persönlichen Gründen weiterhin versichert bleiben möchte, muss vor Ablauf des ersten Monats dieses Urlaubs einen entsprechenden Antrag bei der Anstellungsbehörde bzw. der zum Abschluss von Dienstverträgen ermächtigten Stelle stellen. Diese übermittelt den Antrag an die Abrechnungsstelle.

Bei Verlängerung des Urlaubs aus persönlichen Gründen setzt die angeschlossene Person, die weiterhin versichert bleiben möchte, ihre Anstellungsbehörde bzw. die zum Abschluss von Dienstverträgen ermächtigte Stelle hiervon vor Ablauf des ersten Monats der Verlängerung des Urlaubs aus persönlichen Gründen in Kenntnis. Diese übermittelt den Antrag an die Abrechnungsstelle.

Die aus persönlichen Gründen beurlaubte, angeschlossene Person, die einer entgeltlichen Erwerbstätigkeit nachgeht, kann die gemeinsame Krankheitsfürsorge nicht in Anspruch nehmen. Bei Beendigung dieser Erwerbstätigkeit kann die aus persönlichen Gründen weiterhin beurlaubte, angeschlossene Person jedoch innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung der Tätigkeit bei ihrer Anstellungsbehörde bzw. der zum Abschluss von Dienstverträgen ermächtigten Stelle beantragen, erneut durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge abgesichert zu werden.

Die weiterhin der gemeinsamen Krankheitsfürsorge angeschlossene Person mit unterhaltsberechtigten Kindern zwischen 18 und 26 Jahren muss gegenüber ihrer Abrechnungsstelle jeweils bis zum 31. Oktober eines Jahres den Nachweis erbringen, dass ihr Kind bzw. ihre Kinder nach wie vor eine Bildungseinrichtung besuchen, um die Zugehörigkeit zur gemeinsamen Krankheitsfürsorge zu rechtfertigen.

4. Zugehörigkeit des anerkannten Ex-Partners zur gemeinsamen Krankheitsfürsorge – Artikel 2 Absatz 4

Analog zum überlebenden geschiedenen Ehepartner ist auch der anerkannte Ex-Partner, der Empfänger von Hinterbliebenenbezügen ist, an die gemeinsame Krankheitsfürsorge angeschlossen.

5. Beitragsnachweis für das Krankheitsfürsorgesystem – Artikel 3 Absätze 4 und 5 sowie Artikel 5, 6, 7, 8, 9 und 10

Die Organe müssen regelmäßig, zumindest aber einmal monatlich, dem Zentralbüro die Liste der ordnungsgemäß Beitrag zahlenden angeschlossenen Personen, die unter diese Bestimmungen fallen, übermitteln.

Durch das Fehlen dieser Liste darf der Schutz durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge nicht unterbrochen werden.

6. Arbeitslosigkeit – Artikel 11

Eine angeschlossene Person, die Arbeitslosengeld von der Gemeinschaft bezieht, muss ihre Abrechnungsstelle in irgendeiner Form schriftlich über jede Änderung in Bezug auf ihre Privatanschrift und ihren Familienstand (Heirat, Partnerschaft, Geburt, Tod, Scheidung, Beendigung der Partnerschaft) unterrichten.

Die alleinige Angabe der neuen Anschrift auf den Erstattungsanträgen wird mit Blick auf diese Bestimmung nicht als ausreichende Maßnahme anerkannt.

Kapitel 2 – Bestimmungen betreffend die mitangeschlossenen Personen

1. Anerkennung der Partnerschaft – Artikel 12 – zweiter Gedankenstrich

Ist die Partnerschaft im Hinblick auf den Anspruch auf die Haushaltszulage nicht anerkannt, die Anerkennung aber gemäß Artikel 72 Absatz 1 zweiter Unterabsatz des Statuts im Hinblick auf die Krankheitsfürsorge möglich, muss die angeschlossene Person bei ihrer Abrechnungsstelle mit einem Dokument, das offiziell den Status einer nicht ehelichen Partnerschaft bescheinigt, einen Antrag auf Aufnahme in die gemeinsame Krankheitsfürsorge stellen.

2. Primärer Schutz des Ehegatten oder anerkannten Partners – Artikel 13

Bezieht der Ehegatte oder der anerkannte Partner Einkünfte aus einer beruflichen Tätigkeit, die weniger als 20 % des Grundgehaltes der Besoldungsgruppe AST2/1 ausmachen, kann er primär durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge abgesichert werden, wenn er den Nachweis erbringt, dass er sich aufgrund der Rechtsvorschriften des Landes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird oder wurde, oder des Wohnsitzlandes nicht bei einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen kann. Dieser Anspruch wird jährlich überprüft.

Sieht ein einzelstaatliches Sozialversicherungssystem eine Wartezeit vor, während derer die Beitragsentrichtung nicht zur Kostenerstattung berechtigt, so wird der Ehegatte oder anerkannte Partner während dieses Zeitraums weiterhin durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge abgesichert.

Der Ehegatte oder anerkannte Partner, der Einkünfte aus einer beruflichen Tätigkeit bezieht, kann in Ausnahmefällen primär über die gemeinsame Krankheitsfürsorge abgesichert werden, wenn er nicht einer anderen gesetzlichen oder ordentlichen Krankenversicherung beitreten kann oder die Prämien für eine Krankenversicherung mindestens 20 % der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit betragen.

3. Ergänzende Absicherung der mitangeschlossenen Personen – Artikel 14 und 16

Allgemeine Bestimmungen

Volle Absicherung gegen dieselben Risiken bedeutet, dass sich der Schutz auf dieselben Leistungen wie die in Artikel 1 der Gemeinsamen Regelung aufgeführten Leistungen bezieht.

Jeder Änderung der Lebenssituation des Ehegatten, des anerkannten Partners oder der unterhaltsberechtigten Kinder muss unverzüglich in irgendeiner Form schriftlich sowohl der Abrechnungsstelle als auch der zuständigen Anstellungsbehörde bzw. der zum Abschluss von Dienstverträgen ermächtigten Stelle angezeigt werden.

Ehegatte und anerkannter Partner (Artikel 14)

Bei der Inanspruchnahme der gemeinsamen Krankheitsfürsorge durch den Ehegatten/anerkannten Partner als Zusatzversicherung wird für die Berechnung der Ansprüche für Länder ohne Berichtigungskoeffizienten der für Belgien festgelegte Koeffizient herangezogen.

Die gemeinsame Krankheitsfürsorge übernimmt bei der Kostenerstattung die Rolle der Zusatzversicherung, sofern zuvor die Verfahren des primären Versicherungsträgers eingehalten wurden. Die durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge ergänzend versicherte Person muss die europäische Krankenversicherungskarte oder eine von ihrem primären Versicherungsträger ausgestellte gleichwertige Bescheinigung verwenden, wenn sie in der Europäischen Union und in den dem System angeschlossenen Ländern unterwegs ist.

Unterhaltsberechtigter Kinder mit Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen oder ordentlichen Krankenversicherung (Artikel 16 Absatz 1 zweiter Unterabsatz)

Bei Kindern, die primär über eine andere gesetzliche oder ordentliche Krankenversicherung versichert sind, übernimmt die gemeinsame Krankheitsfürsorge die Rolle der Zusatzversicherung; bei Behandlungen im Ausland oder als Privatpatient in Ländern mit Sofortleistung kann sie auch als primärer Versicherungsträger in Anspruch genommen werden, und zwar unabhängig davon, aus welchen Gründen der primäre Versicherungsträger die Leistung verweigert.

In diesem Fall ist die angeschlossene Person lediglich verpflichtet nachzuweisen, dass der primäre Versicherungsträger die Erstattung der betreffenden Leistungen abgelehnt hat.

Die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt eines über die GKFS ergänzend abgesicherten Kindes können von der gemeinsamen Krankheitsfürsorge übernommen werden, wenn die angeschlossene Person den Nachweis erbringt, dass der primäre Versicherungsträger die betreffenden Leistungen nicht erstattet.

4. Scheidung und Beendigung der Partnerschaft – Artikel 15

Der in Artikel 15 Absatz 1 vorgesehene maximale Zeitraum, in dem der Schutz noch weiterläuft, beginnt mit dem Zeitpunkt der Eintragung der Scheidung bzw. der Beendigung der Partnerschaft beim Standesamt.

Eine Verlängerung über diesen 12-Monats-Zeitraum hinaus kann nur für den Fall einer schweren Erkrankung, die vor Ablauf des Krankenfürsorgeanspruchs eingetreten ist und gemeldet wurde, oder bei einer bestehenden Schwangerschaft, die vor Ablauf des Schutzes durch die gemeinsame Krankenfürsorge gemeldet wurde, entsprechend den geltenden Bestimmungen gewährt werden.

Artikel 15 Absatz 2 der Gemeinsamen Regelung gilt auch für die Ehegatten.

Wird offiziell die Scheidung eingereicht oder die Beendigung der Partnerschaft beantragt, können der Ehegatte oder der/die Partner/in der angeschlossenen Person und/oder die

unterhaltsberechtigten Kinder nach Genehmigung durch die angeschlossene Person oder durch Gerichtsbeschluss direkten Zugang zur gemeinsamen Krankheitsfürsorge erhalten.

5. Absicherung der unterhaltsberechtigten Kinder – Artikel 16

Ist das Kind anderweitig versichert und führt dies für die Person, die den Anspruch in dem anderen System begründet hat, zur Zahlung von Zusatzbeiträgen, genießt das Kind primären Schutz durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge.

Es obliegt der angeschlossenen Person nachzuweisen (durch Schriftwechsel oder jedes andere Dokument), dass der Versicherungsschutz des Kindes durch ein anderes Versicherungssystem nicht möglich ist oder Zusatzbeiträge für die anderweitig versicherte Person nach sich zieht.

Sind beide Elternteile dem GKFS angeschlossen und haben das gemeinsame Sorgerecht für ein Kind, kann jedes Elternteil Erstattungsanträge für die für das Kind entstandenen Krankheitskosten stellen. Die Anträge auf vorherige Genehmigung und die Kostenvoranschläge sowie die Anträge auf Erstattung der sich daraus ergebenden Krankheitskosten müssen von demselben Elternteil gestellt werden.

Im Fall von offizieller Trennung, Scheidung oder Beendigung der Partnerschaft erhalten die Kinder, die zuvor ergänzend durch das GKFS abgesichert waren, von der Krankheitsfürsorge primären Versicherungsschutz.

6. Absicherung der übrigen unterhaltsberechtigten personen der angeschlossenen person – Artikel 17

Es besteht nur die Möglichkeit des primären Schutzes.

Kann die Person durch eine andere gesetzliche oder ordentliche Krankenversicherung versichert werden, fungiert die GKFS unter keinen Umständen als Zusatzversicherung.

Lässt sich der Versicherungsanspruch der anderweitig versicherten Person jedoch nicht in ein anderes Land übertragen und/oder sind zu diesem Zweck im Vergleich zum GKFS Zusatzbeiträge zu leisten, kann die Person primär über die gemeinsame Krankheitsfürsorge abgesichert werden.

Gleiches gilt, wenn eine Versicherung nur über freiwillige Beitragszahlung möglich ist.

Es obliegt der angeschlossenen Person, ihren Antrag auf Aufnahme der einem unterhaltsberechtigten Kind gleichgestellten Person in die gemeinsame Krankheitsfürsorge durch entsprechende Nachweise zu stützen.

7. Anschlussversicherung für die unterhaltsberechtigten kinder und die einem unterhaltsberechtigten kind gleichgestellten personen - artikel 18

Nimmt der Berechtigte während der in Artikel 18 der Gemeinsamen Regelung vorgesehenen Anschlussversicherung eine entgeltliche Erwerbstätigkeit im Sinne von Artikel 2 der

Gemeinsamen Regelung auf, wird der Schutz durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge aufgehoben. Bei Beendigung der Erwerbstätigkeit erfolgt die Wiederaufnahme in das GKFS bis zum Ablauf des ursprünglichen Zeitraums von 12 Monaten.

Sieht ein einzelstaatliches Sozialversicherungssystem eine Wartezeit vor, in der Beiträge ohne Anspruch auf Kostenerstattung für Leistungen zu entrichten sind, verbleibt der Berechtigte in dieser Zeit bis maximal zum Ablauf des 12-Monatszeitraums in der gemeinsamen Krankheitsfürsorge.

Eine Anschlussversicherung muss von der angeschlossenen Person schriftlich bei der für sie zuständigen Abrechnungsstelle beantragt werden.

Die Anschlussversicherung wird nicht automatisch gewährt, auch nicht, wenn eine Steuerermäßigung gewährt wird.

Kapitel 3 – Gemeinsame Bestimmungen für die angeschlossenen und mitangeschlossenen Personen

1. Anschlussversicherung der angeschlossenen Person im Falle von schwerer Krankheit, Schwangerschaft oder Entbindung – Artikel 7 und 10

Der Schutz durch die GKFS bleibt der nicht mehr anspruchsberechtigten angeschlossenen Person erhalten, wenn sämtliche nachstehend aufgeführten Bedingungen erfüllt sind:

- a. Die angeschlossene Person übernimmt den Beitrag für die Krankheitsfürsorge in Höhe von 50 %, der sich nach dem letzten aktualisierten Grundgehalt ihrer Besoldungsgruppe und ihrer Dienstaltersstufe bestimmt;
- b. Die schwere Krankheit ist vor dem Ausscheiden aus dem Dienst eingetreten und wurde vor Ablauf des Anspruchs auf Schutz durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge gemeldet bzw. die Schwangerschaft hat vor dem Ausscheiden aus dem Dienst begonnen und wurde dem Organ vor Ablauf des Schutzes gemeldet;
- c. Der angeschlossene ehemalige Beamte übt keine entgeltliche Erwerbstätigkeit aus bzw. der angeschlossene ehemalige Vertragsbedienstete oder Bedienstete auf Zeit kann sich nicht bei einer anderen gesetzlichen oder ordentlichen Krankenversicherung für die mit der schweren Krankheit oder der Schwangerschaft verbundenen Krankheitskosten versichern lassen, und zwar auch nicht mittels Beitragszahlung;
- d. Der Beschluss über die Anerkennung der schweren Krankheit ist nach wie vor gültig;
- e. Die angeschlossene Person unterzieht sich einer ärztlichen Kontrolle.

2. Situation der mitangeschlossenen Person einer nicht mehr anspruchsberechtigten Person - Artikel 12 , 15, 16, 17 und 18

Bei schwerer Krankheit oder Schwangerschaft verlängert sich der Schutz durch das GKFS auch für den nicht mehr anspruchsberechtigten Ehegatten, geschiedenen Ehegatten, anerkannten Partner oder anerkannten Ex-Partner, soweit es um die mit der schweren Krankheit verbundenen bzw. durch Schwangerschaft und Entbindung verursachten Kosten geht, wenn sämtliche nachstehend aufgeführten Bedingungen erfüllt sind:

- a. Die schwere Krankheit ist vor Ablauf des Anspruchs auf Schutz durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge eingetreten und gemeldet worden bzw. die Schwangerschaft hat vor Ablauf des Schutzes begonnen und ist dem Organ gemeldet worden;
- b. Die betreffende Person übt keine entgeltliche Erwerbstätigkeit aus und kann sich für die entsprechenden Krankheitskosten nicht bei einer anderen gesetzlichen oder ordentlichen Krankenversicherung versichern lassen, und zwar auch nicht mittels Beitragszahlung;
- c. Der Beschluss über die Anerkennung der schweren Krankheit ist nach wie vor gültig;
- d. Die betreffende Person unterzieht sich einer ärztlichen Kontrolle.

Unter denselben Bedingungen verlängert sich der Schutz durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge, soweit es um die Erstattung der mit einer schweren Krankheit verbundenen bzw. durch Schwangerschaft und Entbindung verursachten Kosten geht, auch für den unterhaltsberechtigten Kindern der angeschlossenen Person gleichgestellte Personen im Sinne von Artikel 2 Absatz 4 des Anhangs VII des Statuts.

Titel II - VORSCHRIFTEN ÜBER DIE KOSTENERSTATTUNG

Kapitel 1 – Ärztliche Konsultationen und Besuche

Codes 500 bis 505

1. Allgemeines und Begriffsbestimmungen	
Ärztliche Konsultationen und Besuche umfassen grundsätzlich ein Gespräch mit dem Kranken, eine klinische Untersuchung und gegebenenfalls eine Therapieverordnung.	
Die ärztliche Konsultation findet in der Arztpraxis statt; der ärztliche Besuch beinhaltet die Fahrt des Arztes zur Wohnung des Patienten, zu dessen Aufenthaltsort oder zur Krankenanstalt und schließt eine Untersuchung in seiner Arztpraxis aus.	
Als in der ärztlichen Konsultation und im Arztbesuch inbegriffen gelten:	
<ul style="list-style-type: none">• in der gängigen Praxis verwendete diagnostische Mittel (arterielle Blutdruckmessung, Spekulumuntersuchung, vaginale oder rektale Tastuntersuchung, Abstrich ohne Analysen);	
<ul style="list-style-type: none">• venöse Blutentnahme;	
<ul style="list-style-type: none">• qualitative Urinalysen (Eiweiß und Glukose);	
<ul style="list-style-type: none">• intravenöse, intramuskuläre, subkutane und intrakutane Injektionen;	
<ul style="list-style-type: none">• Impfungen;	
<ul style="list-style-type: none">• kleinere Verbände;	
<ul style="list-style-type: none">• Ausstellung einer kurzen Bescheinigung;	
<ul style="list-style-type: none">• etwaige Kosten für die Terminabsprache sowie die Fahrtkosten des Arztes am Ort.	

Sonstige, während der Konsultation oder des Besuchs durchgeführte ärztliche Untersuchungen und Leistungen sowie ausführliche ärztliche Gutachten, deren Preise gesondert in Rechnung gestellt werden, sind gemäß den geltenden Bestimmungen erstattungsfähig.	
Aufeinander folgende und/oder sich wiederholende Konsultationen können nach Stellungnahme des Vertrauensarztes nicht erstattet werden, wenn sie nicht begründet sind beziehungsweise ihre Notwendigkeit nicht anerkannt wird.	

2. Erstattungsmodalitäten	
2.1. <u>Ärztliche Konsultationen und Besuche</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Die Kosten für ärztliche Konsultationen/Besuche eines praktischen Arztes werden zu 85 % bis höchstens 35 € und bei schwerer Krankheit zu 100 % erstattet. 	500
<ul style="list-style-type: none"> Die Kosten für fachärztliche Konsultationen/Besuche eines Facharztes werden zu 85 % bis höchstens 50 € und bei schwerer Krankheit zu 100 % erstattet. 	501
<ul style="list-style-type: none"> Die Honorare für Notfallbesuche, Nachtbesuche sowie Besuche an Wochenenden und gesetzlichen oder landestypischen Feiertagen werden zu 85 % und bei schwerer Krankheit zu 100 % erstattet. 	503
<ul style="list-style-type: none"> Die von einem homöopathischen Arzt beim ersten Besuch durchgeführte und getrennt berechnete Anamnese wird zu 85 % bis höchstens 35 € erstattet. 	505
<ul style="list-style-type: none"> Die per Telefon, Post oder E-Mail durchgeführten Konsultationen und Stellungnahmen des behandelnden Arztes werden zu 85 % bis höchstens 10 € erstattet. 	502
2.2. <u>Medizinische Kapazität</u>	
Eine medizinische Kapazität ist ein auf einem medizinischen Fachgebiet international anerkannter Facharzt, der ein Forschungsteam leitet und Fachliteratur veröffentlicht hat.	
Die Konsultation einer medizinischen Kapazität wird, sofern vom Vertrauensarzt für notwendig befunden, zu 85 % mit dem Dreifachen des für die Konsultation eines Facharztes vorgesehenen Höchstbetrags und zu 100 % bei schwerer Krankheit erstattet.	504
Für dieselbe Krankheit werden pro Jahr zwei Konsultationen bei einer medizinischer Kapazität erstattet.	

3. Nicht erstattungsfähige Leistungen	
Nicht erstattungsfähig sind:	900
<ul style="list-style-type: none"> • die Kosten für Konsultationen auf einer Internetseite; 	
<ul style="list-style-type: none"> • die Honorare für vom Anspruchsberechtigten nicht eingehaltene Termine; 	
<ul style="list-style-type: none"> • die getrennt berechneten Versandkosten für ärztliche Gutachten 	
<ul style="list-style-type: none"> • die nicht zu Therapiezwecken beziehungsweise aus verwaltungstechnischen Gründen durchgeführten Konsultationen, Untersuchungen und fachlichen Leistungen, beispielsweise: 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ rechtsgutachten 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ untersuchung im Rahmen einer Versicherung 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ berufliche Eignungsprüfung 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ eignungsprüfung zur Erlangung eines Pilotenscheins 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ im Rahmen der Arbeitsmedizin durchgeführte Untersuchungen (Einstellungsuntersuchung und ärztliche Jahresuntersuchung). 	

Kapitel 2 – Krankenhausbehandlungen und chirurgische Eingriffe

Codes 201 bis 230

1. Krankenhausbehandlungen	
1.1. <u>Begriffsbestimmungen</u>	
Als Krankenhausbehandlungen gelten Aufenthalte in einem Krankenhaus oder in einer Klinik für:	
<ul style="list-style-type: none"> • die Behandlung von Erkrankungen oder chirurgischer Eingriffe sowie für Entbindungen, einschließlich eintägiger Aufenthalte; 	
<ul style="list-style-type: none"> • die funktionelle Rehabilitation nach einer Erkrankung oder einem chirurgischen Eingriff mit anschließender Arbeitsunfähigkeit; 	
<ul style="list-style-type: none"> • die Behandlung psychiatrischer Krankheiten; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Palliativbehandlung. 	
Zu den Leistungen, die nicht als Krankenhausbehandlungen gelten und daher nicht erstattungsfähig sind, zählen Aufenthalte:	
<ul style="list-style-type: none"> • in einer Einrichtung, die nicht über eine interdisziplinäre medizinisch-technische und logistische Infrastruktur verfügt; 	
<ul style="list-style-type: none"> • in Einrichtungen für betreutes Wohnen oder Seniorenheimen, die nicht über eine ärztliche und/oder pflegerische Infrastruktur verfügen; 	
<ul style="list-style-type: none"> • in einem Krankenhaus, einer Klinik und jeder sonstigen Einrichtung für Fitness und Wellness oder Schönheitsbehandlungen. 	
1.2. <u>Vorherige Genehmigungen</u>	
Einer vorherigen Genehmigung auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens bedürfen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Aufenthalte zur Behandlung von Erkrankungen oder chirurgischen Eingriffen von mehr als 6 Monaten Dauer; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Aufenthalte zur Durchführung plastischer Operationen; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Aufenthalte zum Zwecke der Rehabilitation, die sich nicht an eine Krankenhausbehandlung oder einen chirurgischen (insbesondere orthopädischen, neurologischen und rheumatologischen) Eingriff anschließen oder, wenn sie sich daran anschließen, die länger als zwei Monate dauern; 	

<ul style="list-style-type: none"> • Aufenthalte in einem psychiatrischen Krankenhaus von mehr als 12 Monaten Dauer; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Aufenthalte in auf Früherkennung und Diagnose (allgemeiner Check-up) spezialisierten Kliniken; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Begleitungskosten. 	
1.3. <u>Erstattungsmodalitäten</u>	
Erstattungssatz :	
Jeder als Krankenhausbehandlung geltende Aufenthalt wird im Falle eines chirurgischen Eingriffs und bei Krankenhausbehandlung mit einem Satz von 85 % erstattet.	220
Dieser Satz wird auf 100 % angehoben:	
<ul style="list-style-type: none"> • im Falle einer schweren Krankheit; 	
<ul style="list-style-type: none"> • für die Aufenthalte in der Intensivpflege von einer Dauer von mindestens drei aufeinander folgenden Tagen - auch wenn der Aufenthalt nicht unmittelbar mit einer schweren Krankheit verbunden ist - für die Gesamtdauer des Aufenthalts; 	220
<ul style="list-style-type: none"> • für Krankenhausaufenthalte zur Palliativbehandlung; 	225
<ul style="list-style-type: none"> • im Falle eines verlängerten Krankenhausaufenthalts für die Aufenthaltskosten, die über 30 aufeinander folgende Tage hinausgehen, nach Stellungnahme des Vertrauensarztes. 	225
Erstattungsbedingungen:	
Für die Erstattung der Krankenhausbehandlung ist ein ärztliches Gutachten erforderlich, das an den Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle zu übermitteln ist.	
<ul style="list-style-type: none"> • Unterbringungskosten : 	
Die Aufenthaltskosten in Bezug auf Unterbringung, Versorgung und Steuern werden auf der Grundlage der tatsächlich entstandenen Kosten und entsprechend den Fakturierungsvorschriften des Landes, in dem die Krankenhausbehandlung erfolgte, erstattet. Sind diese Kosten im Tagespauschalsatz für die Krankenhausbehandlung enthalten, erfolgt auch die Erstattung auf Pauschalbasis.	220
Die Unterbringungskosten werden höchstens bis zu dem Tarif für das kostengünstigste Einbettzimmer des Krankenhauses erstattet.	
Die Kostenerstattung beschränkt sich auf die medizinisch notwendige Dauer für die Eingriffe oder Behandlungen in dem Land, in dem die Krankenhausbehandlung durchgeführt wurde.	

<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose- und Behandlungskosten: 	
Außer den unter Ziffer 2 aufgeführten Kosten für chirurgische Eingriffe werden die Kosten für folgende Leistungen mit einem Satz von 85 % und bei schwerer Krankheit mit einem Satz von 100 % erstattet:	220
<ul style="list-style-type: none"> ○ die Kosten für Operationssaal- und Gipssaalbenutzung sowie für Verbandmittel und die sonstigen bei chirurgischen Eingriffen entstehenden Nebenkosten; ○ die Arzthonorare für Besuche und Konsultationen; ○ die Kosten für Analysen und Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen; ○ Arzneimittel, Kosten für Prothesen, Orthesen und sonstiges orthopädisches Gerät, sofern diese Kosten unmittelbar mit dem chirurgischen Eingriff und/oder der Krankenhausbehandlung verbunden sind; ○ Diagnose- oder Behandlungsleistungen. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Begleitungskosten: 	
In Ausnahmefällen kann auf Anordnung des behandelnden Arztes und nach vorheriger Genehmigung eine Erstattung von 85 % mit einem Höchstbetrag von 40 € pro Tag für die Aufenthaltskosten eines Familienmitglieds im Krankenzimmer oder im Bereich des Krankenhauses gewährt werden, das einen stationär behandelten Berechtigten begleitet, der das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder der in Anbetracht der Art seiner Krankheit oder einer anderen medizinisch begründeten Notwendigkeit der besonderen Pflege durch ein Familienmitglied bedarf.	222
Diese Erstattung kann auch für die Aufenthaltskosten des Kindes, das seine Mutter während der Stillzeit in die Krankenhauseinrichtung begleiten muss, gewährt werden.	
2. Chirurgische Eingriffe	
Die Kosten für chirurgische Eingriffe werden mit einem Satz von 85 % und bei schwerer Krankheit mit einem Satz von 100 % erstattet. Darin enthalten sind alle Honorare des Operateurs und seines bzw. seiner Assistenten sowie des Anästhesisten.	
Bei der Erstattung zu 85 % werden die Kosten für jeden Eingriff bis zu einem bestimmten Höchstbetrag erstattet, der sich nach der Kategorie des Eingriffs richtet:	

Kategorie	Erstattung zu 85 % - Höchstbetrag (in €)	
A1	535	201
A2	735	202
A3	1.350	203
B1	2.000	204
B2	2.600	205
C1	4.250	206
C2	5.350	207
D1	10.000	208
D2	Nicht anwendbar	209
Anhang I enthält eine Übersicht über die nach Kategorien gegliederten chirurgischen Eingriffe.		
Die nicht in dieser Liste aufgeführten chirurgischen Eingriffe können Eingriffen von vergleichbarer Tragweite gleichgestellt und die Kosten nach Stellungnahme des Vertrauensarztes auf dieser Grundlage erstattet werden.		
Im Falle eines Eingriffs mit einer außergewöhnlichen Komplikation ist nach Stellungnahme des Vertrauensarztes eine Erstattung bis zu dem für die nächst höhere Eingriffskategorie geltenden Höchstbetrag möglich.		
Sehen die für die Abrechnung geltenden Fakturierungsvorschriften ein Zusatzhonorar für Notfalleingriffe vor, werden die damit verbundenen Kosten zu 85 % und bei schwerer Krankheit zu 100 % erstattet, wobei der für den betreffenden chirurgischen Eingriff erstattete Gesamtbetrag den für die nächst höhere Eingriffskategorie geltenden Höchstbetrag nicht übersteigen darf.		
Die Eingriffe für plastische Operationen infolge schwerer Krankheit, Missbildung oder Unfalls werden nach vorheriger Genehmigung , für die die Stellungnahme des Vertrauensarztes erforderlich ist, erstattet. Die Kosten für plastische Operationen, die rein kosmetischen Charakter haben, werden nicht erstattet.		

Kapitel 3 – Leistungen bei Hilfsbedürftigkeit

Codes 701 bis 763

Die Erstattung von Leistungen bei Hilfsbedürftigkeit – Aufenthalte in Heimen und Kosten für Pflegepersonal mit Ausnahme von Entziehungskuren – hängt vom Grad der Hilfsbedürftigkeit des Anspruchsberechtigten ab.		
Der Grad der Hilfsbedürftigkeit bestimmt sich nach folgender Tabelle anhand der niedrigsten Punktzahl, die in einem der beiden in der Anlage beigefügten und vom behandelnden Arzt ausgefüllten Fragenkataloge erzielt wird:		
<i>Punktzahl</i>	<i>Grad der Hilfsbedürftigkeit</i>	
91-100	5	
75-90	4	
50-74	3	
25-49	2	
0-24	1	
Die Stufen 1 bis 4 auf der Hilfsbedürftigkeitsskala werden für die Erstattung der Kosten berücksichtigt, wobei Stufe 1 als höchster Grad der Hilfsbedürftigkeit gilt. Stufe 5 berechtigt nicht zur Kostenerstattung.		
1. Dauerhafte oder langfristige Aufenthalte in paramedizinischen und sonstigen Einrichtungen		
<u>1.1. Begriffsbestimmungen</u>		
Erstattet werden nach diesem Kapitel die Aufenthalte		
a) in einer behördlich anerkannten Senioren- und/oder Pflegeeinrichtung mit einer alten- und/oder behindertengerechten ärztlichen und/oder pflegerischen Infrastruktur;		
b) in einer behördlich zugelassenen psychiatrischen Einrichtung mit einer ärztlichen und/oder pflegerischen Infrastruktur bei einem dauerhaften ununterbrochenen Aufenthalt;		

c) in einer Einrichtung zur funktionellen Rehabilitation, wenn die vorherige Genehmigung zur Erstattung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung abgelehnt wurde (vgl. Titel II Kapitel 2 Ziffer 1.2.);	
d) in einer psychiatrischen Klinik bei einem langfristigen ununterbrochenen Aufenthalt von mehr als 12 Monaten, wenn die vorherige Genehmigung für eine Erstattung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung abgelehnt wurde (vgl. Titel II Kapitel 2 Punkt 1.2.);	
e) in einer Tagespflegestätte;	
f) in einer außerklinischen Entziehungseinrichtung.	
<u>1.2. Vorherige Genehmigungen</u>	
Die Aufenthalts- und Pflegekosten in den unter Punkt 1.1 aufgeführten Einrichtungen sind nur nach vorheriger Genehmigung auf der Grundlage eines an den Vertrauensarzt gerichteten ärztlichen Gutachtens (vgl. Punkt 1.3 unten) erstattungsfähig.	
Wird die Genehmigung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung verweigert (vgl. Titel II Kapitel 2), hat dies keinen Einfluss auf die gemäß diesem Kapitel erteilte Genehmigung.	
<u>1.3. Erstattungsmodalitäten</u>	
Artikel 24 der Gemeinsamen Regelung („Sondererstattungen“) ist auf die dem Berechtigten verbleibenden Kosten nicht anwendbar.	
a) Senioren- und Pflegeeinrichtungen	
Dem Antrag auf vorherige Genehmigung sind ein ärztliches Gutachten, das die Notwendigkeit des Aufenthalts in der Einrichtung begründet und die Art der für den Patienten erforderlichen Behandlung erläutert, sowie die beiden ordnungsgemäß vom behandelnden Arzt ausgefüllten Vordrucke im Anhang beizufügen.	
Die Genehmigung wird für einen Zeitraum von höchstens 12 Monaten erteilt. Sie ist erneuerbar.	
Alle Pflege- und Aufenthaltskosten werden mit einem Satz von 85 % bzw. 100 % bei schwerer Krankheit erstattet; für die Aufenthaltskosten gilt ein erstattungsfähiger Höchstbetrag von 36 € pro Tag.	Aufenthalt / 721 Pflege / 720

Sind in einer Rechnung die Behandlungs- und Aufenthaltskosten nicht getrennt ausgewiesen, wird eine pauschale Aufteilung entsprechend dem in der folgenden Tabelle aufgeführten Grad der Hilfsbedürftigkeit vorgenommen:					
Grad der Hilfsbedürftigkeit	Behandlungskosten	Code	Aufenthaltskosten	Code 24:00	Code 12:00
4	30%	720	70%	704	714
3	50%	720	50%	703	713
2	60%	720	40%	702	712
1	70%	720	30%	701	711
Auch hier gilt für die Aufenthaltskosten ein Höchstbetrag von 36 € pro Tag.					
b) Der Aufenthalt und die Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung werden mit einem Satz von 85 % bzw. mit einem Satz von 100 % bei schwerer Krankheit analog den für Senioren- und Pflegeeinrichtungen geltenden Bedingungen erstattet.					Aufenthalt / 721 Pflege / 720
Die Genehmigung ist auf der Grundlage eines ausführlichen Gutachtens des behandelnden Arztes in von der Abrechnungsstelle festgelegten Abständen erneuerbar.					
c) Der ständige Aufenthalt und die Behandlung in einer Einrichtung zur funktionellen Rehabilitation sowie in einer psychiatrischen Klinik werden mit einem Satz von 85 % bzw. bei schwerer Krankheit mit einem Satz von 100 % analog den für Senioren- und Pflegeeinrichtungen geltenden Bedingungen erstattet.					Aufenthalt / 721 Pflege / 720
Sind in einer Rechnung die Behandlungs- und Aufenthaltskosten nicht getrennt ausgewiesen, wird eine pauschale Aufteilung gemäß Stufe 1 der Hilfsbedürftigkeit vorgenommen.					
d) Der Aufenthalt in einer Tagespflegestätte und die durchgeführten Behandlungen werden unter den nachstehenden Bedingungen erstattet:					
<ul style="list-style-type: none"> • Nur Tagesbesuch in einer Senioren- und Pflegeeinrichtung für ältere Menschen oder einer neurologischen oder psychiatrischen Tageseinrichtung: Die Aufenthalts- und Behandlungskosten werden unter denselben Bedingungen wie der Aufenthalt in einer unter a) vorgesehenen Einrichtung mit einem Höchstbetrag von 18 € pro Tag für die Aufenthaltskosten erstattet. 					Aufenthalt / 721 Pflege / 720
<ul style="list-style-type: none"> • Besuch medizinisch-pädagogischer Einrichtungen: erstattungsfähig nach den geltenden Bestimmungen ist ausschließlich die Behandlung. 					Pflege / 720
e) Der Aufenthalt in einer Entziehungsanstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung sowie die Kosten der ärztlichen Behandlung werden ausschließlich zu 85 % bis zu einem maximalen Tagessatz von 36 € für die Aufenthaltskosten erstattet.					Aufenthalt / 731 Pflege / 730

Sind in einer Rechnung die Behandlungs- und Aufenthaltskosten nicht getrennt ausgewiesen, wird eine pauschale Aufteilung gemäß Stufe 1 der Hilfsbedürftigkeit vorgenommen.	Aufenthalt / 732 Pflege / 730
Die Erstattung ist auf einen Aufenthalt mit einer Gesamtdauer von 6 Monaten innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten begrenzt.	
2. Krankenpflege	
<u>2.1. Allgemeine Bestimmungen</u>	
a) <u>Begriffsbestimmungen</u>	
Die Krankenpflegeleistungen umfassen im Wesentlichen die häusliche Pflege des Kranken während mehrerer Stunden am Tag und auch während des gesamten Tages und/oder der gesamten Nacht.	
Die punktuellen Krankenpflegeleistungen (Spritzen, Verbände etc.) werden gemäß den Bedingungen in Kapitel 9, Titel II erstattet.	560
Unter die Krankenpflegeleistungen fällt nicht die häusliche Beaufsichtigung eines kranken Kindes aufgrund der Abwesenheit der Eltern.	910
b) <u>Voraussetzungen</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Für Krankenpflegeleistungen ist eine vorherige Genehmigung erforderlich. 	
Dem Antrag auf vorherige Genehmigung ist ein ärztliches Gutachten, das die Dauer der Leistung sowie Art und Häufigkeit der durchzuführenden Behandlung erläutert, und die beiden vom behandelnden Arzt ausgefüllten Vordrucke im Anhang beizufügen.	
Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Leistungen vom Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle, der sie entsprechend dem Grad der Hilfsbedürftigkeit des Anspruchsberechtigten bewertet, als unbedingt notwendig anerkannt werden. Lediglich die Stufen 1, 2, 3 und 4 berechtigen zur Erstattung der Krankenpflegeleistungen.	
<ul style="list-style-type: none"> Das Pflegepersonal muss von Rechts wegen zur Ausübung dieses Berufs befugt sein 	
In Ländern, in denen der Krankenpflegeberuf nicht gesetzlich geregelt ist und/oder für den Fall, dass kein amtlich zugelassener Krankenpfleger (beispielsweise vom Roten Kreuz) verfügbar ist, muss der behandelnde Arzt auf seiner Verordnung den Namen der	

Person angeben, die die Leistungen erbringt, und darlegen, dass sie die hierfür erforderlichen Qualifikationen mitbringt.	
Für Pflegepersonal, das weder bei einer amtlich anerkannten Einrichtung (z.B. Rotes Kreuz) angestellt noch offiziell selbstständig tätig ist, muss der Abrechnungsstelle als Nachweis ein bestehendes Vertragsverhältnis (ordnungsgemäßer Arbeitsvertrag und/oder spezieller Versicherungsvertrag für die Beschäftigung des Krankenpflegers) vorgelegt werden.	
Diesbezügliche Sozialabgaben und/oder Versicherungsprämien sind in den Krankenpflegekosten enthalten und werden entsprechend erstattet.	
<ul style="list-style-type: none"> Die Rechnungen müssen den Rechtsvorschriften des Landes entsprechen, in dem sie ausgestellt wurden. 	
Ohne die verlangten Unterlagen kann keine vorherige Genehmigung erteilt werden und keine Erstattung der entsprechenden Leistungen erfolgen.	
<u>2.2. Erstattungen</u>	
Die Kosten werden mit einem Satz von 80 % bzw. 100 % bei schwerer Krankheit mit einem erstattungsfähigen Höchstbetrag (siehe unten) unabhängig von der Zahl der Personen, die die Krankenpflegeleistungen erbringen, erstattet.	
Die Reise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten des Pflegepersonals sowie alle sonstigen zusätzlichen Kosten werden nicht erstattet.	900
Die nicht erstatteten Kosten sind nicht gemäß Artikel 24 der Gemeinsamen Regelung („Sondererstattungen“) erstattungsfähig.	
<ul style="list-style-type: none"> Vorübergehende Krankenpflegeleistungen 	
Die Kosten für Hauspflegepersonal werden für eine Höchstdauer von 60 Tagen zu 80 % bis zu einem Tagessatz von maximal 72 € bzw. bei schwerer Krankheit zu 100 % bis zu einem Tagessatz von maximal 90 € erstattet.	760

• Langfristige Krankenpflegeleistungen		
Über 60 Tage hinaus werden die Kosten für Hauspflegepersonal zu 80 % bzw. bei schwerer Krankheit zu 100 % bis zu den in nachstehender Tabelle aufgeführten Höchstbeträgen, gemindert um einen Betrag von 10 % des Grundgehaltes der angeschlossenen Person (Gehalt, Ruhegehalt, Ruhegehalt oder Zuwendung wegen Dienstunfähigkeit, Vergütung gemäß Artikel 2 Absatz 3 vierter und fünfter Gedankenstrich der Gemeinsamen Regelung), erstattet.		
Grad der Hilfsbedürftigkeit	Erstattungshöchstbetrag	Code
4 und 3	50 % des Grundgehaltes eines Beamten der Besoldungsgruppe AST 2/1	761
2 und 1	100 % des Grundgehaltes eines Beamten der Besoldungsgruppe AST 2/1	762
Die Genehmigung kann für einen Zeitraum von höchstens 12 Monaten erteilt werden. Sie ist erneuerbar.		
• Krankenpflegeleistungen in der Krankenanstalt		
Diese Kosten sind nicht erstattungsfähig, außer in öffentlichen Einrichtungen, deren Infrastruktur für die Sicherstellung der üblichen Pflegeleistungen unzureichend ist. In diesem Falle werden die für Pflegepersonal auf Verordnung des behandelnden Arztes aufgewendeten Kosten mit vorheriger Genehmigung und nach der Stellungnahme des Vertrauensarztes mit einem Satz von 80 % bis zu einem Tagessatz von maximal 60 € erstattet. Bei schweren Erkrankungen werden diese Kosten mit einem Satz von 100 % bis zu einem Tagessatz von maximal 75 € erstattet.		763

Betrifft: Frau/Herrn

Personalnummer.....

I. BEWERTUNG DER FUNKTIONELLEN SELBSTSTÄNDIGKEIT

BEWERTUNGSKRITERIUM	BESCHREIBUNG	PUNKTZAHL
EINNAHME DER MAHLZEITEN	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstständig, kann mit Besteck essen, beendet die Mahlzeiten innerhalb eines normalen Zeitraums - Braucht Hilfe, um beispielsweise Nahrungsmittel zu schneiden. - Ist nicht in der Lage, sich selbstständig zu ernähren. 	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
BADEN	<ul style="list-style-type: none"> - Nimmt ein Bad ohne Hilfestellung - Ist nicht in der Lage, ein Bad zu nehmen 	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
TÄGLICHE KÖRPERPFLEGE	<ul style="list-style-type: none"> - Wäscht sich das Gesicht, kämmt sich die Haare, reinigt sich die Zähne, rasiert sich (schließt den Rasierapparat an die Steckdose an). - Ist nicht in der Lage, diese Handlungen durchzuführen. 	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
ANKLEIDEN	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstständig. Kann Schnürsenkel zubinden, Haken und Ösen verschließen, Hosenträger festklemmen - Benötigt Hilfe, kann aber mindestens die Hälfte dieser Handlungen innerhalb eines angemessenen Zeitraums durchführen. - Ist nicht in der Lage, diese Handlungen durchzuführen 	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
DARMKONTROLLE	<ul style="list-style-type: none"> - Hat keine Probleme. Ist in der Lage, Waschungen vorzunehmen und ggf. Zäpfchen einzuführen. - Hat gelegentlich Probleme. Braucht Hilfe bei Waschungen oder dem Einführen von Zäpfchen - Ist nicht in der Lage, Waschungen vorzunehmen oder Zäpfchen einzuführen. 	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
BLASENKONTROLLE	<ul style="list-style-type: none"> - Hat keine Probleme. Kann erforderlichenfalls mit den für die Sammlung von Urin bestimmten Gefäßen umgehen. - Hat gelegentlich Probleme und benötigt Hilfe, um mit den für die Sammlung von Urin bestimmten Gefäßen umzugehen. - Ist nicht in der Lage, diese Gefäße zu benutzen. 	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
GANG ZUR TOILETTE	<ul style="list-style-type: none"> - Ist in der Lage, selbstständig auf die Toilette zu gehen oder das Nachtgeschirr zu benutzen. Kommt mit der Kleidung zurecht, kann sich abwischen, die Wasserspülung betätigen oder das Nachtgeschirr säubern. - Braucht Hilfe, um das Gleichgewicht zu halten, um mit der Kleidung oder dem Toilettenpapier zurechtzukommen. - Ist nicht in der Lage, die vorstehend aufgeführten Handlungen durchzuführen. 	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SICH ZUM BETT, SESSEL ODER STUHL BEGEBEN	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstständig, ist auch in der Lage, den Rollstuhl zu blockieren und die Fußstütze wegzuklappen. - Braucht ein Minimum an Hilfe oder einfach nur etwas Aufsicht. - Kann sich alleine hinsetzen, braucht aber sehr viel Hilfe für die Fortbewegung. - Ist vollständig auf Hilfe angewiesen. 	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

LAUFEN	<ul style="list-style-type: none"> - Kann 50 Meter alleine laufen. Kann Gehstöcke benutzen, benutzt aber keine rollenden Gehhilfen. - Kann 50 Meter mit Hilfe laufen. - Kann mit einem Rollstuhl selbstständig 50 Meter zurücklegen, falls zum Laufen nicht in der Lage. - Ist nicht in der Lage zu laufen. 	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
TREPPEN HINAUFGEHEN	<ul style="list-style-type: none"> -Selbstständig. Kann Stöcke benutzen -Benötigt Hilfe oder einfach nur etwas Unterstützung. -Ist nicht in der Lage, Treppen hinaufzugehen. 	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SUMME ALLER BEWERTUNGSKRITERIEN		../100

Bitte für jede einzelne Rubrik ein Kästchen ankreuzen!

P.T.O and complete

II. BEWERTUNG DER FÄHIGKEIT DER RÄUMLICHEN UND ZEITLICHEN ORIENTIERUNG

BEWERTUNGSKRITERIEN	BEWERTUNG DER SCHWIERIGKEITEN	PUNKTZAHL
1. AUSDRUCKSSCHWIERIGKEITEN Schwierigkeiten, sich mit Worten und/oder Gesten verständlich zu machen	- ständig - gelegentlich; selten - nie	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
2. VERBALE STÖRUNGEN Grundloses Schreien und/oder Stören anderer Personen durch Schreien und/oder Brüllen	- ständig - gelegentlich; selten - nie	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
3. VERHALTENSSTÖRUNGEN Unappetitliche Tischmanieren, plötzliches Sicht-Ausziehen, Verrichten der Notdurft außerhalb der dafür vorgesehenen Einrichtungen, Spucken...	- ständig - gelegentlich; selten - nie	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
4. ZEITLICHE ORIENTIERUNG	- vollständig desorientiert - gelegentlich desorientiert - keine Probleme	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
5. UNRUHIGES VERHALTEN Zwischenmenschliche Schwierigkeiten, Persönlichkeitsstörungen und/oder Autoaggressivität und/oder psychomotorische Unruhe (Wandertrieb, Ausbrechen...)	- ständig - gelegentlich; selten - nie	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
6. NÄCHTLICHES VERHALTEN Herumirren, Stören der Mitmenschen, Verwechseln von Tag und Nacht	- ständig - gelegentlich; selten - nie	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
7. RÄUMLICHE ORIENTIERUNG	- vollständig desorientiert - gelegentlich desorientiert - keine Probleme	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
8. FEINDSELIGES VERHALTEN Gewalttätig gegenüber dem Umfeld und gegenüber den Gegenständen der Umgebung: Kleidung, Möbel, Zeitschriften usw. sowie Aggressivität gegenüber den Mitmenschen	- ständig - gelegentlich; selten - nie	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
9. GEDÄCHTNISVERLUST	a) Kurzzeitgedächtnis :	YA NEIN 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) Langzeitgedächtnis:	YA NEIN ----- 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

10. ERKENNEN DER UMGEBUNG Verlust der Fähigkeit des Erkennens...	a) Familienangehörige (Kinder, Ehepartner)	YA NEIN	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) Freunde, Bekannte usw.	YA NEIN	----- 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
SUMME ALLER BEWERTUNGSKRITERIEN		/100

Bitte für jede einzelne Rubrik ein Kästchen ankreuzen!

.....
Datum

.....
Unterschrift des Arztes und Stempel

Kapitel 4 – Arzneimittel

Codes 520 bis 525

1. Begriffsbestimmung	
Im Rahmen der gemeinsamen Krankheitsfürsorge ist ein Arzneimittel:	
<ul style="list-style-type: none"> entweder ein als Arzneimittel registriertes Präparat, das über eine Arzneimittelzulassung verfügt 	
<ul style="list-style-type: none"> oder eine Medikamentenzubereitung, die in Verantwortung des Apothekers hergestellt wurde und dessen Zusammensetzung auf der ärztlichen Verordnung oder auf der Apothekenrechnung angegeben ist und dessen Komponenten nachweislich wirksam und unschädlich sind 	
<ul style="list-style-type: none"> oder ein homöopathisches Präparat, ein phytotherapeutisches Präparat oder eine Urtinktur, deren Wirksamkeit und Unschädlichkeit wissenschaftlich bewiesen sind. 	
2. Erstattungsbedingungen	
<ul style="list-style-type: none"> Das Arzneimittel muss vom Arzt nach einer anerkannten medizinischen Indikation und in den üblichen therapeutischen Empfehlungen entsprechenden Dosen verordnet und von einem Apotheker, einem Arzt oder von jeder sonstigen für die Abgabe von Arzneimitteln zugelassenen Stelle bzw. jedem sonstigen zu diesem Zweck zugelassenen System abgegeben worden sein. 	
<ul style="list-style-type: none"> Darf kraft der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften auch eine andere Person als ein Arzt (beispielsweise Zahnarzt, Hebamme, Krankenschwester, Heilpraktiker etc.) Arzneimittel verschreiben, so sind diese gemäß den Bedingungen des gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems in den Ländern, in denen dies offiziell anerkannt und rechtlich zulässig ist, ebenfalls erstattungsfähig. 	
<ul style="list-style-type: none"> Die Zusammensetzung einer Medikamentenzubereitung muss auf der ärztlichen Verordnung oder auf der Apothekenrechnung angegeben sein und dem Erstattungsantrag beigefügt werden. 	
<ul style="list-style-type: none"> Im Falle von Erstattungsanträgen für Dosierungen, die deutlich 	

über die üblichen therapeutischen Empfehlungen hinausgehen, wird die als übermäßig erachtete Menge des betreffenden Arzneimittels nach Stellungnahme des Vertrauensarztes nicht erstattet.	
3. Erstattungsverfahren	
Arzneimittel werden mit einem Satz von 85 % oder, wenn sie im Rahmen einer schweren Krankheit verordnet werden, zu 100 % erstattet.	520
Hiervon abweichend gilt:	
<ul style="list-style-type: none"> Die bei Entziehungskuren oder für die Ersatzbehandlung bei Rauschgiftsüchtigen verwendeten Betäubungsmittel werden während höchstens 6 Monaten mit einem Satz von 100 % erstattet (siehe Ziffer 4.1.); 	525
<ul style="list-style-type: none"> Bei diätetischen Nahrungsmittel im Sinne von Ziffer 4.3 b) wird der Erstattungssatz von 85 % oder 100 % auf 40 % der verauslagten Kosten angewandt, was im Durchschnitt der Preisdifferenz zu den herkömmlichen Erzeugnissen entspricht. 	522
<ul style="list-style-type: none"> Bei Arzneimitteln, die im Rahmen der Raucherentwöhnung verwendet werden, ist die Erstattung auf 200 € für die gesamten Behandlungen, die der Berechtigte im Laufe seines Lebens erhält, begrenzt. 	524
4. Nach vorheriger Genehmigung erstattungsfähige Arzneimittel	
4.1. Folgende Arzneimittel bedürfen einer vorherigen Genehmigung nach Vorlage eines ärztlichen Gutachtens:	
<ul style="list-style-type: none"> Schlankheitsmittel 	521
<ul style="list-style-type: none"> Anti-Aging-Hormonbehandlungen, die nicht durch ein objektives Hormondefizit begründet sind 	521
<ul style="list-style-type: none"> Wachstumshormone 	521
<ul style="list-style-type: none"> Arzneimittel, die bei der symptomatischen Behandlung von Erektionsstörungen bei Männern verwendet werden, wenn die Impotenz die Folge einer schweren Krankheit, eines Unfalls oder einer Prostataoperation ist. Der erstattungsfähige Höchstbetrag für diese Arzneimittel beträgt 400 € pro Zwölfmonatszeitraum. 	523
<ul style="list-style-type: none"> Betäubungsmittel, die in Entziehungskuren oder für die Ersatzbehandlung bei Rauschgiftsüchtigen verwendet werden. Hier erfolgt eine Sondererstattung mit einem Satz von 100 % während eines Zeitraums von höchstens 6 Monaten. 	525

4.2. Einer vorherigen Genehmigung nach Vorlage eines ärztlichen Gutachtens bedürfen pharmazeutische Präparate, die über eine Arzneimittelzulassung verfügen, jedoch außerhalb ihrer anerkannten medizinischen Indikation zu denselben Zwecken wie die unter Ziffer 4.1 aufgeführten Arzneimittel verwendet werden	521
Dies gilt auch für Haarwuchsmittel.	
4.3. Einige diätetische Nahrungsmittel und Hygieneprodukte bedürfen einer vorherigen Genehmigung nach Vorlage eines ärztlichen Gutachtens, wenn sie als überlebensnotwendig gelten.	
Diese Mittel werden erstattet, auch wenn sie nicht von einem Apotheker, einem Arzt oder einer anderen für die Abgabe von Arzneimitteln zugelassenen Stelle oder einem sonstigen zugelassenen Arzneiabgabesystem bezogen wurden.	
Darunter fallen:	
a) Spezialmittel für die enterale oder parenterale Ernährung, die zu 85 % bzw. bei schwerer Krankheit zu 100 % erstattet werden;	521
b) - hyperkalorische oder proteinreiche Flüssignahrungsmittel, die nach einer Radiotherapie, Chemotherapie oder einem schweren chirurgischen Eingriff verordnet werden;	522
- Milchersatz in Form von stark hydrolisierten Semielementar-Präparaten bei länger anhaltendem Durchfall aufgrund einer schweren Kuh- oder Sojamilchallergie oder bei einem anaphylaktischen Schock, bei Enterokarenz oder einer entzündlichen Darmkrankheit;	522
- Spezialnahrungsmittel, die bei Stoffwechselkrankheiten eingesetzt werden.	522
Der Erstattungssatz für diese drei Arzneimittelkategorien wird auf 40 % der verauslagten Kosten angewandt, was im Durchschnitt der Preisdifferenz zu den herkömmlichen Erzeugnissen entspricht.	522 (40%)
c) Desinfektions- oder Hygienemittel, die für die Behandlung bestimmter schwerer Krankheiten, wie insbesondere nosokomiale Infektionen, unverzichtbar sind.	521

5. Nicht erstattungsfähige Arzneimittel	
Nicht erstattungsfähig sind:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Produkte die kosmetischen, hygienischen, ästhetischen, diätetischen Zwecken oder dem Wohlbefinden dienen, mit Ausnahme der vorstehend unter Punkt 4 genannten Fälle. 	900 / 901
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tonische Weine und Liköre, organotherapeutische Zubereitungen, Spurenelemente in katalytischen Dosierungen, die über eine Zulassung als Arzneimittel verfügen, jedoch nicht nachweislich wirksam und/oder unschädlich sind. 	900 / 901
6. Information der angeschlossenen Personen	
Die beiden Listen mit den wichtigsten erstattungsfähigen und den wichtigsten nicht erstattungsfähigen Arzneimitteln werden regelmäßig aktualisiert und den angeschlossenen Personen zur Kenntnis gebracht.	
Arzneimittel, die auf keiner der beiden Listen geführt werden, können nach Stellungnahme des Vertrauensarztes erstattet werden.	

Kapitel 5 – Zahnpflege, -behandlung und -ersatz

Codes 310 bis 354

1. Zahnbehandlung und präventive Pflege	
Die Kosten für die präventive Mund- und Zahnpflege, Röntgenuntersuchungen, Zahnbehandlungen und chirurgische Eingriffe werden mit einem Satz von 80 % bis maximal 750 € pro Kalenderjahr und Berechtigtem erstattet, sofern die Leistungen durch dazu von den zuständigen einzelstaatlichen Behörden befugte Personen erbracht werden.	310
Im Fall einer schweren Krankheit wie beispielsweise Krebs, insulinabhängige Diabetes, Valvulopathie (von Dentalherden ausgehende Infektion zahnferner Gewebe), die Auswirkungen auf die Mundhöhle haben, werden die Kosten nach gemeinsamer befürwortender Stellungnahme des Vertrauensarztes und des Vertrauenszahnarztes zu 100 % bis maximal 1 500 € erstattet. Dieser Betrag gilt auch für die erschwerte Behandlung bei einem hyperaktiven Kind und einer Schwangeren.	
Dieser Betrag deckt alle nachstehend aufgeführten Leistungen ab:	
<ul style="list-style-type: none"> • Beratung; • intraorale Röntgenuntersuchung; • Panorama-Röntgenaufnahme und Teleröntgenographie in der Zahnarztpraxis^(*); • Fluoridierung; • Versiegelung von Zahnfissuren und Grübchen; • Zahnsteinentfernung; • Zahnfüllung^(**); • Rekonstitution, Stumpfaufbau (Schraube oder Stift), Inlays und Kunststoffverblendungen; • Devitalisierung und Wurzelkanalfüllung; • normale Extraktion, Abszesseröffnung, Entfernung von Knochensplittern; • chirurgische Extraktion, retinierter Zahn, Wurzelspitzenresektion, Wurzelamputation, Frenektomie^(***); • Lokal- oder Regionalanästhesie. 	
Die in dieser Liste nicht aufgeführten Leistungen können nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes mit einem Satz von 80 % oder 100 % im Fall einer schweren Krankheit innerhalb des jährlichen Erstattungshöchstbetrags erstattet werden.	

<p>(*)Dieselben Untersuchungen ebenso wie das Maxillofazial-Scanning werden, wenn sie in einer Klinik durchgeführt werden, mit einem Satz von 85 % erstattet.</p> <p>(**)Die Kosten einer systematischen Entfernung aller Silber-Amalgam-Füllungen und ihrer Ersetzung sind nicht erstattungsfähig, außer wenn sie beschädigt sind oder Rezidive aufweisen.</p> <p>(***)Die in einer Klinik unter Vollnarkose oder örtlicher Betäubung vorgenommene Extraktion eines retinierten Weisheitszahns wird im Rahmen der für chirurgische Eingriffe der Kategorie A2 festgelegten Grenzen und Bedingungen erstattet. Bei einer zusätzlichen Extraktion während derselben Sitzung beschränkt sich die Erstattung pro Zahn auf die Hälfte des erstattungsfähigen Betrags für chirurgische Eingriffe der Kategorie A2.</p>	<p style="text-align: center;">540</p> <hr/> <p style="text-align: center;">900/310</p> <hr/> <p style="text-align: center;">311/312</p>
<p>2. Parodontitis</p>	
<p>Die vorab von der Abrechnungsstelle gegen Vorlage eines detaillierten Kostenvoranschlags und nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes genehmigten Kosten für eine Parodontitisbehandlung werden mit einem Satz von 80 % bis zu höchstens sechs Tranchen zu 350 €, das heißt 2 100 € für den gesamten Mund und über einen Zeitraum von 10 Jahren erstattet. Eine zweite Erstattung kann unter denselben Bedingungen nach Ablauf von 6 Jahren ab dem Ende des Zehnjahreszeitraums gewährt werden.</p>	<p style="text-align: center;">313</p>
<p>Die Kosten für Röntgenuntersuchungen werden gesondert gemäß Ziffer 1 erstattet.</p>	<p style="text-align: center;">540</p>
<p>3. Zahnregulierung</p>	
<p>Die Kosten für eine orthodontische Behandlung (dentofaziale Orthopädie) werden mit einem Satz von 80 % bis maximal 3 300 € für die gesamte Behandlung (einschließlich cephalometrischer Analyse, Herstellung der Gebissmodelle, Aufnahmen und Fixation) erstattet, sofern die Abrechnungsstelle nach Vorlage eines Kostenvoranschlags und nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes die Behandlung zuvor genehmigt hat. Die Kosten für Röntgenuntersuchungen werden gemäß Ziffer 1 getrennt erstattet.</p>	<p style="text-align: center;">314</p>
<p>Die orthodontische Behandlung muss vor Vollendung des 18. Lebensjahres beginnen, außer im Falle einer schweren Erkrankung der Mundhöhle, bei Maxillofazialchirurgie, maxillofazialem Trauma und schwerwiegenden Problemen des Temporomandibulärgelenks, die röntgenologisch und klinisch nachgewiesen wurden.</p>	
<p>Die Erstattung einer zweiten Behandlung gemäß denselben Bedingungen kann in folgenden Fällen genehmigt werden:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Änderung des Wohnsitzlandes des Anspruchsberechtigten und dadurch bedingter Arztwechsel, wenn der neue Arzt die laufende Behandlung nicht nach derselben Therapietechnik fortsetzen kann. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn die Änderung des Wohnsitzlandes des Berechtigten durch Belege nachgewiesen wird und wenn sich die neue Behandlung unmittelbar an die vorausgegangene Behandlung anschließt; 	

<ul style="list-style-type: none"> • Tod des behandelnden Arztes oder Schließung seiner Praxis; 		
<ul style="list-style-type: none"> • Nichtanlagen ab 5 Zähnen (Weisheitszähne ausgenommen) pro Kiefer; 		
<ul style="list-style-type: none"> • schwere Maxillofazialchirurgie mit Osteosynthesen (Traumata oder Tumore); 		
<ul style="list-style-type: none"> • schwerwiegende Probleme des Temporomandibulärgelenks. 		
4. Gnathologie		
Die Kosten für eine gnathologische Behandlung (Bissstörungen) werden mit einem Satz von 80 % bis maximal 450 € für die gesamte Behandlung erstattet, sofern die Abrechnungsstelle nach Vorlage eines Kostenvoranschlags und nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes die Behandlung zuvor genehmigt hat.		315
Diese nur einmal erstattungsfähige Behandlung umfasst:		
<ul style="list-style-type: none"> • die Voruntersuchung, mit Ausnahme der gemäß Ziffer 1 erstatteten Röntgenuntersuchungen; 		315
<ul style="list-style-type: none"> • die Aufbissschiene; 		315
<ul style="list-style-type: none"> • die Sitzungen zur Kontrolle der Schiene; 		315
<ul style="list-style-type: none"> • die Sitzungen zur Herstellung des okklusalen Gleichgewichts. 		315
5. Zahnersatz		
Die Kosten für Zahnersatz werden nach vorheriger Genehmigung auf Vorlage eines Kostenvoranschlags und nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes mit einem Satz von 80 % im Rahmen der in nachstehender Tabelle aufgeführten erstattungsfähigen Höchstbeträge erstattet. Bei Notfällen, in denen die Vorlage eines Kostenvoranschlags nicht möglich ist, werden lediglich die Kosten für den provisorischen Zahnersatz erstattet.		
Art der Leistung	Höchstbetrag (€)	
1. a) Festsitzende Prothesen		
Gold- oder Keramikinlay, gegossener Stumpfaufbau	250	320
Gusskrone, Teleskopkrone, Metall-Keramik-Krone oder -Element, Keramikverblendschalen	250	321
Befestigung (Dolder-Steg: pro Pfeilerzahn)	250	322
Provisorische Krone oder Brücke (*)	30	323
b) Reparatur festsitzender Prothesen		
Herausnahme oder Wiedereinsetzen fester Elemente (je Element)	50	324
Reparatur von Kronen oder Brückenelementen (mit Ausnahme von provisorischer Kronen und Elemente) je Element	90	325
2. a) Herausnehmbarer Zahnersatz		
Kunststoffbasis, Aufbissschiene (mit Ausnahme der Bleaching-Schiene)	200	330

Zahn oder Klammer auf Kunststoffbasis	50	331
Vollprothese oben oder unten	800	332
Provisorische Kunststoffbasis	90	333
Zahn- oder Klammerprovisorium auf Kunststoffbasis	30	334
Gegossene Metallbasis (mit Klammern)	400	435
Zahn auf gegossener Metallbasis (maximal 10)	100	336
b) Reparatur von herausnehmbarem Zahnersatz		
Reparatur einer Kunststoffbasis, Hinzufügen (Ersetzen) eines Zahnes oder einer Klammer auf Kunststoff- oder Metallbasis (*)	60	337
Unterfütterung (Teil- oder Vollbasis / Kunststoff- oder Metallbasis)	150	338
* Für die Übergangskrone und die Reparaturen auf Metallbasis (Chrom – Kobalt) werden die erstattungsfähigen Höchstbeträge verdoppelt.		
Die Genehmigung für die Erneuerung von herausnehmbarem oder feststehendem Zahnersatz, der bereits von der gemeinsamen Krankheitsfürsorge erstattet wurde, kann erst nach Ablauf von sechs Jahren erteilt werden. Die Erstattung erfolgt gemäß vorstehenden Bedingungen.		
In Ausnahmefällen, vor allem im Falle eines traumatischen Unfalls oder bei schwerer Krankheit (zum Beispiel Kieferkrebs), die die Mundhöhle betreffen oder sich auf diese auswirken, so dass das Tragen des eingesetzten Zahnersatzes unmöglich wird, können die Fristen für die Erneuerung nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes und Vorlage einer ausführlichen ärztlichen Begründung sowie eines Kostenvoranschlags verkürzt werden.		
6. Implantologie		
6.1. Die Behandlungen für den Einsatz von Zahnimplantaten müssen vorab von der Abrechnungsstelle auf Vorlage eines Kostenvoranschlags und nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes genehmigt werden.		
6.2. Die Erstattung ist auf vier Implantate pro Kiefer begrenzt, das heißt auf maximal 8 Implantate pro Berechtigtem während seiner gesamten Lebenszeit.		
6.3. Die Leistungen für den Einsatz von Implantaten werden mit einem Satz von 80 % bis maximal 550 € pro Implantat erstattet. Die Kosten für den Einsatz von Implantaten umfassen:		
• die Voruntersuchung, mit Ausnahme der getrennt erstatteten Röntgenuntersuchungen;		341 bis 344
• die Verpflanzung eines synthetischen Knochens;		
• das eingesetzte Material : Implantat, Abutment, Membran und steriles Einwegmaterial;		
• die vom Arzt vorgenommenen Lokalanästhesien;		

<ul style="list-style-type: none"> den chirurgischen Eingriff für den Einsatz des Implantats in den Knochen; 	
<ul style="list-style-type: none"> die Suche und Freilegung des Implantatkopfes, die einige Monate nach dessen Einbettung in den Knochen erfolgt. 	
<p>6.4. Bei - ebenfalls vorab genehmigungspflichtigem - Einsatz des Implantats in einer klinischen Einrichtung werden die Kosten für Aufenthalt, Anästhesie und alle sonstigen Leistungen nach den für die einzelnen Leistungen geltenden Bedingungen erstattet, mit Ausnahme des Arzthonorars und der unter Ziffer 6.3 aufgeführten Leistungen.</p>	
<p>6.5. Nach vorheriger Genehmigung werden die Kosten für eine autogene Knochentransplantation, die nur von einem Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen vorgenommen werden darf, mit einem Satz von 85 % bis zu den für chirurgische Eingriffe der Kategorie B1 vorgesehenen Höchstbeträgen erstattet. Die Kosten für den Aufenthalt und sonstige mit dem Eingriff verbundenen Leistungen werden nach den hierfür geltenden Bedingungen erstattet.</p>	
<p>7. Schwere Krankheit</p>	
<p>Im Falle einer schweren Krankheit, die Auswirkungen auf die Mundhöhle hat, werden die Kosten für die unter den Ziffern 2 bis 6 vorgesehenen Behandlungen nach gemeinsamer Stellungnahme des Vertrauensarztes und des Vertrauenszahnarztes mit einem Satz von 100 % bis zum Doppelten des für die einzelnen Leistungen geltenden Höchstbetrags erstattet.</p>	
<p>8. Sonderbestimmungen</p>	
<p>Bei genehmigungspflichtigen Leistungen sind, außer in Notfällen oder in Fällen höherer Gewalt, die offiziellen Kostenvoranschläge der gemeinsamen Krankheitsfürsorge zu verwenden. Die Honorarforderungen sind nach demselben Schema wie die Kostenvoranschläge zu erstellen, es sei denn, die Vorschriften des jeweiligen Landes lassen dies nicht zu. Die Honorarforderungen müssen analog zum Kostenvoranschlag für jede Leistung einen gesonderten Betrag mit Angabe der Nummer der behandelten Zähne ausweisen.</p>	
<p>Den Kostenvoranschlägen für orthodontische und parodontische Behandlungen, festsitzende Prothesen und Implantate müssen Röntgenaufnahmen und/oder Modelle beigelegt sein. Gegebenenfalls kann der Vertrauenszahnarzt eine Überprüfung des Gesundheitszustandes des Patienten vornehmen oder veranlassen.</p>	
<p>Die in den Kostenvoranschlägen aufgeführten Behandlungen müssen innerhalb von 12 Monaten ab dem Zeitpunkt ihrer Genehmigung begonnen werden. Diese Frist kann in Ausnahmefällen nach Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes verlängert werden.</p>	
<p>Die Kosten für kosmetisch motivierte Behandlungen (beispielsweise</p>	900

Zahnweißen, systematische Ersetzung der Silberamalgam-Füllungen, Verblendung intakter Schneidezähne usw.) werden nicht erstattet.	
---	--

Kapitel 6 – Bildgebende Diagnoseverfahren, Analysen, Laboruntersuchungen und sonstige diagnostische Verfahren

Codes 540 + 545

1. Allgemeine Bestimmungen	
Die Kosten für diese Leistungen werden mit einem Satz von 85 % und bei schwerer Krankheit mit einem Satz von 100 % erstattet.	540
2. Analysen und Untersuchungen, für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist	
Einer vorherigen Genehmigung bedürfen:	545
<ul style="list-style-type: none"> • Analysen im Rahmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ der Anti-Aging-Medizin; ○ der multiplen Hormonologie; ○ von Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten; ○ von genetischen Untersuchungen ohne Suche nach einer bestimmten Krankheit. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Neuartige medizinische Untersuchungs-, Analyse- und Bildgebungsmethoden, deren Kosten in mindestens einem Mitgliedstaat der Europäischen Union nicht erstattungsfähig sind. 	
3. Nicht erstattungsfähige Analysen	
Nicht erstattet werden:	
<ul style="list-style-type: none"> • Analysen: <ul style="list-style-type: none"> ○ zur Messung des "oxidativen Stresses" ○ im Bereich der Mikroernährung, ○ im Rahmen von Flockungstests. 	900
<ul style="list-style-type: none"> • die Kosten für Analysen und Untersuchungen, die nach Stellungnahme des Ärztebeirats als nicht sinnvoll und/oder überflüssig erachtet werden. Als nicht sinnvoll gelten Analysen und Untersuchungen, deren Wirksamkeit und Unschädlichkeit wissenschaftlich nicht erwiesen ist. 	901
4. Information der angeschlossenen Personen	
Die beiden Listen mit den wichtigsten erstattungsfähigen und den wichtigsten nicht erstattungsfähigen Analysen, Analysearten und Untersuchungen werden regelmäßig	540

aktualisiert und den angeschlossenen Personen zur Kenntnis gebracht. Analysen und Untersuchungen, die auf keiner dieser beiden Listen geführt werden, sind nach Stellungnahme des Vertrauensarztes erstattungsfähig.	
--	--

Kapitel 7 – Schwangerschaft, Entbindungen und Unfruchtbarkeit

Codes 240 bis 261

1. Erstattungsfähige Leistungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft	
1.1. <u>Begriffsbestimmungen und Allgemeines</u>	
Als Schwangerschaft gilt der Zeitraum zwischen der Befruchtung und der Entbindung.	
Die ärztlichen Konsultationen, (prä- und postnatale) heilgymnastische Sitzungen sowie alle sonstigen Untersuchungen und Leistungen in Verbindung mit der Schwangerschaft, die von Ärzten, Hebammen, Physiotherapeuten und/oder sonstigen Leistungserbringern vorgenommen werden, werden gemäß den für diese Leistungen geltenden Bestimmungen erstattet.	
Die Honorare für (telefonische und sonstige) Bereitschaftsdienste während der Schwangerschaft sind nicht erstattungsfähig.	900
1.2. <u>Besonderheiten</u>	
Die von einer Hebamme verordneten Analysen und Arzneimittel sind erstattungsfähig, wenn es sich dabei um eine in dem jeweiligen Land offiziell anerkannte und rechtmäßige Praxis handelt.	
Die von einer Hebamme durchgeführte „Beobachtung“ wird ohne ärztliche Verordnung erstattet.	540
Die prä- und postnatalen physiotherapeutischen Sitzungen auf ärztliche Verordnung sind nicht in der in Titel II – Kapitel 8 dieser Durchführungsbestimmungen vorgesehenen maximalen Zahl von Sitzungen inbegriffen. Ihre Erstattung unterliegt jedoch denselben Bedingungen.	240
Die von Physiotherapeuten oder Hebammen auf ärztliche Verordnung durchgeführten Gruppensitzungen zur Geburtsvorbereitung werden mit einem Satz von 80 % bis maximal 15 € pro Sitzung erstattet.	241
Die Kosten für Haptonomie-Sitzungen sowie Schwimmbadkosten werden nicht erstattet.	900

2. Leistungen und Erstattungen im Zusammenhang mit einer Entbindung	
2.1. <u>Begriffsbestimmung</u>	
Als Entbindung gilt jede Geburt ab der 22. Schwangerschaftswoche.	
2.2. <u>Entbindung in einer Klinik</u>	
Zu 100 % werden erstattet:	
<ul style="list-style-type: none"> die Honorare von Ärzten, die eine normale Entbindung, eine erschwerte Entbindung, eine Zwillingsgeburt oder eine Kaiserschnittgeburt durchführen; 	242
<ul style="list-style-type: none"> die Honorare für die Hebamme und den Anästhesisten, die Kosten für die Benutzung des Kreißsaales und physiotherapeutische Unterstützung während der Entbindung sowie alle sonstigen unmittelbar mit der Entbindung zusammenhängenden Leistungen; 	242
<ul style="list-style-type: none"> die Aufenthalts- und Behandlungskosten für Mutter und Kind in einer Klinik während maximal 10 Tagen bzw. bei medizinischen Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit der Entbindung stehen, für die gesamte Dauer der Krankenhausbehandlung; 	242
<ul style="list-style-type: none"> die Aufenthalts- und Behandlungskosten des Kindes in der Neonatologie. 	250
Die Unterbringungskosten werden höchstens bis zu dem Tarif für das kostengünstigste Einbettzimmer des Krankenhauses erstattet.	
Beinhaltet der Tagespauschalsatz einer Klinik die Aufenthaltskosten sowie alle oder einige der Kosten für Entbindung, Heilgymnastik und Untersuchungen sowie sonstige mit der Entbindung zusammenhängende Kosten, so erfolgt die Erstattung zu 100 % auf Pauschalbasis.	242
Die etwaige Feststellung überhöhter Kosten gemäß Artikel 20 Absatz 2 der Gemeinsamen Regelung erfolgt auf der Grundlage der Fakturierungsvorschriften des Landes, in dem die Entbindung stattfand, nach Stellungnahme des Vertrauensarztes.	930
2.3. <u>Hausgeburt</u>	
Bei einer Hausgeburt werden mit einem Satz von 100 % für eine Höchstdauer von 10 Tagen erstattet:	
<ul style="list-style-type: none"> die Honorare des Arztes und/oder der Hebamme im Zusammenhang mit der Entbindung; 	242
<ul style="list-style-type: none"> die Kosten für eine Krankenschwester und für sonstiges medizinisches Hilfspersonal; 	242

<ul style="list-style-type: none"> • alle sonstigen unmittelbar mit der Entbindung zusammenhängenden Krankheitskosten. <p>Bei medizinischen Komplikationen kann die Kostenübernahmedauer nach Stellungnahme des Vertrauensarztes verlängert werden. Machen diese Komplikationen eine Krankenhausbehandlung der Mutter und/oder des Kindes erforderlich, werden die daraus entstehenden Aufenthalts- und Behandlungskosten mit einem Satz von 100 % erstattet.</p>	242
<p>Werden medizinische und sonstige Leistungen von einem Dienst, dem verschiedene Leistungserbringer, insbesondere medizinische Hilfskräfte angehören, im Paket erbracht, werden die Leistungen ungeachtet ihrer Art pauschal erstattet.</p>	242
<p>Die Kosten für eine Haushaltshilfe werden nicht erstattet.</p>	900
2.4. <u>Entbindung in einem Geburtshaus oder in einer behördlich zugelassenen außerklinischen Einrichtung</u>	
<p>Für die Entbindung in einem „Geburtshaus“ oder in einer von den zuständigen Gesundheitsbehörden zugelassenen außerklinischen Einrichtung gilt:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Honorare für die Entbindung werden zu denselben Bedingungen erstattet wie die Hausentbindung. 	242
<ul style="list-style-type: none"> • Zusatzkosten für Nachsorge und Unterbringung werden für einen Zeitraum von höchstens 24 Stunden nach der Entbindung erstattet. 	242
<p>Die Kosten für Leistungen, die nach der Entbindung von Krankenschwestern oder medizinischem Hilfspersonal zuhause erbracht werden, werden mit einem Satz von 100 % für eine Höchstdauer von zehn Tagen einschließlich des Aufenthalts außer Haus erstattet.</p>	242
<p>Bei medizinischen Komplikationen für Mutter und/oder Kind, die unmittelbar mit der Entbindung zusammenhängen, kann die Kostenübernahmedauer nach Stellungnahme des Vertrauensarztes verlängert werden. Machen diese Komplikationen eine Krankenhausbehandlung erforderlich, werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten mit einem Satz von 100 % erstattet.</p>	242
<p>Die Feststellung unangemessen langer Aufenthalte in einem Geburtshaus oder einer außerklinischen Einrichtung gemäß Artikel 20 Absatz 2 der Gemeinsamen Regelung erfolgt im Vergleich zu den üblichen Kosten eines Krankenhausaufenthalts in dem Land, in dem die Entbindung stattfand.</p>	930
3. Leistungen und Erstattungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Unfruchtbarkeit	
<p>3.1. Die Kosten für eine In-Vitro-Befruchtung aufgrund einer pathologisch bedingten Sterilität der angeschlossenen Person oder ihres Ehegatten oder Partners werden nach vorheriger Genehmigung unter den folgenden Bedingungen erstattet:</p>	

Die Zahl der zulässigen Versuche ist auf höchstens 5 pro Kind begrenzt.	
Die Behandlung wird erstattet, sofern sie vor dem 45. Geburtstag der Mutter begonnen wird.	
Die Erstattung erfolgt, nachdem die Erstattungsmöglichkeiten durch den primären Versicherungsträger des Ehegatten oder anerkannten Partners ausgeschöpft wurden.	
Mit einem Satz von 85 % werden erstattet:	
<ul style="list-style-type: none"> die Kosten für die Entnahme von Ei- oder Samenzellen, für die Befruchtung und für das Anlegen der Zellkultur bis zu dem Höchstbetrag für chirurgische Eingriffe der Kategorie B1. 	260
<ul style="list-style-type: none"> die Kosten für Stimulation, Untersuchungen, Analysen, Labor und Konservierung (von Ei- und Samenzellen). 	261
Etwaige Kosten für die Gendiagnose am Embryo vor dem Einsetzen in die Gebärmutter werden nach vorheriger Genehmigung im Falle einer bei einem Verwandten ersten oder zweiten Grades festgestellten genetischen Erkrankung oder Anomalie erstattet.	261
Etwaige Kosten im Zusammenhang mit der Eizellenspende (Kosten für die Stimulation und die Entnahme bei der Spenderin ausschließlich aller sonstigen Kosten) werden nach vorheriger Genehmigung im Falle von pathologisch bedingter Sterilität der Mutter, beispielsweise infolge einer Chemotherapie, einer Radiotherapie oder einer beidseitigen Eierstockentfernung erstattet, mit Ausnahme freiwilliger Sterilisationen, sofern sie nicht nachweislich pathologisch bedingt sind.	261
<p>3.2. Die Kosten für die Behandlung der Unfruchtbarkeit bei Männern (sofern diese nicht die Folge einer vorangegangenen freiwilligen Sterilisation ist) werden unter den nachstehenden Bedingungen mit einem Satz von 85 % erstattet:</p> <p>a) chirurgische Eingriffe bis zu dem der Kategorie des chirurgischen Eingriffs entsprechenden Höchstbetrag:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Vasovasostomie: category B1 	204
<ul style="list-style-type: none"> Epididymovasostomie: category B1 	204
<ul style="list-style-type: none"> Wiederherstellung der Durchlässigkeit der Samenkanäle : category B1 	204
<ul style="list-style-type: none"> Varikozelenkur: category A2 	202
b) künstliche Befruchtungen mit Sperma des Patienten oder Spendersperma.	540

c) In-Vitro-Befruchtungen, darunter die intrazytoplasmische Spermajektion (ICSI) unter den in Ziffer 3.1 vorgesehenen Bedingungen.	260
d) Kosten für die Entnahme von Samenzellen (Samenleiter, Nebenhoden, Hoden) und ihre Aufbereitung für die ICSI bis zu dem Höchstbetrag für chirurgische Eingriffe der Kategorie A2.	202
NB: Verbesserungen der Spermaqualität werden im Kapitel über Medikamente und die Penisimplantate im Kapitel über Prothesen behandelt.	520 / 862

Kapitel 8 – Verschiedene Behandlungen

Codes 400 bis 441

1. Allgemeine Bestimmungen	
<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Die Kosten für die nachstehend unter Ziffer 2 aufgeführten Behandlungen, die von einem Arzt bzw. bei psychotherapeutischen oder ähnlichen Behandlungen von einem Psychiater, einem Neuropsychiater oder einem Neurologen verordnet wurden, werden mit einem Satz von 80 % bis zu den für die jeweilige Leistung festgelegten erstattungsfähigen Höchstbeträgen bzw. bei schwerer Krankheit mit einem Satz von 100 % bis zum Doppelten dieser Höchstbeträge erstattet. 	
<ul style="list-style-type: none"> • 1.2 Für jede Behandlungsart ist die Höchstzahl der pro Kalenderjahr erstattungsfähigen Sitzungen angegeben. Wenn nicht anders angegeben, kann im Falle einer anerkannten schweren Erkrankung, einer postoperativen oder posttraumatischen Rehabilitation oder bei eingeschränkter Mobilität nach vorheriger Genehmigung eine höhere Zahl von Sitzungen erstattet werden. 	
<ul style="list-style-type: none"> • 1.3 Die ärztlichen Verordnungen müssen vor Behandlungsbeginn ausgestellt und dürfen zum Zeitpunkt der ersten Behandlung nicht älter als 6°Monate sein. Sie müssen mindestens folgende Angaben enthalten: <ul style="list-style-type: none"> • den Namen des Patienten, • den Grund der Behandlung, • die Art der Behandlung und die Zahl der verordneten Sitzungen. <p>Je nach Behandlung können weitere, unter Ziffer 2 näher erläuterte Angaben oder Voraussetzungen verlangt werden.</p> 	
<ul style="list-style-type: none"> • 1.4 Die Behandlungen müssen den auf der ärztlichen Verordnung angegebenen Behandlungen entsprechen und von gesetzlich anerkannten qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. 	
<ul style="list-style-type: none"> • 1.5 Die Rechnungen müssen von den Leistungserbringern selbst ausgestellt werden, es sei denn, die Behandlung wurde in einem Krankenhaus, einem Rehabilitationszentrum oder einer Kurklinik (sofern der Kuraufenthalt vorab genehmigt wurde) vorgenommen. <p>Die Rechnungen von Einrichtungen wie beispielsweise Schönheitsfarmen, Well- und Fitnesszentren, Hotels, Balneo- und Thalassotherapiezentren sind nicht erstattungsfähig.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • 1.6 The Nicht erstattungsfähig sind kosmetisch motivierte Behandlungen, Schwimmbaddauerkarten und Aufnahmegebühren für Sport-, Wellness- und Fitnesszentren. 	900
<ul style="list-style-type: none"> • 1.7 Jede Behandlung, die nicht unter Ziffer 2 aufgeführt ist, bedarf einer vorherigen Genehmigung. 	
2. Sonderbestimmungen	
ÄV: Ärztliche Verordnung erforderlich	
VG: Vorherige Genehmigung erforderlich	

A. Behandlungen, für die eine ärztliche Verordnung erforderlich ist

	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr /(12 Monate)	Höchstbetrag 80 % (€)	Anmerkungen
A 1	Aerosoltherapie	x		30	--	
A 2	Konsultation eines Ernährungsspezialisten	x		10	25	
A 3	Heilgymnastik, Physiotherapie und ähnliche Behandlungen¹	x		60	25	
A4	Medizinische Fußpflege	x		12	25	

¹ Heilmassagen, Heilgymnastik, Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit, Rehabilitation, Mechanotherapie, Dehnung der Wirbelsäule, Schlamm-bäder (Fangopackungen), Unterwassermassagen, Hydrotherapie, Elektrotherapie, diadynamische Ströme, Radar, Ionisierung, Kurzwellen, Spezialströme, Infrarotbestrahlungen, Ultraschall usw.

B. Behandlungen, die durch einen Arzt oder in einer Krankenanstalt vorzunehmen sind

	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr / (12 Monate)	Höchstbetrag 80 % (€)	Anmerkungen
B 1	Akupunktur	x		30	25	Wenn von einer Person vorgenommen, die über eine entsprechende Zulassung verfügt
B 2	Mesotherapie	x	x	30	45	- Von einem Arzt oder in einer Krankenanstalt erbracht (Arzthonorare im Höchstbetrag von 45 € pro Sitzung enthalten) - Eine höhere Zahl an Sitzungen/Jahr kann nicht gewährt werden.
B 3	UV-Bestrahlungen	x	x		35	

C. Behandlungen, für die eine ärztliche Verordnung erforderlich ist und die in einigen Fällen einer vorherigen Genehmigung bedürfen

	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr /(12 Monate)	Höchstbetrag 80 % (€)	Anmerkungen
C 1	Vollständige psychologische Bestandsaufnahme/Untersuchung durch ein und dieselbe Person	x			150	
C 2	Chiropraxie/Osteopathie • Personen ab 12 Jahren	x		24	40	Eine höhere Anzahl von Sitzungen/Jahr kann nur mit VG gewährt werden. Craniosakrale, energetische und viszerale Therapiebehandlungen sowie Mikro-Osteopathie sind nicht erstattungsfähig.
	• Kinder unter 12 Jahren	x	x	24		
C 3	Logopädie/Orthophonie (von einem HNO-Arzt oder einem Neurologen erstelltes ärztliches Gutachten)				35	Erhebliche neurologische Störungen: mehr als 180 Sitzungen nach vorheriger Genehmigung Betrifft: -Kinder mit schwerer Taubheit oder mit einer neurologischen Erkrankung - Erwachsene mit neurologischen Erkrankungen oder Kehlkopferkrankungen
	• Kinder bis zum vollendeten 12 Lebensjahr	x		180 über ein oder mehrere Jahr(e)		
	• Kinder ab 13 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	x	x	30 für die gesamte Behandlung		
	• Personen über 18 Jahren	x	x			
	Logopädische/orthophonische Bestandsaufnahme				40	

	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr / (12 Monate)	Höchstbetrag 80 % (€)	Anmerkungen
C 4	Psychomotorik, Graphomotorik	x		60	35	
C5	Psychotherapie Vorgenommen <ul style="list-style-type: none"> • durch einen Facharzt für Psychiatrie, Neuropsychiatrie oder Neurologie • von einem Psychologen oder Psychotherapeuten 	x	x	30 unabhängig von der Art der Sitzung	60 90 25	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelsitzung • Familiensitzung • Gruppensitzung <p>Die Höchstzahl an Sitzungen/Jahr kann mit VG überschritten werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verordnung durch einen Psychiater, Neuropsychiater oder Neurologen ○ Die 10 ersten Sitzungen können von einem praktischen Arzt verordnet werden ○ Für Kinder unter 15 Jahren kann die Verordnung von einem Kinderfacharzt ausgestellt werden

D. Behandlungen, für die stets eine vorherige Genehmigung erforderlich ist

	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr / (12 Monate)	Höchstbetrag 80 % (€)	Anmerkungen
D 1	Interdisziplinäre neuro-psychologische Bestandsaufnahme	x	x		600	Gestützt auf ein ärztliches Gutachten eines Neuropädiaters oder Psychiaters
D 2	Druckkammer	x	x		--	
D 3	Lymphdrainage	x	x	20 /12 Monate	25	Bei schwerer Krankheit keine Begrenzung der Anzahl der Sitzungen und keine Obergrenze
D 4	Medizinisch indizierte Endermologie	x	x	5 / 12 Monate	--	Behandlung pathologischer Narben
D 5	Epilation	x	x		Erstattungsfähiger Höchstbetrag: gleich dem Höchstbetrag für chirurgische Eingriffe der - Kat. A1 - Kat. A2	Nur bei pathologischer Hypertrichose im Gesicht - Kat.A1 in weniger schweren Fällen - Kat.A2 in schweren Fällen
D 6	Ergotherapie	x	x	--	--	
D 7	<u>Laser</u>: Lasertherapie oder dynamische Phototherapie in der <u>Dermatologie</u>	x	x	20	--	
D 8	Orthoptie	x	x	20 /12 Monate	35	Verordnung durch einen Facharzt für Augenheilkunde mit Angabe des Orthoptisten

	Art der Behandlung/Leistungen	ÄV	VG	Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr / (12 Monate)	Höchstbetrag 80 % (€)	Anmerkungen
D 9	Ambulante, interdisziplinäre funktionelle Rehabilitation in einer klinischen Einrichtung	x	x	--	--	
D10	Rehabilitation durch MDX-Gerät, Behandlungen nach der „David Back Clinic“-Methode oder Rückenschule	x	x	24 grundsätzlich einmal verlängerbar	40	
D11	Stoßwellenbehandlung in der Rheumatologie	x	x	--	--	
D12	Jede sonstige nicht spezifizierte Behandlung	x	x	--	--	

Kapitel 9 - Medizinisches Hilfspersonal

Codes 560

Die Kosten für Leistungen durch Krankenschwestern werden mit einem Satz von 80 % bzw. bei schwerer Krankheit zu 100 % erstattet, wenn sie von einem behandelnden Arzt verordnet und von einer zur Ausübung des Berufs befugten Person erbracht worden sind.	560
Besteht Anspruch auf Krankenpflegeleistungen, so ist eine vorherige Genehmigung für spezifische Zusatzleistungen wie beispielsweise Spritzen oder komplizierte Verbände, die rechtlich gesehen nicht von einem Krankenpfleger vorgenommen werden dürfen, erforderlich.	560

Kapitel 10 - Kuraufenthalte

Codes 490 bis 499

Abschnitt 1 – Genesungskuren und postoperative Kuren

1. Allgemeines

Genesungskuren und postoperative Kuren sind nach vorheriger Genehmigung erstattungsfähig, sofern:

- sie unter ärztlicher Aufsicht in Einrichtungen mit einer angemessenen ärztlichen und pflegerischen Infrastruktur vorgenommen werden (andere Arten von Zentren sind ausgeschlossen);
- sie innerhalb von 3 Monaten nach dem chirurgischen Eingriff oder der Krankheit, für die sie angeordnet wurden, angetreten werden (außer bei ordnungsgemäß begründeter und vom Vertrauensarzt akzeptierter medizinischer Gegenindikation, die der ärztlichen Anordnung beizufügen ist).

Bei Rückfall oder Neuerkrankung ist eine erneute Kurgenehmigung möglich.

2. Voraussetzungen für die Erlangung einer vorherigen Genehmigung

Der Antrag auf vorherige Genehmigung muss bei der Abrechnungsstelle zusammen mit einer ärztlichen Verordnung, die weniger als 3 Monate zuvor von einem vom Kurzentrum unabhängigen behandelnden Arzt ausgestellt wurde, eingereicht werden. Der Verordnung ist ein ausführliches ärztliches Gutachten beizufügen, in dem die therapeutische Notwendigkeit des Kuraufenthalts begründet wird.

Der Kuraufenthalt wird nur dann genehmigt, wenn er vom Vertrauensarzt anhand des ärztlichen Gutachtens für notwendig befunden wurde.

Eine nachträgliche Genehmigung ist ausgeschlossen. Die gemeinsame Krankheitsfürsorge erstattet weder Behandlungen noch Untersuchungen oder Konsultationen in einem Kurzentrum, wenn der Kuraufenthalt nicht genehmigt ist.

3. Erstattungsvorschriften	
Es werden erstattet:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Aufenthaltskosten:</u> 	
<p>Aufenthaltskosten werden mit einem Satz von 80 % bis zu maximal 28 Tagen pro Jahr mit einem Höchstbetrag von 36 € pro Tag erstattet.</p> <p>Im Fall eines Kuraufenthalts in Verbindung mit einer schweren Krankheit werden die Kosten zu 100 % bis maximal 45 € pro Tag (Sondererstattungssatz) erstattet.</p> <p>Diese Kosten können nicht als Krankenhauskosten abgerechnet werden.</p>	490
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Behandlungskosten:</u> 	
Die Behandlung wird getrennt gemäß den Bedingungen dieser Durchführungsbestimmungen erstattet.	491
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Kosten für eine Begleitperson:</u> 	
Die Kosten für eine Begleitperson werden in folgenden Ausnahmefällen auf ärztliche Anordnung und nach vorheriger Genehmigung mit einem Satz von 85 % bis maximal 40 € pro Tag erstattet:	
<ul style="list-style-type: none"> ○ für ein Familienmitglied des Anspruchsberechtigten, der vor Vollendung seines 14. Lebensjahres einen Kuraufenthalt absolviert oder krankheitsbedingt oder aus sonstigen medizinischen Gründen besonderer Unterstützung bedarf, vorausgesetzt, die betreffende Person hält sich im selben Zimmer oder in demselben Kurkrankenhause auf wie die Person, die die Kur absolviert. 	222+AP
<ul style="list-style-type: none"> ○ für ein Kind während der Stillzeit, das seine Mutter in den Kuraufenthalt begleiten muss (nur Aufenthaltskosten). 	222+AP
In allen anderen Fällen sind die Kosten für eine Begleitperson nicht erstattungsfähig.	900
4. Erstattungsausschlüsse	
Reisekosten.	900
5. Erstattungsbedingungen	
Dem Erstattungsantrag müssen Rechnungen beigelegt sein, in dem die Aufenthalts- und die Behandlungskosten getrennt ausgewiesen sind, sowie ein vom Arztes der Kureinrichtung an den Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle gerichteter ausführlicher Abschlussbericht über die vorgenommenen Behandlungen.	

Abschnitt 2 – Badekuren

1. Allgemeines

Eine Badekur ist ein Aufenthalt von mindestens 10- und höchstens 21-tägiger Dauer, der in einer Spezialeinrichtung erfolgt, in der Behandlungen unter ärztlicher Aufsicht mit Quellwasser vorgenommen werden, bevor dieses seine biologischen und pharmakodynamischen Eigenschaften aufgrund seines hohen Gehalts an Ionen und Spurenelementen verliert.

Badekuren gleichgestellt werden können Aufenthalte in von den nationalen Gesundheitsbehörden zugelassenen paramedizinischen Zentren, die ausschließlich auf die Behandlung chronischer Krankheiten spezialisiert sind.

Damit der Kuraufenthalt erstattet werden kann, muss er zuvor von der Abrechnungsstelle nach Stellungnahme des Vertrauensarztes genehmigt worden sein und in einer staatlich anerkannten Einrichtung erfolgen.

Die Kurgenehmigung ist beschränkt auf:

- einen Kuraufenthalt pro Jahr und höchstens acht Kuraufenthalte während der gesamten Lebenszeit des Berechtigten für jede der nachstehenden Erkrankungsformen

1. Rheuma und Nachwirkungen von Knochen-Gelenk-Traumata	492
---	------------

2. Phlebologie und Herzgefäßerkrankungen	493
--	------------

3. Neurologie	494
---------------	------------

4. Erkrankungen des Verdauungsapparates, seiner Nebenorgane und Stoffwechselerkrankungen	495
--	------------

5. Gynäkologie und Erkrankungen des Nieren-Blasen-Apparates	496
---	------------

6. Dermatologie und Stomatologie	497
----------------------------------	------------

7. Atemwege	498
-------------	------------

○ einen Kuraufenthalt pro Jahr zur Behandlung einer schweren Krankheit oder starker Schuppenflechte, bei der die herkömmlichen Behandlungen versagen.	499
---	------------

Nicht zu den erstattungsfähigen Badekuren zählen unter anderem Thalassotherapien und Aufenthalte in Wellness- und Fitnesszentren.	900
---	------------

2. Voraussetzungen für die vorherige Genehmigung einer Badekur	
Der Antrag auf vorherige Genehmigung muss bei der Abrechnungsstelle spätestens sechs Wochen vor dem geplanten Beginn der Kur eingereicht werden. Darin müssen die Dauer des Aufenthalts sowie Name und Anschrift der Kureinrichtung vermerkt sein. Dem Antrag beizufügen ist eine ärztliche Verordnung von einem von der Kureinrichtung unabhängigen behandelnden Arzt sowie ein weniger als 3 Monate zuvor erstelltes ausführliches ärztliches Gutachten, in dem die therapeutische Notwendigkeit des Kuraufenthalts begründet wird.	
Aus dem ausführlichen ärztlichen Gutachten müssen folgende Informationen hervorgehen:	
<ul style="list-style-type: none"> • die Vorgeschichte des Patienten und die Behandlungen während eines Jahres in Bezug auf die Krankheit, wegen der die Kur verschrieben wird. Das Gutachten muss den jüngsten Krankheitsverlauf beschreiben und den Kuraufenthalt medizinisch begründen; 	
<ul style="list-style-type: none"> • die Dauer des Kuraufenthalts, die Art der Anwendungen und die Art des Heilbades, das für die betreffende Krankheit in Frage kommt, wobei es sich dabei um eine staatlich anerkannte Kureinrichtung handeln muss. 	
Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Vertrauensarzt anhand des ärztlichen Gutachtens zu dem Schluss kommt, dass die Kur unerlässlich ist, und wenn sich der Anspruchsberechtigte den während eines Jahres verordneten Behandlungen unterzogen hat und sich diese Behandlungen als unzureichend erweisen und der Kuraufenthalt nachweislich einen therapeutischen Wert hat.	
Eine nachträgliche Genehmigung ist ausgeschlossen; die gemeinsame Krankheitsfürsorge erstattet weder Behandlungen noch Untersuchungen oder Konsultationen in einem Kurzentrum, wenn die Kur nicht genehmigt ist.	
3. Erstattungsvorschriften	
Die Kosten für Behandlung und ärztliche Kontrolle während des Kuraufenthalts werden mit einem Satz von 80 % bis zu einer Tagespauschale von maximal 64 € erstattet. Erfolgt der Kuraufenthalt aufgrund einer schweren Krankheit, werden diese Kosten zu 100 % bis zu einer Tagespauschale von maximal 80 € erstattet.	
Die Kosten für eine Begleitperson können auf ärztliche Anordnung und nach vorheriger Genehmigung erstattet werden:	
<ul style="list-style-type: none"> • für ein Familienmitglied des Anspruchsberechtigten, der vor Vollendung seines 14. Lebensjahres einen Kuraufenthalt absolviert oder krankheitsbedingt oder aus sonstigen medizinischen Gründen besonderer Unterstützung bedarf, vorausgesetzt, die betreffende Person hält sich im selben Zimmer oder in derselben Kureinrichtung auf wie die Person, die die Kur absolviert. 	222+VG

<ul style="list-style-type: none"> für das Kind während der Stillzeit, das seine Mutter in die Kureinrichtung begleiten muss (nur Aufenthaltskosten). 	222+VG
Um erstattungsfähig zu sein, muss der Kuraufenthalt mindestens zwei adäquate Behandlungen pro Tag umfassen und darf nicht unterbrochen werden, es sei denn, der Kurarzt bescheinigt, dass die Unterbrechung aus gesundheitlichen Gründen oder aus einem wichtigen familiären Grund (Tod, schwere Erkrankung eines Familienmitglieds usw.) notwendig ist.	
Die verbleibenden Kosten sind gemäß Artikel 24 der Gemeinsamen Regelung („Sondererstattungen“) erstattungsfähig.	
4. Nicht erstattungsfähige Kosten	
Im Rahmen eines Kuraufenthalts werden nicht erstattet:	900
<ul style="list-style-type: none"> Reisekosten; 	
<ul style="list-style-type: none"> Aufenthalts-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten; 	
<ul style="list-style-type: none"> Behandlungsnebenkosten; 	
<ul style="list-style-type: none"> nicht erstattungsfähige Behandlungen und Pflegeleistungen im Sinne der Durchführungsbestimmungen (z.B. Bäder im Meer oder in Seen, Sandbäder, Thalassotherapie, Sauna, Solarium, nichtmedizinische Massagen, Fitnesstraining, Yogasitzungen, Fußsohlenreflextherapie, Shiatsu und/oder alle sonstigen Behandlungen vergleichbarer Art); 	
<ul style="list-style-type: none"> Analysen, Untersuchungen und sonstigen Leistungen ohne Bezug zu der durch die Kur behandelten Krankheit; 	
<ul style="list-style-type: none"> Behandlungen mit Thymus- oder Mistelextrakten, Ozontherapie, Sauerstofftherapie, Eigenblutbehandlung, Procainbehandlung und/oder andere vergleichbare Behandlungen oder Produkte. 	
<u>Wurde der Kuraufenthalt nicht genehmigt</u> , so ist die Erstattung der Behandlungskosten unter dem Vorbehalt möglich, dass die in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen vorgesehenen Bedingungen erfüllt sind, nämlich:	2
<ul style="list-style-type: none"> Originalverordnung des behandelnden und vom Kurzentrum unabhängigen Arztes, die vor weniger als 6 Monaten ausgestellt wurde und die Diagnose, die Zahl und die Art der Behandlungen ausweist. 	
<ul style="list-style-type: none"> detaillierte Rechnung gemäß der ärztlichen Verordnung mit Angabe der Behandlungsdaten, der Anzahl der Sitzungen und des Preises der Behandlung. 	

² **Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie von einer zur Ausübung des Berufs berechtigten Person erbracht wurden.**

<p>Wurde die Behandlung in einem staatlich <u>anerkannten Kurzentrum</u> vorgenommen, werden die unmittelbar von der Kureinrichtung ausgestellten Rechnungen akzeptiert.</p>	
<p>Werden die Behandlungen in einer <u>nicht staatlich anerkannten Einrichtung</u> vorgenommen, so sind die Bewegungs- und Physiotherapiebehandlungen – unter Ausschluss aller sonstigen Behandlungsarten - unter der Bedingung erstattungsfähig, dass die Leistungen von einem staatlich geprüften Bewegungstherapeuten vorgenommen wurden und auf der entsprechenden Rechnung seine Qualifikation als Physiotherapeut erkennbar ist.</p>	<p>400</p>

Kapitel 11 - Prothesen, orthopädisches Material und sonstige medizinische Hilfsmittel

Codes 800 bis 896

1. Sehvermögen	
1.1. <u>Brillen</u>	
a) <u>Allgemeines</u>	
Die Erstattung von Brillen ist auf zwei Paar Brillen begrenzt und umfasst das Brillengestell und die Brillengläser unabhängig von deren Einschleifung:	
<ul style="list-style-type: none"> • entweder eine Brille mit Einstärkengläsern für die Nahsicht und eine Brille mit Einstärkengläsern für die Weitsicht; 	
<ul style="list-style-type: none"> • oder eine Brille mit Mehrstärken- oder Gleitsichtgläsern sowie gegebenenfalls eine Brille für die Nah- oder die Weitsicht. 	
Von der Krankheitsfürsorge werden nicht erstattet:	
<ul style="list-style-type: none"> • Brillen mit nicht korrigierenden Gläsern; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sonnenbrillen; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Brillen für die Arbeit am PC-Bildschirm für erwerbstätiges Personal. 	
b) <u>Erneuerungsfristen</u>	
Außer bei ärztlich festgestellter Änderung der Dioptrienzahl beziehungsweise der Achse um mindestens 0,5 sind die Erneuerungsfristen auf zwei Jahre und für Kinder bis 18 Jahren auf ein Jahr festgesetzt. Die Frist läuft ab dem Datum des letzten Brillenkaufs in der betreffenden Kategorie.	
c) <u>Erstattungsbedingungen</u>	
Die Anschaffungskosten für Brillen mit korrigierenden Gläsern, die von einem Augenfacharzt oder einem zugelassenen Augenoptiker verordnet wurden, werden mit einem Satz von 85 % gemäß den nachstehenden Höchstbeträgen erstattet:	
<ul style="list-style-type: none"> • Brillengestelle: Höchstbetrag 120 € 	800

<ul style="list-style-type: none"> • Brillengläser : 	
110 € pro Brillenglas für Einstärkengläser, deren Seheigenschaften 4 oder weniger Dioptrien betragen.	801
140 € pro Brillenglas für Einstärkengläser, deren Seheigenschaften zwischen 4,25 und 6 Dioptrien liegen.	802
180 € pro Brillenglas für Einstärkengläser, deren Seheigenschaften zwischen 6,25 und 8 Dioptrien liegen.	803
300 € pro Brillenglas für Einstärkengläser ab 8,25 Dioptrien.	804
350 € pro Brillenglas für Mehrstärken- oder Gleitsichtgläser.	805
Die Kosten für die Untersuchung durch einen geprüften Optiker bei fehlender Verordnung und/oder Untersuchung durch einen Augenfacharzt werden mit einem Satz von 85 % bis zu einem Betrag erstattet, der der Konsultation oder dem Besuch eines praktischen Arztes entspricht.	815
Die Kosten für Zentrier- oder Messuntersuchungen mittels elektronischer Geräte durch einen Augenoptiker oder Optometriker sind im Höchstbetrag für die Brillengläser enthalten.	
Bei Verlust oder Beschädigung des Brillengestells vor Ablauf der Erneuerungsfrist werden die Kosten für Reparatur oder Ersatzgläser in Höhe des innerhalb der Frist noch nicht ausgeschöpften Höchstbetrags erstattet.	
d) <u>Vorlage der Rechnung</u>	
Die quittierte Originalrechnung muss folgende Angaben enthalten: <ul style="list-style-type: none"> • die Art der Sehschwäche (Weitsicht - Nahsicht - Gleitsicht); • die Merkmale der Brillengläser (Stärke der Korrekturlinsen/Dioptrien); • die getrennt ausgewiesenen Preise für die Brillengläser und das Brillengestell. 	
1.2. <u>Kontaktlinsen</u>	
a) <u>Allgemeines</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Die Erstattung von korrigierenden Kontaktlinsen schließt die Erstattung einer Brille mit korrigierenden Einstärkengläsern für die Nah- oder Weitsicht beziehungsweise einer Brille mit Mehrstärken- oder Gleitsichtgläsern nicht aus. 	810 Linsen + produkte
<ul style="list-style-type: none"> • Bei Verlust oder Reißen der Kontaktlinsen vor Ablauf der Erneuerungsfrist werden die Kosten für Reparatur oder Ersatzlinsen nur in Höhe des innerhalb der Frist noch nicht ausgeschöpften Höchstbetrags erstattet. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Farbige nicht korrigierende Kontaktlinsen werden von der Krankheitsfürsorge nicht erstattet. 	
b) <u>Erstattungsbedingungen</u>	
Die Anschaffungskosten für von einem Augenfacharzt oder einem Augenoptiker verordnete korrigierende herkömmliche und/oder wegwerfbare Kontaktlinsen sowie die Anschaffungskosten für die Pflegeprodukte werden mit einem Satz von 85 % bis maximal 500 € pro 24-Monatszeitraum erstattet.	
Die Kosten für die Anpassung und Bereitstellung von Testkontaktlinsen durch den Augenfacharzt oder den Augenoptiker sind im Höchstbetrag für die Kontaktlinsen enthalten.	
Die Kosten für die Untersuchung durch einen Augenoptiker bei fehlender Verordnung und/oder Untersuchung durch einen Augenfacharzt werden mit einem Satz von 85 % bis zu einem Betrag erstattet, der der Konsultation oder dem Besuch bei einem praktischen Arzt entspricht.	815
c) <u>Angaben auf der Rechnung</u>	
Die quittierte Originalrechnung muss folgende Angaben enthalten:	
<ul style="list-style-type: none"> • die Art der Sehschwäche (Weitsicht – Nahsicht – Gleitsicht); 	
<ul style="list-style-type: none"> • die Merkmale der Kontaktlinsen (Stärke der Korrekturlinse/Dioptrien); 	
<ul style="list-style-type: none"> • die Art der Kontaktlinsen: Wegwerflinsen oder herkömmliche Linsen; 	
<ul style="list-style-type: none"> • den Preis der Kontaktlinsen. 	
1.3. <u>Starke Beeinträchtigung des Sehvermögens</u>	
Von den je nach Art der Brillengläser oder Kontaktlinsen geltenden Erstattungsbedingungen kann nach vorheriger Genehmigung bei einer anerkannten, durch ein ärztliches Gutachten belegten schweren Augenerkrankung abgewichen werden. Dies gilt auch für den Fall, dass die Anschaffungskosten für die Brillengläser oder Kontaktlinsen wegen des sehr begrenzten Sehvermögens oder sehr hoher Dioptrien weit über die vorgesehenen erstattungsfähigen Höchstbeträge hinausgehen.	
1.4. <u>Augenprothesen</u>	
Die Kosten für künstliche Augen werden zu 85 % und bei schwerer Krankheit zu 100 % erstattet.	816

2. Hörvermögen	
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 1 500 € pro Gerät erstattet.	820
<u>Die Kosten für Instandhaltung und Batterien werden nicht erstattet</u>	900
Außer bei einer Änderung der audiometrischen Bedingungen und entsprechender Verordnung durch einen Hals-Nasen-Ohrenarzt erfolgt die Erstattung eines neuen Hörgeräts gemäß Ziffer 2.1 erst nach Ablauf von 5 Jahren.	821
Von den geltenden Höchstbeträgen und Erneuerungsfristen kann nach vorheriger Genehmigung und nach Stellungnahme des Vertrauensarztes bei speziell für Kinder bis zum 18. Lebensjahr konzipierten Geräten oder bei einer schweren Erkrankung der Hörsphäre abgewichen werden.	
3. Orthopädisches Material, Bandagen und sonstige medizinische Hilfsmittel	
Die Kosten für die Anschaffung, das Ausleihen oder die Reparatur der in der Tabelle in Anhang II aufgeführten Hilfsmittel werden zu 85 % bzw. bei schwerer Krankheit zu 100 % im Rahmen der jeweils für die aufgelisteten Hilfsmittel geltenden Bedingungen erstattet.	
Für Hilfsmittel, deren Kosten auf mehr als 2 000 € veranschlagt werden, ist ein Antrag auf vorherige Genehmigung mit einem ärztlichen Gutachten und zwei detaillierten Vergleichskostenvoranschlägen einzureichen.	
Werden aufgrund einer schweren Krankheit besondere Hilfsmittel benötigt, kann nach Stellungnahme des Vertrauensarztes von den Vorschriften über die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Erneuerungsfristen abgewichen werden.	
Eine vorherige Genehmigung ist erforderlich für das Ausleihen von Geräten oder orthopädischen Hilfsmitteln für einen Zeitraum von drei aufeinander folgenden Monaten oder länger.	
Die Kosten für die Anschaffung von Geräten und/oder Material, die in den vorliegenden Durchführungsbestimmungen nicht aufgeführt sind, sind erstattungsfähig, wenn zuvor eine Genehmigung eingeholt wurde. Nach Stellungnahme des Vertrauensarztes können auf der Grundlage der ermittelten Marktpreise erstattungsfähige Höchstbeträge festgelegt werden	

Kapitel 12 – Transportkosten

Codes 290 bis 291

1. Allgemeine Bestimmungen	
Außer in hinreichend begründeten Notfallsituationen, bei denen die Genehmigung erst nachträglich erfolgen kann, ist ein Antrag auf vorherige Genehmigung erforderlich. Dem Antrag muss eine Bescheinigung des behandelnden Arztes beigefügt sein, in der die medizinische Notwendigkeit des Transports einschließlich des gewählten Transportmittels begründet wird.	
Bei wiederholten Transporten muss die ärztliche Verordnung die Zahl der unbedingt erforderlichen Fahrten und die Gründe hierfür angeben.	
Die Begleitung durch eine dritte Person, sofern sie vom behandelnden Arzt vor allem aufgrund des Alters oder der Art der Erkrankung des Berechtigten für unerlässlich erklärt wird, bedarf ebenfalls einer vorherigen Genehmigung.	
Die vorherige Genehmigung wird nach Stellungnahme des Vertrauensarztes erteilt. Gründe für eine Genehmigung können sein, dass die Behandlung nicht am Dienst- oder Aufenthaltsort des Berechtigten erfolgen kann und/oder dass dieser nicht in der Lage ist, öffentliche oder private Verkehrsmittel zu benutzen.	
2. Erstattungsverfahren	
Bei der Erstattung wird ausschließlich das Transportmittel berücksichtigt, das der jeweiligen Situation angemessen ist und mit dem der Berechtigte zum nächstgelegenen Leistungserbringer (Krankenhaus oder die ihn versorgende Person) transportiert wird, der die Symptome angemessen behandeln kann. Liegt wegen eines Notfalls keine vorherige Genehmigung vor, wird der Vertrauensarzt zur Begründetheit der verauslagten Kosten angehört.	Dringlichkeit: 290 Anderes: 291
Die Kosten werden mit einem Satz von 80 % bzw. bei schwerer Krankheit zu 100 % gegen Vorlage der Originalbelege (quittierte Rechnungen, Fahrausweise/Reisedokumente etc.) erstattet	
Fehlen die erforderlichen Belege, so erfolgt die Erstattung zu 80 % bzw. 100 % des Preises einer Bahnfahrkarte erster Klasse. Besteht keine Bahnverbindung, so werden für die Erstattung 80 % bzw. 100 % des maximal erstattungsfähigen Kilometergelds von 0,22 € pro Kilometer, die analog den Vorschriften über die Dienstreisekosten der Europäischen Kommission angepasst werden, zugrunde	

gelegt, wobei die angeschlossene Person die zurückgelegten Kilometer bis zum Leistungserbringer angeben muss.	
Die Transportkosten für die Begleitperson werden mit einem Satz von 80 % zu den vorstehend genannten Bedingungen erstattet, außer im Fall der nicht erstattungsfähigen Benutzung eines Privatkraftfahrzeugs.	291
Nicht von der gemeinsamen Krankheitsfürsorge erstattet werden:	
a. Beförderungskosten aus familiären, sprachlichen oder persönlichen Gründen, zur Konsultation eines praktischen Arztes, bei Antritt einer Bade- oder Genesungskur, für die Anfahrt zum Arbeitsplatz oder aus sonstigen, von der Abrechnungsstelle nicht anerkannten Gründen;	900
b. Rückführungskosten im Krankheitsfall oder bei Unfall;	900
c. Kosten für die Suche im Gebirge, auf See usw;	900
d. Kosten für den Transport in einem Privatfahrzeug am Wohnort, außer bei wiederholten stark belastenden Behandlungen wie Bestrahlungen, Chemotherapie, Dialyse usw. Die Erstattung der zuvor nach Stellungnahme des Vertrauensarztes genehmigten Transportkosten erfolgt unter den in den Ziffern 2.2 und 2.3 genannten Bedingungen.	Ausgenommen = 291
3. Außerhalb der Union beschäftigtes Personal	
Das Verfahren für die Erstattung der Transportkosten für außerhalb der Europäischen Union beschäftigtes Personal richtet sich den einschlägigen Bestimmungen des Statuts, insbesondere Anhang X, und den sonstigen hierauf anwendbaren Vorschriften.	

Kapitel 13 – Pauschaler Bestattungskostenzuschuss

Code 999

<u>Allgemeine Bestimmungen</u>	
Nach Artikel 25 der Gemeinsamen Regelung beläuft sich der pauschale Bestattungskostenzuschuss auf 2 350 €.	999
Für die Zahlung des Zuschusses ist eine Kopie des Auszugs aus der Sterbeurkunde vorzulegen.	
Im Falle eines tot geborenen Kindes wird die Zahlung gewährt, wenn der Fötus mindestens 22 Wochen alt war.	
Im Falle des Todes eines Versicherten, der primär bei einem anderen Versicherungsträger versichert war, wird der Zuschuss um den Betrag gekürzt, der zu demselben Zweck von anderer Stelle gezahlt wurde.	
Dieser Zuschuss ist nicht gleichzusetzen mit der Erstattung der Kosten für die Überführung eines verstorbenen Beamten im aktiven Dienst, seines Ehegatten, seiner unterhaltsberechtigten Kinder oder der sonstigen unterhaltsberechtigten Personen, die gemäß Artikel 75 des Statuts vom Organ der dienstlichen Verwendung des Beamten übernommen werden.	

ANHANG I: VERZEICHNIS DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE

(nach Kategorien gegliedert)

Anmerkung: Die mit einem Sternchen () versehenen Eingriffe können kosmetischen Charakter haben und bedürfen immer einer vorherigen Genehmigung.*

KATEGORIE A1	
<u>Allgemeine und plastische Operationen</u>	
1	Eröffnung eines ossären oder Sehnnenscheiden-Panaritiums
2	Exzision einer kleineren oder mehrerer in oder unter der Haut gelegenen Geschwulste
3	Exzision einer oberhalb der Sehnhaut gelegenen Tumors ohne Eröffnung desselben (Ganglion, Lipom,...)
<u>Orthopädie</u>	
4	Reposition eines gebrochenen Schlüsselbeins
5	Reposition eines gebrochenen Schulterblattes oder Brustbeins
6	Reposition einer Luxation eines Finger- oder Zehengelenks
<u>Abdominalchirurgie, Urologie und Gynäkologie</u>	
7	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Mastdarm
8	Operation eines Mastdarmpolypen
9	Operation eines unvollständigen Dammrisses
10	Geschwulstentfernung aus der Brust
11	Konisation des Gebärmutterhalses
<u>Gefäß- und Thoraxchirurgie</u>	
12	Unterbindung oder Entfernung einer Krampfader
<u>Neurochirurgie</u>	
	/
<u>HNO-Chirurgie und Stomatologie</u>	
13	Entfernung von Nasenpolypen
14	Endoskopische Entfernung von Polypen oder kleiner Geschwülste aus dem Kehlkopf
15	Operation einer Speichelfistel
16	Einfache Reposition eines gebrochenen Nasenbeins
<u>Augenchirurgie</u>	
17	Ausschälung eines Hagelkorns
18	Laserbehandlung einer peripheren Netzhautläsion
19	Laser-Iridotomie

KATEGORIE A2	
<u>Allgemeine und plastische Operationen</u>	
1	Eröffnung eines tief liegenden Abszesses
2	Eröffnung eines Douglas-Abszesses
3	Eröffnung einer Weichteil-Phlegmone oder eines Karbunkels
4	Operative Entfernung eines tief liegenden Fremdkörpers
5*	Einfache Transplantation von Hautstücken (kleiner als 10 cm ²)
6	Dammschnitt
7	Möglicher Zuschlag für die Verwendung chirurgischer Laser
8	Dermabrasion
<u>Orthopädie</u>	
9	Eingriff an einem Hand- oder Finger-, Fuß- oder Zehengelenk
10	Reposition eines gebrochenen Unterarmknochens
11	Reposition eines gebrochenen Hand- oder Fußgelenks
12	Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe
13	Einrenkung einer Luxation des Schlüsselbeins oder der Kniescheibe
14	Einrenkung einer Luxation des Ellenbogen- oder Kniegelenks
15	Einrenkung einer Luxation des Hand- oder Fußgelenks
16	Entfernung von Schrauben oder Fäden
17	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe
18	Vollständige oder teilweise Amputation eines Fingers oder einer Zehe
19	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens
20	Operation des Karpaltunnels
<u>Abdominalchirurgie, Urologie und Gynäkologie</u>	
21	Einfache Operation einer Analfissur
22	Reposition eines Mastdarmvorfalls
23	Einfache Laparoskopie
24	Operation eines Mastdarmvorfalls durch einengende Zirkulärnaht
25	Beschneidung
26	Ligatur der Samenleiter
27	Perkutane Nephro- oder Pyelostomie
28	Eingriff an den äußeren weiblichen Geschlechtsorganen
29	Punktion der Nebenhoden
<u>Gefäß- und Thoraxchirurgie</u>	
30	Unterbindung oder Entfernung mehrerer Krampfadern
31	Entfernung der Vena saphena (magna oder parva)
<u>Neurochirurgie</u>	
	/
<u>HNO-Chirurgie und Stomatologie</u>	
32	Einrichtung eines gebrochenen Nasenbeins mit Fixationsverband
33	Entfernung von Gewebswucherungen
34	Anlegen eines Paukenröhrchens
35	Extraktion eines implantierten Zahns im Operationssaal
36	Extraktion von mindestens 8 Zähnen unter Vollnarkose
37	Entfernung einer Unterkieferdrüse
<u>Augenchirurgie</u>	
38	Entfernung eines nicht invasiven Tumors aus der Bindehaut, der Hornhaut, der Lederhaut oder dem Augenlid

39	Einfache Operation einer Tränendrüse
40*	Kanthoplastik (Operation der Lidspalte)
41	Laserbehandlung bei Vaskulopathie bei Sekundärkatarakt
42	Operation eines Flügelfells

KATEGORIE A3	
<u>Allgemeine und plastische Operationen</u>	
1*	Einfache Transplantation von 10 bis 50 cm ² oder Hautlappenplastik unter 10 cm ²
2	Operation einer Zyste oder einer Kreuz-Steißbeinfistel
3	Vollständige Couperose-Behandlung durch Laser
4	Einsatz einer Penisprothese
<u>Orthopädie</u>	
5	Osteotomie oder Trepanation eines Knochens
6	Einrichtung eines gebrochenen Oberarms
7	Einrichtung von zwei gebrochenen Unterarmknochen
8	Einrichtung eines einfachen Beckenbruchs
9	Einrichtung eines gebrochenen Beins
10	Naht einer Sehne
11	Sehnenplastik
12	Entfernung von Knochennägeln oder Osteosyntheseplatten
13	Steißbeinresektion
14	Einrenkung eines Hand- oder Fußgelenks (außer dem oberen Sprunggelenk)
15	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk
16	Osteotomie eines kleineren Knochens mit Sehnenverpflanzung
17	Einrichtung eines gebrochenen Schlüsselbeins auf operativem Wege
18	Operative Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe
19	Operative Einrichtung eines gebrochenen Fußknöchels
20	Operative Einrichtung einer gebrochenen Mittelhand oder eines gebrochenen Mittelfußes, mit Ausnahme des Fersenbeins
21	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes
22	Amputation in einem Mittelfuß
<u>Abdominalchirurgie, Urologie und Gynäkologie</u>	
23	Operation eines Afterrisses mit Sphinkterotomie
24	Endoskopischer Eingriff an der Blase (Resektion des Blasenhalses, Entfernung von Steinen,...)
25	Varikozelen- oder Hydrozelenoperation
26	Entfernung des Nebenhodens
27	Orchidopexie
28	Suprapubische Zystostomie
29	Endoskopische Extraktion eines Harnleitersteins
30	Harnsteinzertrümmerung durch Stoßwellen (pro Behandlung)
31	Amputation des Gebärmutterhalses
<u>Gefäß- und Thoraxchirurgie</u>	
32	Resektion des Bogens der inneren Stammvene (Crossektomie) + vollständige Entfernung der inneren Stammvene und/oder Ligatur oder Resektion einer oder mehrerer Krampfadern
33	Bronchoskopie oder Oesophagoskopie mit Entfernung eines Fremdkörpers aus der Luftröhre, den Bronchien oder aus der Speiseröhre
<u>Neurochirurgie</u>	
34	Naht eines Nervs unter dem Mikroskop
<u>HNO-Chirurgie und Stomatologie</u>	
35	Tracheotomie
36	Exostosenoperation im äußeren Gehörgang
37*	Operation der einfachen Hasenscharte

38	Teilweise Resektion der Zunge
39	Chirurgische Entfernung eines Speichelsteins
40	Entfernung der Mandeln
41*	Ohrmuschelplastik
42	Trepanation der Kieferhöhle von außen
43	Endonasale Nasennebenhöhlenoperation
44	Entfernung der Ohrspeicheldrüse ohne Nervendissektion
45	Extraktion von 8 oder mehr Zähnen unter Vollnarkose
46	Explantieren und Extraktion eines implantierten Zahns durch perikoronale Knochenresektion und/oder Zahnosteotomie
Augenchirurgie	
47	Tränensackentfernung
48*	Operation eines auswärts- oder einwärtsgewendeten Augenlids
49	Panretinale Lasertrabekuloplastik oder Laseriridoplastik bei Makulaläsionen nach einer Vitrektomie wegen Glaskörperverwachsungen
50*	Partielle Augenlidplastik
51	Entfernung eines invasiven Tumors aus der Bindehaut, der Hornhaut, der Lederhaut oder dem Augenlid
52	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem vorderen Segment des Augeninnern
53	Schielopoperation durch Tenotomie
54	Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung
55	Ausschälung des Augapfels

<u>KATEGORIE B1</u>	
<u>Allgemeine und plastische Operationen</u>	
1*	Einfache Transplantation von mehr als 50 cm ² oder gestielte Plastik
<u>Orthopädie</u>	
2	Operation der Dupuytrenschen Kontraktur
3	Resektion des oberen Sprunggelenks
4	Arthroplastik eines Hand- oder Fußgelenks
5	Meniskusoperation
6	Einrichtung eines Wirbelbruchs
7	Einrichtung einer Bruchstelle am Oberarm, Unterarm oder Unterschenkel auf operativem Wege
8	Operative Einrenkung eines bi -oder trimalleolären Fußknöchelbruchs
9	Operative Einrichtung eines gebrochenen Nasenbeins
10	Einrenkung einer Luxation des Hüftgelenks
11	Einrichtung einer Luxation eines Wirbelbruchs
12	Exartikulation eines Oberarmes, Unterarmes oder Unterschenkels
13	Amputation eines Oberarmes, Unterarmes, Oberschenkels oder Unterschenkels
14	Resektion eines Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenks
15	Operation des Hallux valgus im kombinierten Verfahren
16	Naht einer oder mehrerer Sehnen
17	Sehnentransplantation
18	Sehnenplastik (zwei Sehnen)
19	Perkutane Nukleotomie des Bandscheibenvorfalls
20	Bändernaht im Bereich des Kniegelenks
21	Bänderplastik im Bereich der Seitenbänder des Kniegelenks
<u>Abdominalchirurgie, Urologie und Gynäkologie</u>	
22	Operation einer Mastdarmpfistel
23	Explorative Laparotomie
24	Blinddarmoperation
25	Eröffnung eines Abszesses im Unterleib
26	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruchs
27	Operation einer Nabel- oder Bauchwandhernie
28	Operation eines Mastdarmvorfalls durch Resektion oder Levatorplastik
29	Operation der Hämorrhoidalknoten
30*	Operation eines Bauchnarbenbruchs mit Plastik
31	Pyelotomie
32	Probelumbotomie
33	Nephrostomie
34	Operative Extraktion eines Harnleitersteins
35	Anlegung einer Harnröhrenfistel am Damm
36	Endoskopische Entfernung eines Blasen Tumors
37	Harnleitereingriff
38	Reposition der umgestülpten Gebärmutter
39	Abrasion
40	Lageverbesserung der Gebärmutter
41	Operation eines vollkommenen Dammrisses
42	Kolporrhaphie, mit oder ohne Dammplastik
43	Vaginale oder abdominale Entfernung eines oder mehrerer Gebärmuttermyome

44	Ein- oder beidseitige Adnexektomie oder sonstige Operation der Nebenorgane
45	Kaiserschnitt
46	Prolapsoperation durch vordere und hintere Kolporrhaphie
47	Abdominal- oder Vaginaloperation der Harninkontinenz
48	Prostatabehandlung durch Hyperthermie oder Laser
49	Reanastomose der Samenleiter
Gefäß- und Thoraxchirurgie	
50	Resektion des Bogens der inneren Stammvene (Crossektomie) + Entfernung der inneren und äußeren Stammvene
51	Eröffnung des Herzbeutels
52	Einsetzen eines Herzschrittmachers
53	Venenentfernung durch Radiowellen
Neurochirurgie	
54	Nervennaht + Nerventransplantation oder einfache Naht mehrerer Nerven oder interfaszikuläre Neurolyse eines Nervs
55	Operation eines Schädelbruchs mit möglicher Schädelplastik
56	Heilverfahren bei einem intrazerebralen Hämatom durch einfache Trepanation
HNO-Chirurgie und Stomatologie	
56*	Operation der komplizierten Hasenscharte
57	Behandlung der Nasennebenhöhle von außen
58	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses vom Naseninnern aus
59	Entfernung eines Nasen-Rachen-Fibroms
60	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes
61	Trommelfelltransplantation
62	Submuköse Resektion der Nasenscheidewand
63	Einfache Thyreoidektomie
64	Arthroplastik oder sonstiger Eingriff an einem Kiefergelenk
65	Palatoplastik bei unvollständiger Teilung des Gaumensegels
66	Partielle Resektion eines Kiefergelenks
Augenchirurgie	
67	Naht einer perforierenden Wunde des Augapfels
68	Iridektomie
69	Entfernung eines Tumors aus der Augenhöhle durch anterioren Zugang
70*	Operation der Ptosis
71*	Augenlidplastik bei totaler Verwachsung eines Lides mit dem Augapfel oder bei einem vollständig zerstörten Augenlid
72	Schieloperation durch ein anderes Verfahren als die Tenotomie
73	Radiäre Keratotomie oder Laser-Keratotomie bei Kurzsichtigkeitskorrektur
74	Ausschälung des Augapfels mit Einsetzen einer Kugel für eine spätere Augenprothese
75	Wiederherstellung eines Tränenkanals
76	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Augenhöhle

KATEGORIE B2	
<u>Allgemeine und plastische Operationen</u>	
1	Stiellappenplastik von mehr als 10 cm Seitenlänge
2*	Brustreduktionsplastik
3*	Brustwiederherstellung durch Hautlappen oder Haut-Muskellappen
<u>Orthopädie</u>	
4	Operation einer Schulter- oder Kniegelenkluxation
5	Operation eines Schenkel- oder Schenkelhalsbruchs
6	Operation von zwei gebrochenen Unterarmknochen oder von einem doppelten Bruch des Unterschenkels
7	Exartikulation eines Oberschenkels
8	Resektion einer Hüfte oder Prothesenablation
9	Arthroplastik eines Schulter- oder Ellenbogengelenks
10	Kreuzbandplastik im Bereich des Kniegelenks
11	Exartikulation des Schultergürtels
12	Transplantation von zwei Sehnen
13	Sehnenplastik an drei oder mehr Sehnen
14	Operation eines Bandscheibenvorfalls an der Lendenwirbelsäule
<u>Abdominalchirurgie, Urologie und Gynäkologie</u>	
15	Abdominale oder perineale Operation eines Mastdarmvorfalls
16	Muskelplastik bei Insuffizienz des Afterschließmuskels
17	Operation eines eingeklemmten Bruches mit Darmresektion
18	Vaginale oder kombinierte Entfernung des Mastdarms mit Eröffnung der Bauchhöhle
19	Cholecystektomie (normal oder durch Laparoskopie)
20	Segmentresektion eines Dünndarms
21	Subtotale Pankreasresektion links
22	Reanastomose des Mastdarms
23	Einseitige Adrenalektomie
24	Endoskopische oder supra-pubische Resektion der Prostata
25	Plastische Behandlung der Hypo- oder Epispadie
26	Perkutane Harnsteinextraktion, nach Zertrümmerung mittels Ultraschall
27	Teilnephrektomie
28	Nierenbeckenplastik
29	Teilresektion der Harnblase
30	Operation der Harninkontinenz durch Schließmuskelprothese
31	Einfache Mastektomie oder mit Lymphknotenausräumung
32	Prolapsoperation über den Scheidendammb
33	Abdominal- und Vaginaloperation der Harninkontinenz
34	Vaginale oder abdominale radikale Hysterektomie
35	Operation einer Blasen-Scheidenfistel oder Darm-Scheidenfistel
36	Bildung einer künstlichen Vagina
37	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
<u>Gefäß- und Thoraxchirurgie</u>	
38	Embolektomie an einer Arterie
39	Lumbale Sympathektomie
<u>Neurochirurgie</u>	
40	Operativer Eingriff am Rückenmark
41	Naht + Transplantation mehrerer Nerven

HNO-Chirurgie und Stomatologie	
42*	Neubildung der Nase
43	Spaltung des Kehlkopfes
44	Operation bei einseitiger Pansinusitis
45	Palatoplastik bei vollständiger Teilung des Gaumensegels
46	Entfernung der Ohrspeicheldrüse mit Gesichtsnervendissektion
47	Endoskopische Kehlkopfplastik
48	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume
49	Vollständige Resektion eines Kiefergelenks
Augenchirurgie	
50	Entfernung eines Fremdkörpers aus der hinteren Augenkammer
51	Schieleroperation durch Muskeltransplantation
52	Staroperation
53	Glaukomoperation

<u>KATEGORIE C1</u>	
<u>Allgemeine und plastische Operationen</u>	
	/
<u>Orthopädie</u>	
1	Pfannendachplastik
2	Plastik mehrerer Kniegelenksbänder
3	Transplantation von mindestens drei Sehnen
<u>Abdominalchirurgie, Urologie und Gynäkologie</u>	
4	Subtotale Magenresektion
5	Hemikolektomie
6	Laparoskopischer Eingriff bei Hiatushernie oder zweiseitigem Leistenbruch
7	Operation eines Zwerchfellbruchs
8	Partielle Hepatektomie
9	Teilnephrektomie
<u>Gefäß- und Thoraxchirurgie</u>	
10	Bypass-Operation an einer Extremitätenarterie
11	Transluminale Dilatation einer Arterie, außer der Koronararterie
<u>Neurochirurgie</u>	
	/
<u>HNO-Chirurgie und Stomatologie</u>	
12	Thyreoidektomie unter Schonung der Nn. recurrentes und der Nebenschilddrüsen
13	Vollständige Entfernung des Kehlkopfes
<u>Augenchirurgie</u>	
14	Entfernung eines nicht magnetischen Fremdkörpers aus dem hinteren Augensegment
15	Hornhauttransplantation

KATEGORIE C2	
<u>Allgemeine und plastische Operationen</u>	
	/
<u>Orthopädie</u>	
1	Operation einer Lumbalkanalenge
2	Operation eines zervikalen Bandscheibenvorfalls oder eines Lendenwirbelvorfalls mit Arthrodesse
3	Neubildung eines Hüftgelenks
<u>Abdominalchirurgie, Urologie und Gynäkologie</u>	
4	Radikale Magenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Verdauungsweges durch Ersatzmagenbildung
5	Radikale Pankreasresektion / Subtotale Pankreasresektion mit Anastomose
6	Beidseitige Adrenalektomie
7	Totale Kolektomie
8	Radikale Prostatektomie + abdominale Ablation der Hoden
9	Extraktion eines Ausgusssteins durch Pyelotomie
10	Hepatektomie links
11	Erweiterte Hysterektomie mit Lymphknotenausräumung
12	Kombinierte Amputation des Mastdarms mit Eröffnung der Bauchhöhle
<u>Gefäß- und Thoraxchirurgie</u>	
13	Revaskularisierung einer Halsschlagader
14	Revaskularisierung einer Arterie eines Glieds durch Vena saphena magna-Transplanta
15	Revaskularisierung der infrarenalen Aorta, einschließlich der Aortengabel
16	Revaskularisierung einer großen Arterie des Brustkorbs
17	Herzoperation, ohne extrakorporalen Kreislauf und Hypothermie
18	Entfernung eines Tumors des Mediastinums
<u>Neurochirurgie</u>	
19	Heilverfahren bei einem intrakranialen Hämatom durch großflächige Trepanation
20	Einsetzen einer Drainage bei Hydrozephalus
21	Entfernung einer Geschwulst im Wirbelkanal
<u>HNO-Chirurgie und Stomatologie</u>	
22	Partielle Entfernung des Kehlkopfes mit Wiederherstellung
23	Radikaloperation bei beidseitiger Pansinusitis
24	Fensterungsoperation oder Operation an der Gehörknöchelchenkette
25	Resektion des Kiefers und der Schädelbasis
<u>Augenchirurgie</u>	
26	Operation einer Netzhautablösung

<u>KATEGORIE D1</u>	
<u>Allgemeine und plastische Operationen</u>	
	/
<u>Orthopädie</u>	
	/
<u>Abdominalchirurgie, Urologie und Gynäkologie</u>	
1	Radikale Magenresektion + subtotale Pankreasresektion
2	Duodenopankreatektomie
3	Portocavale Anastomose oder ähnliche Operation
4	Totale Kolektomie mit ileo-analer Pouchanlage
5	Intrathorakale Operation an der Speiseröhre
6	Hepatektomie rechts
<u>Gefäß- und Thoraxchirurgie</u>	
7	Eingriff am Herzen oder an den großen Arterien unter Hypothermie
8	Operation am Herzen oder an den großen Thoraxarterien mit extrakorporalem Kreislauf
9	Pneumektomie
<u>Neurochirurgie</u>	
10	Heilverfahren bei einem intrazerebralen Hämatom
11	Heilverfahren bei einem intrazerebralen Tumor durch großflächige Trepanation
12	Eingriff an der Hypophyse durch Trepanation oder transnasal
<u>HNO-Chirurgie und Stomatologie</u>	
	/
<u>Augenchirurgie</u>	
	/

<u>KATEGORIE D2</u>	
<u>Allgemeine und plastische Operationen</u>	
	/
<u>Orthopädie</u>	
	/
<u>Abdominalchirurgie, Urologie und Gynäkologie</u>	
	/
<u>Neurochirurgie</u>	
1	Operation an einem subtentoriellen Hirntumor durch große Trepanationsöffnung
2	Operation eines intrazerebralen Aneurysmas
3	Operation eines Rückenmarkstumors
4	Operation eines Tumors des Kleinhirnbrückenwinkels
<u>HNO-Chirurgie und Stomatologie</u>	
	/
<u>Augenchirurgie</u>	
	/
<u>Transplantationen</u>	
6	einer Niere
7	von Knochenmark
8	einer Bauchspeicheldrüse
9	eines Herzens und/oder von Lungen
10	einer Niere und einer Leber
11	einer Leber

ANHANG II: Orthopädisches Material, Bandagen und sonstige medizinische Hilfsmittel, die mit einem Satz von 85 % und mit einem Satz von 100 % bei anerkannter schwerer Krankheit erstattet werden

Produkte	ÄV: ärztliche Verordnung	VG: vorherige Genehmigung (detailliertes ärztliches Gutachten und Kostenvoranschlag erforderlich)	Dauer/Frist	Normaler Erstattungssatz	Mit einem Satz von 85 % erstattungsfähiger Höchstbetrag (EUR):	Mit einem Satz von 100% erstattungsfähiger Höchstbetrag (EUR):	Anmerkungen	Material in Verbindung mit dem Grad der Hilfsbedürftigkeit
1 Kompressen – elastische Bandagen - Sonstiges z.B. Schwangerschaftsgürtel, Kniebandagen, Knöchelstützen und einfache Lumbal	ÄV	NEIN		85%				
Paar Kompressionsstrümpfe	ÄV	NEIN		85%			3 Paar pro Jahr	
2 Kauf oder Änderung orthopädischer Einlagen (pro Einlage)	ÄV	NEIN		85 %	65	65	4 Stück pro Jahr	
Reparatur der Einlage	Nicht erstattungsfähig			0 %				
3 Krücken und Stöcke								
Kauf	ÄV	NEIN		85%				
Miete	ÄV	NEIN		85%				
Reparatur	Nicht erstattungsfähig							
4 äußere Brustprothesen	ÄV	NEIN		85%			2 Stück pro Seite pro Jahr	
Prothesengerechte Büstenhalter und Badeanzüge	Nicht erstattungsfähig			0%				
5 einfache Rollstühle ohne Motorantrieb								*
Kauf	ÄV	VG	5 Jahre	85%	650			
Miete < 3 Monate	ÄV	NEIN		85%				
Miete > = 3 Monate	ÄV	VG	5 Jahre	85%	650			

	Reparatur	VG			85%				
	Wartung (Reifen, etc.)	Nicht erstattungsfähig			0%				
6	Fahrgestell 2 Räder und Sitz								*
	Kauf	ÄV	VG		85%	140	140	1 nicht erneuerbare Vereinbarung	
	Miete < 3 Monate	ÄV	NEIN		85%				
	Miete > = 3 Monate	ÄV	VG		85%				
	Reparaturen	Nicht erstattungsfähig			0%				
7	Toilettenstuhl, Duschstuhl (zuhause)								*
	Kauf	ÄV	VG		85%	100	100	1 nicht erneuerbare Vereinbarung	
	Miete < 3 Monate	ÄV	NEIN		85%				
	Miete > = 3 Monate	ÄV	VG		85%				
	Reparaturen	Nicht erstattungsfähig			0%				
8	Krankenhausbett (zuhause)								*
	Kauf	ÄV	VG		85%	1.000	1.000	1 nicht erneuerbare Vereinbarung	
	Miete < 3 Monate	ÄV	NEIN		85%				
	Miete > = 3 Monate	ÄV	VG		85%				
	Reparatur oder Nutzung in einer Pflegeeinrichtung	Nicht erstattungsfähig			0%				
9	Dekubitus-Matratze, einschließlich Kompressor								*
	Anschaffung	ÄV	VG	3 Jahre	85%	500	500		
	Miete < 3 Monate	ÄV	NEIN		85%				
	Miete > = 3 Monate	ÄV	VG		85%				
10	Schlafapnoegerät (CPAP), einschließlich Befeuchter								
	Kauf	ÄV	VG	5 Jahre	85%	1.700	1.700		
	Miete < 3 Monate	ÄV	NEIN		85%				
	Miete > = 3 Monate	ÄV	VG		85%				
	Zubehör und Wartung des CPAP außerhalb des Anschaffungsjahres	ÄV	VG	1 Jahr	85%	350			

11	Blutdruckmessgerät	ÄV	VG	5 Jahre	85%	125	125		
	Reparatur	Nicht erstattungsfähig			0%				
12	Aerosol								
	Kauf	ÄV	VG	5 Jahre	85%	125	125		
	Miete	ÄV	NEIN		85%				
	Miete > 3 = Monate	ÄV	VG		85%				
	Reparatur	Nicht erstattungsfähig			0%				
13	Material für die Überwachung und die Behandlung einer insulinbehandelten Diabetes								
	Glukosemessgerät	ÄV	VG	3 Jahre	100%		75		
	Teststreifen, Insulinspritzen, Lanzetten	ÄV	VG		100%			ÄV nur für den Erstkauf	
14	Material für die Überwachung und die Behandlung der nicht-insulinabhängigen Typ 2-Diabetes glykosyliertem Hämoglobin über 7%)								
	Glukosemessgerät	ÄV	VG	3 Jahre	85%	75			
	Teststreifen	ÄV	VG		85%	500		Erstattungsfähiger Höchstbetrag pro Jahr	
15	Inkontinenzmaterial	ÄV	VG	1 Jahr	85%	600	600		*
16	Stomamaterial	ÄV	NEIN		85%				
17	Haarprothese - Perücke	ÄV	VG	1 Jahr	85%	750	750		
18	Paar maßgefertigte orthopädische Korrekturschuhe								
	Kauf im Falle einer Fußpathologie außerhalb des 100 %-Rahmens	ÄV	VG		85%	720	NA	2 Paar pro Jahr	
	Kauf im Falle einer Fußpathologie innerhalb des 100 %-Rahmens	ÄV	VG		100%	NA	1.440	2 Paar pro Jahr	
	Kauf im Falle einer schweren Erkrankung des Fußes	ÄV	VG		100%	NA		2 Paar pro Jahr	
	Reparatur auf Vorlage der Rechnung	NEIN	NEIN		85%				
19	Glieder, Gliedsegmente, Gelenkorthesen								
	Anschaffung	ÄV	VG	einzeln zu bestimmen, Kostenvoranschlag erforderlich					
	Reparatur auf Vorlage der Rechnung	ÄV	VG	einzeln zu bestimmen					

20	sonstige Geräte, deren Kosten auf mehr als 2000 € veranschlagt werden	ÄV	VG	einzeln zu bestimmen, Kostenvoranschlag erforderlich				
	oder spezifisches elektrisches, elektronisches und/oder maßgefertigtes Material bei schwerer Krankheit (Anschaffung)	ÄV	VG	einzeln zu bestimmen, Kostenvoranschlag erforderlich				*
21	Irrigatoren und Thermometer	Nicht erstattungsfähig			0%			
22	Vakuumsysteme für die Behandlung von Impotenz	ÄV	VG			200	200	
23	Gerinnungsmessgerät	ÄV	VG					Kriterien: im Falle lebenslanger Antigerinnung
24	Spritzen	ÄV	VG					Kriterien: Im Falle von Diabetes (vgl.13) oder anderen chronischen Krankheiten, die wiederholte Injektionen erfordern
25	Feste Kosten für den Ausbau der Wohnung oder eines Fahrzeugs, Zubehör für Haus- und Heimelektronik, Informatik, Fernüberwachung, nicht streng medizinisches Mobiliar wie beispielsweise Relaxsessel und sonstige ähnliche Produkte, fallen nicht unter das Krankheitsfürsorgesystem und sind daher nicht erstattungsfähig.	Nicht erstattungsfähig			0%			*

Titel III – VERFAHREN

Kapitel 1- Erstattungsanträge und Belege

1. Allgemeine Bestimmungen

Die in Titel II der allgemeinen Durchführungsbestimmungen genannten Leistungen sind von zur Ausübung eines ärztlichen oder paramedizinischen Berufs befugten Personen oder durch staatlich zugelassene medizinische oder paramedizinische Einrichtungen zu erbringen.

Die Krankheitsfürsorge der Europäischen Gemeinschaften übernimmt keine Kosten für Behandlungen, die der Erbringer der Leistung (Arzt, Zahnarzt, Hebamme, Krankenpflegerin, Angehöriger eines paramedizinischen Berufsstandes usw.) an seinem Ehegatten, seinem anerkannten Partner, seinen Verwandten in absteigender und aufsteigender Linie, seinem Schwiegervater, seiner Schwiegermutter, seinen Brüdern, Schwestern, Schwägern, Schwägerinnen, Schwiegersöhnen und Schwiegertöchtern, Onkel und Tanten, Neffen und Nichten vornimmt. Die Kosten für die dabei verwendeten Mittel und Materialien werden dagegen im Rahmen der Bestimmungen der Gemeinsamen Regelung erstattet.

2. Erstattungsantrag

Die Erstattungsanträge sind von der angeschlossenen Person mittels des hierfür vorgesehenen, ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks („Antrag auf Erstattung von Krankheitskosten“) außer im Falle höherer Gewalt spätestens 18 Monate nach dem Zeitpunkt der Leistungserbringung einzureichen.

Die angeschlossene Person muss auf ihrem Antrag die Art der Erstattung angeben, nämlich:

- a. „Regelerstattung“;
- b. „Unfall“ oder „Berufskrankheit“ (mit den dazugehörigen Angaben);
- c. schwere Krankheit“ (mit den dazugehörigen Angaben);
- d. „Außerhalb der Union beschäftigtes Personal“.

3. Mitzuliefernde Unterlagen

- Originale der Rechnungen oder Quittungen (außer bei Anträgen auf ergänzende Erstattung) mit Angabe des Zeitpunkts der Leistung und des Honorars für jede einzelne ärztliche Leistung. Kopien, Duplikate und Mahnungen werden nicht akzeptiert, außer in hinreichend begründeten Fällen höherer Gewalt wie beispielsweise Verlust, Diebstahl oder Vernichtung.
- Bei einem chirurgischen Eingriff muss der Chirurg die genaue Art des Eingriffs angeben. Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht kann diese Information dem Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle in versiegeltem Umschlag übermittelt werden.
- Die Originalverordnung. Eine Kopie der Verordnung oder ein sonstiges offizielles Dokument, das die auf der Verordnung angegebenen Informationen enthält, ist dann zulässig, wenn das Original beim Leistungserbringer verbleiben muss oder die Pflegeleistungen oder Behandlungen mehrmals vorgenommen werden müssen.
- Das Aktenzeichen der vorherigen Genehmigung/des zahnärztlichen Kostenvoranschlags.
- Die angeschlossene Person muss ihren Erstattungsantrag unterschreiben; damit bestätigt sie die Richtigkeit der beigefügten Anlagen und bescheinigt, dass die vorgelegten Rechnungen bezahlt wurden.

Ein nicht unterschriebener Erstattungsantrag kann nicht bearbeitet werden.

4. Sonderbestimmungen

Anträge auf Sondererstattung gemäß Artikel 24 Absatz 2 der Gemeinsamen Regelung sind innerhalb von 12 Monaten ab dem Zeitpunkt der Erstattung der Kosten der letzten Leistung, die in den betreffenden 12-Monatszeitraum fällt, einzureichen.

Für die Tarifierung und Erstattung von nicht in Euro ausgestellten Leistungen wird der Umrechnungskurs des Monats des Eingangs des Erstattungsantrags bei der Abrechnungsstelle zugrunde gelegt.

Die Abrechnungsstelle kann jedoch im Falle einer deutlichen Abwertung den Umrechnungskurs des Monats zugrunde legen, in dem die letzte auf dem Erstattungsantrag angegebene ärztliche Leistung erbracht wurde. Diese Ausnahmeregelung ist auf die ärztlichen Leistungen begrenzt, die während des der Abwertung vorangegangenen Dreimonatszeitraums erfolgt sind.

Die Erstattung erfolgt auf das Bankkonto, auf das das Gehalt oder Ruhegeld überwiesen wird.

5. Belege

Die Quittungen und Rechnungen müssen den Rechtsvorschriften des Landes entsprechen, in dem sie ausgestellt wurden, und folgende Angaben enthalten:

- den vollständigen Namen des Patienten
- die Art der ärztlichen Leistung(en)
- Zeitpunkt und Honorar für jede ärztliche Leistung
- den Namen und die Anschrift des Leistungserbringers

Anzahlungen oder vorläufige Rechnungen werden nur berücksichtigt, wenn sie gleichzeitig mit der Schlussrechnung eingereicht werden.

6. Arzneimittel

Die Erstattung der Arzneimittel erfolgt auf der Grundlage von Quittungen oder Apothekenrechnungen, die nachstehende Informationen enthalten:

- den Namen des verordnenden Arztes;
- den vollständigen Namen des Patienten;
- die Bezeichnung des verordneten Arzneimittels oder bei Generika die Bezeichnung des abgegebenen Arzneimittels oder im Falle einer Medikamentenzubereitung die Zusammensetzung des Präparates (die Nummer des Präparates reicht nicht aus);
- den Preis für jedes einzelne Arzneimittel;
- den Gesamtbetrag und - für zusatzversicherte Personen - den tatsächlich bezahlten Preis;
- das Datum, an dem das Arzneimittel abgegeben wurde.
- den Stempel und die Unterschrift des Apothekers.

Diese Angaben sind auch im Falle einer Wiederverordnung unerlässlich.

Kapitel 2 – Untersuchungsprogramme zur Früherkennung

- Das Zentralbüro erstellt auf Vorschlag des Ärztebeirats und nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses des gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems („CGAM“) die Liste der ärztlichen Untersuchungen, die unter die Früherkennungsprogramme fallen. Die Zusammensetzung und Periodizität der Programme werden in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Berechtigten festgelegt. Diese Informationen werden den angeschlossenen Personen zur Kenntnis gebracht.

Die Zusammensetzung der Programme kann geändert werden, um den medizintechnischen Entwicklungen auf dem Gebiet Rechnung zu tragen.

- Der Berechtigte, der sich den Früherkennungsuntersuchungen unterziehen möchte, muss bei seiner Abrechnungsstelle einen entsprechenden Antrag stellen. Nach Überprüfung seiner Ansprüche und der Periodizität der Untersuchung erteilt die Abrechnungsstelle die Genehmigung für die Kostenübernahme bei einer zugelassenen Einrichtung für Früherkennung.

Zu 100% erstattet und direkt durch die Krankheitsfürsorge beglichen, ohne dass der Berechtigte eine Rechnung erhält, werden lediglich die Kosten für programmgemäße Früherkennungsuntersuchungen in zugelassenen Einrichtungen und in den vorgesehenen Abständen.

Kosten für etwaige Zusatzuntersuchungen, die nicht in den Früherkennungsprogrammen enthalten sind, werden nach den geltenden Bestimmungen erstattet.

Kosten für Transport, Aufenthalt und Begleitung sind nicht erstattungsfähig.

- Ist der Berechtigte aus nicht von ihm zu vertretenden Gründen nicht in der Lage, sich in eine zugelassene Früherkennungseinrichtung zu begeben, kann die Abrechnungsstelle ihm gestatten, sich den entsprechenden Früherkennungsuntersuchungen in medizinischen Einrichtungen oder bei Leistungserbringern am Ort seiner dienstlichen Verwendung oder an seinem Wohnort zu unterziehen. Damit die Erstattung dieser Kosten mit einem Satz von 100 % erfolgen kann, muss die angeschlossene Person einen Sondererstattungsantrag unter Angabe sämtlicher damit verbundenen Kosten einreichen und die Originalbelege beizufügen.

Kapitel 3 – Die gemeinsame Krankenfürsorge als Zusatzversicherung - Durchführungsbestimmungen

1. Begriffsbestimmung

Durch die ergänzende Absicherung durch das GKFS soll den über ein staatliches Sozialversicherungssystem Versicherten das gleiche Erstattungsniveau für ihre Behandlungskosten garantiert werden wie das, auf das sie Anspruch hätten, wenn das gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem ihr primärer Versicherungsträger wäre, ohne jedoch unbegründete Aufwendungen für dieses System zu verursachen.

Keine Leistung kann mit einem Satz von mehr als 100 % erstattet werden, auch nicht im Falle einer Erstattung durch eine private Zusatzversicherung, außer wenn durch den pauschalen Charakter dieser Versicherung eine entsprechende Verrechnung nicht möglich ist.

2. Anspruch auf eine ergänzende Absicherung

Eine ergänzende Absicherung über das GKFS können erhalten:

die angeschlossene Person gemäß der Definition in Artikel 2 der Gemeinsamen Regelung, die sich freiwillig bei einer anderen gesetzlichen oder ordentlichen Krankenversicherung als primärem Versicherungsträger versichern lässt;

der Ehegatte oder der anerkannte Partner der angeschlossenen Person, der keine entgeltliche Erwerbstätigkeit ausübt oder Einkünfte aus einer früher ausgeübten Tätigkeit bezieht, der aber durch eine andere gesetzliche Krankenversicherung abgesichert werden kann und der sich freiwillig bei einer anderen gesetzlichen oder ordentlichen Krankenversicherung versichern lässt;

der Ehegatte oder der anerkannte Partner, der eine entgeltliche Erwerbstätigkeit ausübt oder Einkünfte aus einer früher ausgeübten Tätigkeit bezieht, so wie in Artikel 13 Absatz 2 der Regelung definiert, unter der Bedingung, dass seine Jahreseinkünfte vor Steuern unter dem Grundgehalt eines Beamten der Besoldungsgruppe AST2/1 liegen, auf das der Berichtigungskoeffizient für das Land angewandt wird, in dem er die Einkünfte bezieht, und dass er für sämtliche durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge garantierten Leistungen bei einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist;

Damit der Anspruch auf die ergänzende Absicherung ihres Ehegatten/Partners aufrechterhalten wird, muss die angeschlossene Person der Abrechnungsstelle jedes Jahr die jüngste verfügbare beweiskräftige Unterlage zur Feststellung der von ihrem Ehegatten/Partner

bezogenen Einkünfte vor Steuern (beispielsweise den Steuerbescheid oder jedes sonstige, von den zuständigen staatlichen Behörden ausgestellte Dokument) übersenden.

Auf der Grundlage dieser Unterlagen kann der Anspruch vom 1. Juli des laufenden Jahres bis zum 30. Juni des darauf folgenden Jahres verlängert werden.

Nimmt ein Ehegatte/Partner im Laufe des Jahres eine entgeltliche Erwerbstätigkeit auf, werden die in jenem Teil des Jahres effektiv bezogenen Einkünfte (vor Steuern) zugrunde gelegt, um den Anspruch auf ergänzende Absicherung durch das GKFS ab dem Zeitpunkt des Bezugs der ersten Einkünfte zu bestimmen.

Ändern sich die Einkünfte aus Erwerbstätigkeit des Ehegatten/Partners im Jahresverlauf, wird der Änderung ausschließlich für die Festlegung der Ansprüche im darauf folgenden Kalenderjahres Rechnung getragen.

Die unterhaltsberechtigten Kinder der angeschlossenen Person gemäß Anhang VII Artikel 2 des Statuts, sofern die vorstehend erwähnte Krankenversicherung des Ehegatten oder des Partners sie ohne Zusatzbeitrag als primärer Versicherungsträger versichert.

3. Verfahren

Wer ergänzend über das GKFS abgesichert ist, muss zunächst seine nationale gesetzliche Primärversicherung in Anspruch nehmen und bei dieser die Erstattung seiner Behandlungskosten beantragen. Die gemeinsame Krankheitsfürsorge tritt nur als Zusatzversicherung ein.

Kosten für Leistungen, die nicht vom primären Versicherungsträger erstattet werden, können von der Krankheitsfürsorge erstattet werden, sofern sie dort erstattungsfähig sind. Die gemeinsame Krankheitsfürsorge übernimmt in diesem Fall quasi die Rolle des primären Versicherungsträgers.

Ist aus Gründen der freien Wahl des Leistungserbringers (insbesondere bei Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen) eine Erstattung durch den primären Versicherungsträger nicht möglich, kann die gemeinsame Krankheitsfürsorge auch für Leistungen eintreten, die von ihr erstattet werden, sofern mittels beweiskräftiger Unterlagen festgestellt wird, dass alle Verfahren und Vorschriften der Primärversicherung eingehalten wurden. In diesem Falle ersetzt die Krankheitsfürsorge die Primärversicherung nur in Bezug auf die betreffenden Leistungen.

Wer ergänzend über das GKFS abgesichert und ansonsten bei einer Versicherung mit Direktleistung versichert ist, kann sich die privat verauslagten Kosten für die nachstehend aufgeführten Leistungen erstatten lassen, wenn die staatliche Versicherung nachweislich offenkundige Defizite aufweist (beispielsweise Wartezeiten, nicht vorhandene Leistungen):

- Krankenhausaufenthalte und chirurgische Eingriffe
- Behandlungen und Untersuchungen in einer Klinik
- Alters- und Pflegeheime
- Krankenpflegepersonal

- Bade- und Genesungskuren

Hierzu ist eine vorherige Genehmigung erforderlich.

Kosten für Leistungen, die nicht auf der vorstehenden Liste aufgeführt sind, können von der gemeinsamen Krankheitsfürsorge erstattet werden, wenn sie bei dieser erstattungsfähig sind.

Die Beschränkungen bei der freien Wahl gelten weder für die angeschlossene Person noch für die ergänzend versicherten unterhaltsberechtigten Kinder.

4. Erstattungen

Erstattungsanträge müssen gemäß den üblichen Vorschriften bei der Abrechnungsstelle eingereicht werden.

Erfolgt eine Teilerstattung durch die Primärversicherung, müssen dem Erstattungsantrag eine Kopie der Rechnungen sowie das Original der von der Primärversicherung ausgestellten Abrechnung mit den Einzelheiten der erstatteten Leistungen beigelegt werden.

Trägt der Patient nicht die Gesamtkosten der Leistung, sondern nur den Teil der von ihm zu übernehmenden Kosten (beispielsweise Patientenselbstbeteiligung, Honoraraufschlag), müssen trotzdem die Gesamtkosten der Leistung sowie der von der Primärversicherung erstattete Betrag angegeben werden (also nicht nur das tatsächlich vom Versicherten gezahlte Entgelt).

Da die Berechnung der ergänzenden Erstattung für jede Leistung einzeln erfolgt, ist die bereits empfangene Erstattung für jede einzelne Leistung anzugeben. Übernommen wird nur die etwaige Differenz zwischen dem von der Krankheitsfürsorge garantierten Betrag und der von der anderen Krankenversicherung gewährten Erstattung innerhalb der vorgesehenen Prozent- und Erstattungshöchstsätze.

Ist es erwiesenermaßen nicht möglich, die Gesamtkosten der Leistung in Erfahrung zu bringen, kann, sofern die Leistung erstattungsfähig ist, die Patientenselbstbeteiligung mit den von der Krankheitsfürsorge vorgesehenen Sätzen erstattet werden.

Ist die gemeinsame Krankheitsfürsorge bereit, an die Stelle der Primärversicherung zu treten, muss dem Erstattungsantrag die quittierte Originalrechnung mit Angabe der Gründe für das Nicht-Eintreten der Primärversicherung beigelegt werden.

Kapitel 4 – Kostenübernahme und Vorschüsse

Gemäß Artikel 30 der Gemeinsamen Regelung können den angeschlossenen Personen Vorschüsse gewährt werden, damit sie größere Aufwendungen bestreiten können. Sie werden hauptsächlich in Form einer Kostenübernahme und in Ausnahmefällen in Form von Vorschüssen gewährt.

Wer ergänzend durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge abgesichert ist, hat nur dann Anspruch auf Kostenübernahme bzw. einen Vorschuss, wenn aufgrund der Unterlagen zweifelsfrei feststeht, dass die Krankheitsfürsorge gemäß den Vorschriften dieses Titels über die ergänzende Rolle des GKFS an die Stelle der Primärversicherung tritt.

1. Kostenübernahme

Außer in Notfällen oder in Fällen höherer Gewalt muss die Kostenübernahme vorab von der angeschlossenen Person beantragt werden.

Die Kostenübernahme wird in folgenden Fällen gewährt:

- bei Krankenhausaufhalten; die Kostenübernahme bezieht sich in diesem Fall auf die Hauptrechnungen und die Rechnung des Operateurs.

Bei getrennter Rechnungsstellung kann für die Rechnungen des Anästhesisten und des Assistenzarztes auch eine Kostenübernahme erfolgen.

Die Kostenübernahme gilt für einen maximalen Aufenthalt von 60 Tagen. Bei Krankenhausaufhalten von längerer Dauer muss beim Vertrauensarzt ein Antrag auf Verlängerung eingereicht werden, dem ein ärztliches Gutachten mit der Begründung für die Verlängerung beigelegt ist.

- im Falle stark belastender ambulanter Behandlungen im Rahmen einer schweren Krankheit, wie beispielsweise Strahlentherapie, Chemotherapie oder Dialyse.
- bei wiederholter Beschaffung teurer Arzneimittel wie beispielsweise Wachstumshormonen oder der wiederholten Inanspruchnahme eines Krankenwagens oder eines Sanitätsfahrzeugs oder bei kostenintensiven Untersuchungen, wenn die monatlichen Kosten 20 % des Ruhegehalts oder des Grundgehalts der angeschlossenen Person übersteigen.

Im Rahmen einer Kostenübernahme wird der Teil der Kosten, der nach der Abrechnung von der angeschlossenen Person zu übernehmen ist, auf spätere Erstattungen oder ggf. auf ihre Dienstbezüge, ihr Ruhegehalt oder jede sonstige Summe, die ihr Organ ihr schuldet,

angerechnet. Auf Betreiben der Abrechnungsstelle kann der Restbetrag auf das Bankkonto der gemeinsamen Krankheitsfürsorge überwiesen werden.

2. Vorschüsse

Auf Antrag einer primär dem GKFS angeschlossenen Person kann eine Kreditkarte mit verzögerter Abbuchung bis zu 60 Tagen (zum Monatsende) ausgegeben werden.

Entfällt diese Möglichkeit, kann auf Antrag der angeschlossenen Person ein Vorschuss auf die Erstattung in Form einer Überweisung auf ihr Bankkonto gewährt werden, sofern ihr Ruhegehalt oder Grundgehalt nicht über das Grundgehalt eines Beamten der Besoldungsgruppe AST2/1 hinausgeht und die ihr voraussichtlich entstehenden monatlichen Behandlungskosten 20 % ihres Ruhegehalts oder ihres Grundgehalts übersteigen.

Die Wiedereinziehung des Vorschusses erfolgt automatisch, wenn die angeschlossene Person drei Monate nach der Zahlung des Vorschusses keinen Antrag auf Erstattung ihrer Behandlungskosten einreicht, außer im Falle einer Behandlung von längerer Dauer und wenn vor dem Ende der Behandlung keine Zwischenabrechnung erstellt werden kann.

Kapitel 5 – Anerkennung als schwere Krankheit

1. Begriffsbestimmung

Als schwere Krankheiten sind anerkannt: Tuberkulose, Kinderlähmung, Krebs, Geisteskrankheiten und andere, von der Anstellungsbehörde als vergleichbar schwer eingestufte Krankheiten.

Letztere betreffen Krankheiten, die in unterschiedlichem Maße die vier nachstehenden Kriterien vereinen:

- ungünstige Lebenserwartung
- chronischer Verlauf
- Notwendigkeit aufwändiger Diagnose- und/oder Therapiemaßnahmen
- Vorhandensein oder Risiko einer schweren Behinderung.

2. Umfang der Absicherung durch das GKFS

Der Erstattungssatz von 100 % gilt:

- für die Behandlungskosten, die nach dem jetzigen Stand der Wissenschaft unmittelbar mit der schweren Krankheit zusammenhängen, gleich, ob im Rahmen der Diagnose, der Behandlung oder der Überwachung des Krankheitsverlaufs oder möglicher Komplikationen und Folgen;
- für die erstattungsfähigen Kosten, die mit einer möglichen, durch die schwere Krankheit verursachten Hilfsbedürftigkeit verbunden wären.

3. Verfahren

Dem Antrag auf Anerkennung als schwere Krankheit muss ein detailliertes, an den Vertrauensarzt gerichtetes ärztliches Gutachten in verschlossenem Umschlag beigelegt werden. Bei einem Erstantrag enthält das Gutachten:

- das Datum der Diagnose
- die genaue Diagnose
- das Verlaufsstadium und die möglichen Komplikationen
- die erforderliche Behandlung.

Die hundertprozentige Übernahme der durch die schwere Krankheit verursachten Kosten wird für höchstens 5 Jahre gewährt. Die Frist beginnt mit dem Ausstellungsdatum des ärztlichen Gutachtens zu laufen und endet zu dem angegebenen Zeitpunkt.

Die Abrechnungsstelle erinnert die angeschlossene Person rechtzeitig an den Ablauf des Schutzes, damit diese ggf. einen Antrag auf Verlängerung stellen kann. Diesem Antrag ist wiederum ein ärztliches Gutachten beizufügen, aus dem Folgendes hervorgeht:

- Krankheitsverlauf
- die Behandlung und/oder die noch erforderliche Beobachtung.

Die Entscheidung über die 100 %ige Kostenübernahme wird in regelmäßigen Abständen anhand der aktualisierten Informationen über den Gesundheitszustand der betreffenden Person und den wissenschaftlichen Fortschritt überprüft, damit der Umfang der Absicherung durch das GKFS erforderlichenfalls neu bewertet werden kann.

4. Rückwirkender Charakter

Grundsätzlich wird die 100%ige Absicherung erst ab dem Ausstellungsdatum des den Antrag auf Anerkennung als schwere Krankheit befürwortenden ärztlichen Gutachtens gewährt.

Auf begründeten Antrag der angeschlossenen Person hin kann unter Hinweis auf die betreffenden Leistungen in den Abrechnungen nach Stellungnahme des Vertrauensarztes die 100 %ige Absicherung rückwirkend gewährt werden.

Die rückwirkende Kraft kann auf keinen Fall über die in Artikel 32 der Gemeinsamen Regelung vorgesehene Frist für den Verlust des Leistungsanspruchs hinausgehen.

Kapitel 6 – Berechnung der Sondererstattung – Artikel 72 Absatz 3 des Statuts

Die Modalitäten und Berechnungsverfahren für die in Artikel 72 Absatz 3 des Statuts vorgesehene Sondererstattung sind in Artikel 24 der Gemeinsamen Regelung festgelegt. Eine Sondererstattung ist möglich, wenn die der angeschlossenen Person entstandenen Kosten, sofern sie nicht durch die vorliegenden Durchführungsbestimmungen vom Anwendungsbereich des vorgenannten Artikels ausgenommen sind und nicht bereits erstattet wurden, in einem Zeitraum von 12 Monaten die Hälfte des gemäß dem Statut bezogenen durchschnittlichen Monatsgrundgehalts übersteigen.

Der die Hälfte des monatlichen Durchschnittseinkommens übersteigende, nicht erstattete Teil wird der angeschlossenen Person ohne mitangeschlossene Person mit einem Satz von 90°v.°H. und in allen übrigen Fällen zu 100 % erstattet.

1. Verfahren

Die Berechnung der Sondererstattung erfolgt auf der Grundlage des Datums der Leistungserbringung und nicht des Datums ihrer Abrechnung.

Die angeschlossene Person, die Anspruch auf eine Sondererstattung haben könnte, erhält automatisch oder auf ihren Antrag hin eine Benachrichtigung, die sich auf die maximal während der vorangegangenen 36 Monate verauslagten Beträge stützt. Dabei wird auch die in Artikel 65 des Statuts vorgesehene Überprüfung des Besoldungsniveaus berücksichtigt.

Die angeschlossene Person muss die ordnungsgemäß unterzeichnete Benachrichtigung zurücksenden und angeben, welcher 12-Monatszeitraum für die Berechnung herangezogen werden soll. Ohne genaue Angabe der angeschlossenen Person zum ausgewählten Zeitraum wird die Sondererstattung anhand des Zeitraums berechnet, der als der günstigste erscheint.

Kosten, die nach erfolgter Sondererstattung geltend gemacht werden, sind nicht noch einmal als Sondererstattung erstattungsfähig.

2. Besonderheiten

Enthält der Zeitraum von zwölf aufeinander folgenden Monaten keine ganzen Monate, so berechnet sich der Durchschnitt der Grundbeträge des monatlichen Gehalts oder Ruhegehalts oder der monatlichen Vergütung anhand der Grundgehälter, die ab dem Monat, in dem der betreffende Zeitraum begonnen hat, bis zu dem Monat gezahlt wurden, in dem dieser Zeitraum geendet hat.

Ändern sich die Familienverhältnisse während des gewählten Zeitraums, so wird bei der Bestimmung des Erstattungssatzes die für die angeschlossene Person günstigste Situation zugrunde gelegt.

Kapitel 7 – Festsetzung der Ausgleichskoeffizienten – Artikel 20 Absatz 5

Nach Artikel 20 Absatz 5 der Gemeinsamen Regelung werden mindestens alle zwei Jahre Ausgleichskoeffizienten festgesetzt, um eine Gleichbehandlung der Leistungen, unabhängig davon, in welchem Mitgliedstaat der Europäischen Union sie abgerechnet wurden, zu gewährleisten.

1. Referenzmitgliedstaat

Die in den Durchführungsbestimmungen vorgesehenen erstattungsfähigen Höchstbeträge werden anhand der in Belgien üblichen Tarife für die betreffenden Leistungen festgelegt.

2. Beobachtungszeitraum

Um die Tarifabweichungen im Gesundheitswesen zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zu ermitteln, werden lediglich die beiden letzten Jahre berücksichtigt.

3. Berechnungsverfahren für die Ausgleichskoeffizienten

Der Ausgleichskoeffizient wird anhand hinreichend repräsentativer statistischer Daten über die Kosten, die den der Krankheitsfürsorge angeschlossenen Personen während des Beobachtungszeitraums in dem betreffenden Mitgliedstaat entstanden sind, festgesetzt, damit für jede Leistung, deren Erstattung einem Höchstbetrag unterliegt, der tatsächliche Erstattungssatz in 8 von 10 Fällen dem des Referenzmitgliedstaats entspricht.

In Ermangelung hinreichend repräsentativer statistischer Daten wird der Ausgleichskoeffizient durch den Vergleich des Preisindex im Gesundheitswesen des betreffenden Mitgliedstaats mit demjenigen im Referenzmitgliedstaat bestimmt.

Zu diesem Zweck werden die von **EUROSTAT** ermittelten Preisindizes für das Gesundheitswesen herangezogen.

Falls die in einem Mitgliedstaat ermittelten Preise unter den im Referenzmitgliedstaat festgestellten Preisen liegen, kommt der Ausgleichskoeffizient nicht zur Anwendung; die betreffenden Leistungen werden gemäß den für den Referenzmitgliedstaat festgelegten erstattungsfähigen Höchstbeträgen erstattet.

Sind in einem Mitgliedstaat die Preise im Gesundheitswesen Schwankungen unterworfen, so dass in 8 von 10 Fällen nicht garantiert ist, dass der Erstattungssatz mit dem für den Referenzmitgliedstaat ermittelten Satz übereinstimmt, muss der Ausgleichskoeffizient vor Ablauf der gemäß Artikel 20 Absatz 5 der Gemeinsamen Regelung vorgesehenen Zweijahresfrist überprüft werden.

Kapitel 8 – Festsetzung der Koeffizienten zur Bemessung des Erstattungsniveaus – Artikel 21 Absatz 1

Behandlungskosten, die in einem Land außerhalb der Europäischen Union angefallen sind, in dem die Kosten für medizinische Leistungen besonders hoch sind, werden mittels eines Koeffizienten zur Bemessung des Erstattungsniveaus gemindert. Damit soll die Vergleichbarkeit mit dem Kostendurchschnitt in den Mitgliedstaaten der Union hergestellt werden, so dass die vom Statut vorgesehenen Erstattungssätze auf die jeweils geltend gemachten Kosten angewandt werden können.

Die Koeffizienten für die Bemessung des Erstattungsniveaus werden nur auf Drittstaaten angewandt, bei denen die Preisindizes im Gesundheitswesen gleich oder um 25 % höher sind als der innerhalb der Europäischen Union ermittelte Durchschnitt, und nur im Falle von Leistungen, deren Preis gleich oder höher als 25 % des Durchschnittspreises der Union ist. Wenn der Preis für eine Leistung vergleichbar mit dem durchschnittlichen Tarif in der Union ist, wird der Bemessungskoeffizient auf diese Leistung nicht angewandt.

Die Bemessungskoeffizienten finden - nach Stellungnahme des Vertrauensarztes - keine Anwendung im Falle einer schweren Krankheit, für die innerhalb der Europäischen Union keine gleichwertige Behandlungsmöglichkeit besteht.

Der Bemessungskoeffizient wird durch den Vergleich der Preisindizes im Gesundheitswesen des betreffenden Drittstaats mit dem in der Europäischen Union ermittelten Preisdurchschnitt bestimmt.

Zu diesem Zweck werden die von der **OECD** und von **EUROSTAT** ermittelten Preisindikatoren für das Gesundheitswesen herangezogen.

Die Koeffizienten werden je Verfügbarkeit der Daten regelmäßig aktualisiert und den angeschlossenen Personen zur Kenntnis gebracht.

Kapitel 9 – Zertifizierung der Jahresabschlüsse des gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems - Artikel 45 Absatz 5

1. In Anwendung von Artikel 45 Absatz 5 der Gemeinsamen Regelung benennt der Rechnungsführer der Kommission einen Rechnungsprüfer, der gemäß der Richtlinie 2006/43/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über eine Zulassung zur Vornahme der Pflichtprüfung der Rechnungslegungsunterlagen von Unternehmen verfügt.
2. Zu diesem Zweck legt der Rechnungsführer nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses das Mandat fest, auf dessen Grundlage der bestellte Rechnungsprüfer den Rechnungsprüfungsauftrag durchführen soll.
3. Der bestellte Rechnungsprüfer muss unabhängig vom Rechnungsführer und dessen Dienststellen sein, darf in keinem Falle gleichzeitig mit der Ausführung seines Auftrags - der Pflichtprüfung der Rechnungslegung der gemeinsamen Krankheitsfürsorge - Aufgaben als Berater im Rahmen eines Geschäftsbesorgungsvertrags wahrnehmen.
4. Der bestellte Rechnungsprüfer muss im Wege der Zertifizierung eine klare Verantwortung in Bezug auf die von ihm geprüfte Rechnungslegung der Krankheitsfürsorge übernehmen.
5. Die Zertifizierung kann folgende drei Formen annehmen:
 - *Vorbehaltlose Zertifizierung*: Der Rechnungsprüfer bescheinigt, dass der Jahresabschluss der Krankheitsfürsorge vorschriftsmäßig und nach besten Wissen und Gewissen erstellt wurde und das Ergebnis der Vorgänge des abgelaufenen Haushaltsjahres sowie die Finanz- und Vermögenssituation am Ende des Haushaltsjahres wahrheitsgetreu widerspiegelt.
 - *Zertifizierung unter Vorbehalt*: In diesem Fall hat der Rechnungsprüfer
 - a) Irrtümer, Anomalien oder Unregelmäßigkeiten bei der Anwendung der Rechnungsführungsgrundsätze festgestellt, deren Auswirkungen, obschon signifikant, für eine Ablehnung des gesamten Jahresabschlusses unzureichend sind;
 - b) nicht mit der von ihm für geboten gehaltenen Sorgfalt arbeiten können, ohne dass die ihm auferlegten Beschränkungen ihm jedoch für eine Ablehnung der Zertifizierung hinreichend schwerwiegend scheinen.

Unabhängig von der Situation muss der Rechnungsprüfer in seinem Bericht klar die Art der Irrtümer oder der Beschränkungen erläutern, die ihn zur

Formulierung von Vorbehalten veranlasst haben. Ferner muss jeder sich aus der ersten Situation ergebende Vorbehalt nach Möglichkeit durch Zahlen belegt werden. Dabei müssen die Auswirkungen auf den betreffenden Rechnungsposten, das Jahresergebnis und ggf. auf die Eröffnungsbilanz dargelegt werden.

Im zweitgenannten Fall müssen die Beträge im Jahresabschluss angegeben werden, die durch die Einschränkungen bei der Prüfung betroffen sein könnten.

- *Ablehnung der Zertifizierung*: Hier sind zwei Fälle möglich:
 - a) Der Rechnungsprüfer hat Irrtümer, Anomalien oder Unregelmäßigkeiten festgestellt, die hinreichend schwerwiegend sind, um den Wahrheitsgehalt und die Ordnungsmäßigkeit des gesamten Jahresabschlusses in Zweifel zu ziehen.
 - b) Aufgrund der auferlegten Beschränkungen oder der Umstände ist es dem Rechnungsprüfer nicht möglich, ein fundiertes Urteil über den Jahresabschluss als Ganzes zu fällen.

In beiden Fällen hat der Rechnungsprüfer dieselben Informationen über die Art der Anomalien und ihre zahlenmäßigen Auswirkungen mitzuteilen wie im Fall der Zertifizierung unter Vorbehalt.