

GEMEINSAME REGELUNG

zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften

DAS ORGAN –

gestützt auf das Statut der Beamten der Europäischen Gemeinschaften und die Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten der Gemeinschaften, festgelegt durch die Verordnung (EWG, Euratom, EGKS) Nr. 259/68 ¹, zuletzt geändert durch die Verordnung (EWG, Euratom) Nr. 723/2004 ², insbesondere auf Artikel 72 des Statuts und auf Artikel 28 der Beschäftigungsbedingungen,

gestützt auf die Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere auf Artikel 30,

nach Stellungnahme des Statutsbeirats,

nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses der Krankheitsfürsorge,

¹ ABl. L 56 vom 4.3.1968, S. 1.

² ABl. L 124 vom 27.4.2004, S. 1.

in der Erwägung, dass die Organe der Europäischen Gemeinschaften im gegenseitigen Einvernehmen für die Beamten dieser Gemeinschaften eine Regelung zur Sicherung bei Krankheit zu treffen haben –

im gegenseitigen Einvernehmen der Organe der Europäischen Gemeinschaften¹ –

HAT FOLGENDE REGELUNG ERLASSEN :

ERSTER TEIL

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

TITEL I

GEGENSTAND

Artikel 1

In Anwendung von Artikel 72 des Statuts wird für die Organe der Europäischen Gemeinschaften ein gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem geschaffen. Dieses Krankheitsfürsorgesystem gewährleistet den Krankheitsfürsorge-Berechtigten im Rahmen der Grenzen und Bedingungen, die in dieser Regelung und in den auf der Grundlage des Artikels 52 dieser Regelung erlassenen allgemeinen Durchführungsbestimmungen festgelegt wurden, die Erstattung der ihnen durch Krankheit, Unfall oder Mutterschaft entstandenen Kosten sowie die Zahlung eines Bestattungszuschusses.

¹ Diese Regelung wurde von allen Organen beschlossen, deren gegenseitiges Einvernehmen vom Präsidenten des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften am 24. November 2005 festgestellt wurde.

Krankheitsfürsorge-Berechtigte sind die dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossenen Personen und die durch sie mit angeschlossenen Personen.

Wird in dieser Regelung auf die Organe Bezug genommen, so ist dies auch als Bezugnahme auf die Gemeinschaftsagenturen zu verstehen.

TITEL II

ANGESCHLOSSENE PERSONEN

KAPITEL 1

GEMEINSAME BESTIMMUNGEN

Artikel 2

Angeschlossene Personen

- (1) Dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossen sind:
- die Beamten,
 - die Bediensteten auf Zeit,
 - die Vertragsbediensteten sofern sie nicht die Beibehaltung ihres Krankenversicherungsschutzes in dem Land beantragt haben, in dem sie zuletzt nach den Bestimmungen des Artikels 112 der Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten versichert waren.

(2) Die folgenden Personen sind dem Krankheitsfürsorgesystem zu den in der Regelung ihrer Amtsbezüge festgelegten Bedingungen angeschlossen, unabhängig davon, ob sie ihr Mandat ausüben oder aus ihrem Amt ausgeschieden sind:

- der Präsident, die Vizepräsidenten und die Mitglieder der Kommission,
- der Präsident, die Richter, die Generalanwälte und der Kanzler des Gerichtshofes,
- der Präsident, die Mitglieder und der Kanzler des Gerichts erster Instanz,
- der Präsident und die Mitglieder des Rechnungshofes,
- der Bürgerbeauftragte der Europäischen Union,
- der Europäische Datenschutzbeauftragte und der stellvertretende Europäische Datenschutzbeauftragte.

(3) Dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossen sind:

- die ehemaligen Beamten und Bediensteten auf Zeit, die ein Ruhegehalt beziehen,
- die ehemaligen Vertragsbediensteten, die ein Ruhegehalt beziehen, sofern sie über drei Jahre als Vertragsbedienstete beschäftigt waren,
- die Empfänger eines Ruhegehalts wegen Dienstunfähigkeit bzw. von Invalidengeld,

- die Personen, die gemäß den Verordnungen Nrn. 259/68, 2530/72 ¹, 1543/73 ², 2150/82 ³, 1679/85 ⁴, 3158/85 ⁵, 2274/87 ⁶, 1857/89 ⁷, 2688/95 ⁸ und 2689/95 ⁹ endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind,
- die Personen, die gemäß den Verordnungen Nrn. 1746/2002 ¹⁰, 1747/2002 ¹¹ und 1748/2002 ¹² des Rates endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, sofern sie keine Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit beziehen,
- die Personen, die Anspruch auf ein vorgezogenes bzw. aufgeschobenes Ruhegehalt haben, sofern sie keine Erwerbstätigkeit ausüben,
- auf ihren Antrag hin die Beamten, Bediensteten auf Zeit oder Vertragsbediensteten, die sich in Urlaub aus persönlichen Gründen befinden, sofern sie keine Erwerbstätigkeit ausüben.

(4) Dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossen sind:

- der überlebende Ehegatte oder der überlebende anerkannte Partner, der eine Hinterbliebenenversorgung bezieht;
- der überlebende Ehegatte oder der überlebende anerkannte Partner einer der in Nummer 2 genannten Personen unter den Bedingungen der für diese Personen geltenden Regelung der Amtsbezüge;
- der überlebende geschiedene Ehegatte, der eine Hinterbliebenenversorgung bezieht;
- der Empfänger von Waisengeld, wenn er nicht über eine angeschlossene Person versichert werden kann und selbst oder über seinen gesetzlichen Vertreter einen Antrag stellt.

¹ ABl. L 272 vom 5.12.1972, S. 1.
² ABl. L 155 vom 11.6.1973, S. 1.
³ ABl. L 228 vom 4.8.1982, S. 1.
⁴ ABl. L 162 vom 21.6.1985, S. 1.
⁵ ABl. L 335 vom 13.12.1985, S. 56.
⁶ ABl. L 209 vom 31.7.1987, S. 1.
⁷ ABl. L 181 vom 28.6.1989, S. 2.
⁸ ABl. L 280 vom 23.11.1995, S. 1.
⁹ ABl. L 280 vom 23.11.1995, S. 4.
¹⁰ ABl. L 264 vom 2.10.2002, S. 1.
¹¹ ABl. L 264 vom 2.10.2002, S. 5.
¹² ABl. L 264 vom 2.10.2002, S. 9.

Artikel 3

Beitrag

(1) Der Beitrag zum Krankheitsfürsorgesystem beträgt 5,1 % des Grundgehalts, des Ruhegehalts, des Ruhegehalts wegen Dienstunfähigkeit bzw. des Invalidengelds, der Hinterbliebenenversorgung bzw. des Waisengelds, der Vergütung gemäß den Verordnungen Nrn. 1746/2002, 1747/2002 und 1748/2002 des Rates; er wird zu einem Drittel von der angeschlossenen Person und zu zwei Dritteln von den betreffenden Organen und Einrichtungen getragen.

Bei dem Empfänger eines Ruhegehalts oder einer Hinterbliebenenversorgung darf der Beitrag nicht unter dem für das Grundgehalt in der ersten Dienstaltersstufe der ersten Besoldungsgruppe berechneten Beitrag liegen ¹.

(2) Bei Elternurlaub oder bei Urlaub aus familiären Gründen auf Vollzeitbasis wird der Gesamtbeitrag anhand des letzten Grundgehalts berechnet und von dem betreffenden Organ bzw. der betreffenden Einrichtung getragen.

Bei Elternurlaub oder bei Urlaub aus familiären Gründen auf Halbzeitbasis wird der von dem betreffenden Organ bzw. der betreffenden Einrichtung getragene Beitrag anhand der Differenz zwischen dem Gesamtgrundgehalt und dem proportional verringerten Grundgehalt berechnet.

Für den Teil des tatsächlich überwiesenen Grundgehalts wird der Beitrag der angeschlossenen Person unter Anwendung derselben Prozentsätze berechnet, die bei Vollzeitbeschäftigung gelten.

(3) Bei Teilzeitarbeit wird der Beitrag anhand des Gesamtgrundgehalts der angeschlossenen Person gemäß der Aufteilung nach Absatz 1 berechnet.

¹ Zwischen dem 1. Mai 2004 und dem 30. April 2006: Besoldungsgruppe D*1, erste Dienstaltersstufe.

(4) Bei einem Urlaub aus persönlichen Gründen kann die angeschlossene Person weiterhin durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert bleiben, wenn sie im ersten Urlaubsjahr den nach Maßgabe des letzten aktualisierten Grundgehalts in der Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechneten Beitrag zur Hälfte und ab dem zweiten Urlaubsjahr in voller Höhe entrichtet.

(5) Angeschlossene Personen, die zum Wehrdienst beurlaubt sind, haben keinen Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems. Die durch sie mit angeschlossenen Personen haben darauf jedoch unter folgenden Voraussetzungen Anspruch:

- im Falle des Artikels 42 Absatz 2 des Statuts, ohne dass die angeschlossene Person einen Beitrag zu entrichten braucht;
- im Falle des Artikels 42 Absatz 3 des Statuts, sofern die angeschlossene Person ihren nach dem letzten aktualisierten Grundgehalt in der Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechneten Beitrag entrichtet.

Artikel 4

Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Krankenversicherung

Werden Beamte, Bedienstete auf Zeit oder Vertragsbedienstete in einem Land beschäftigt, in dem sie auf Grund der Rechtsvorschriften dieses Landes Pflichtmitglied einer Krankenversicherung sind, so werden die dafür zu entrichtenden Beiträge von dem Organ, dem sie angehören, in voller Höhe aus Haushaltsmitteln gezahlt. In diesem Fall findet Artikel 22 Anwendung.

KAPITEL 2

BESONDERE BESTIMMUNGEN FÜR BEAMTE

Artikel 5

Abordnung ohne Bezüge

Abgeordnete Beamte ohne Bezüge im Sinne des Artikels 39 Buchstabe f des Statuts haben bis zu ihrer von Amts wegen erfolgenden Entlassung Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems, sofern sie den nach dem aktualisierten Grundgehalt in der Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechneten Beitrag in voller Höhe entrichten.

Artikel 6

Einstweiliger Ruhestand und Stellenenthebung aus dienstlichen Gründen

(1) Beamte, die eine Vergütung nach Artikel 41 oder 50 des Statuts erhalten, haben weiterhin Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems, wenn sie

- keine Erwerbstätigkeit ausüben und
- den Beitrag zu diesem System zu einem Drittel entrichten, das nach dem letzten aktualisierten Grundgehalt in der Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechnet wird.

Der Beamte kann auf einen ordnungsgemäß begründeten, schriftlichen Antrag hin erneut Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems in Anspruch nehmen, wenn er keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt.

(2) Beamte, die weder eine Vergütung gemäß den Artikeln 41 oder 50 des Statuts noch ein Ruhegehalt beziehen, haben weiter Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems, wenn sie

- keine Erwerbstätigkeit ausüben und
- den nach dem letzten aktualisierten Grundgehalt in der Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechneten Beitrag zu diesem Krankheitsfürsorgesystem in den ersten sechs Monaten zur Hälfte und ab dem siebten Monat in voller Höhe entrichten.

Der Beamte kann auf einen ordnungsgemäß begründeten, schriftlichen Antrag hin erneut Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems in Anspruch nehmen, wenn er keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt.

Artikel 7

Endgültiges Ausscheiden aus dem Dienst

Beamte, die endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, haben für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten weiter Anspruch auf die Leistungen dieses Krankheitsfürsorgesystems, wenn sie

- keine Erwerbstätigkeit ausüben und
- den nach dem letzten aktualisierten Grundgehalt in der Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechneten Beitrag zu diesem Krankheitsfürsorgesystem zur Hälfte entrichten.

Der Antrag auf Versicherungsschutz ist vor dem Ablauf des ersten Monats nach dem Datum des endgültigen Ausscheidens aus dem Dienst zu stellen.

Diese Voraussetzungen finden keine Anwendung, wenn der Betreffende an einer schweren oder längeren Krankheit leidet, die er sich vor dem Ausscheiden aus dem Dienst zugezogen und dem Organ vor Ablauf der Sechsmonatsfrist nach Absatz 1 gemeldet hat, und sofern er sich einer vom Organ veranlassten ärztlichen Kontrolle unterzieht.

Artikel 8

Verlust der Bezüge

Der Beamte, der wegen unbefugten Fernbleibens vom Dienst oder wegen einer Disziplinarmaßnahme keine Bezüge mehr erhält, kann binnen eines Monats nach dem Datum der Verfügung schriftlich beantragen, weiter durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert zu werden; Voraussetzung dafür ist, dass er den nach dem letzten aktualisierten Grundgehalt in der Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechneten Beitrag zu einem Drittel entrichtet.

Artikel 9

Entlassung wegen unzulänglicher fachlicher Leistungen

Der Beamte, der eine Vergütung gemäß Artikel 51 des Statuts erhält, kann während des Zeitraums, in dem diese Vergütung gezahlt wird, weiter durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert werden, sofern er

- keine Erwerbstätigkeit ausübt und
- den nach dem letzten aktualisierten Grundgehalt in der Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechneten Beitrag zu diesem Krankheitsfürsorgesystem zur Hälfte entrichtet.

KAPITEL 3

SONDERVORSCHRIFTEN FÜR BEDIENSTETE AUF ZEIT UND VERTRAGSBEDIENSTETE

Artikel 10

Entlassung – Vertragsablauf

Ein Bediensteter, der auf seinen Antrag hin entlassen wurde, oder dessen Vertrag abgelaufen ist, kann für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten weiter durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert werden, sofern er

- nachweist, keine Erstattungen aus einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung erhalten zu können und
- den nach dem letzten aktualisierten Grundgehalt in der Besoldungsgruppe und Dienstaltersstufe berechneten Beitrag zu diesem Krankheitsfürsorgesystem zur Hälfte trägt.

Der Antrag auf Sicherung ist vor Ablauf des ersten Monats nach dem Datum der Entlassung oder des Vertragsablaufs zu stellen.

Diese Voraussetzungen finden keine Anwendung, wenn der Betreffende an einer schweren oder längeren Krankheit leidet, die er sich vor dem Ausscheiden aus dem Dienst zugezogen und dem Organ vor Ablauf der Sechsmonatsfrist nach Absatz 1 gemeldet hat, und sofern er sich einer vom Organ veranlassten ärztlichen Kontrolle unterzieht.

Artikel 11

Arbeitslosigkeit

Bedienstete, die von Seiten der Gemeinschaften Arbeitslosengeld beziehen, sind während des Bezugszeitraums durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert.

Für diese ergänzende Sicherung sind keine Beiträge zu entrichten.

Der Bedienstete kann auf einen ordnungsgemäß begründeten, schriftlichen Antrag hin von diesem Krankheitsfürsorgesystem primär gesichert werden, wenn eine Sicherung durch eine andere gesetzliche Krankenversicherung nicht möglich ist.

TITEL III

MIT ANGESCHLOSSENE PERSONEN

KAPITEL 1

EHEGATTE UND ANERKANNTER PARTNER

Artikel 12

Mit angeschlossene Personen

Durch die angeschlossene Person unter den Voraussetzungen der Artikel 13 und 14 mit angeschlossenen sind

- der Ehegatte der angeschlossenen Person, sofern dieser dem Krankheitsfürsorgesystem nicht selbst angeschlossen ist,

- der anerkannte Partner der angeschlossenen Person, selbst wenn die Voraussetzung des Artikels 1 Absatz 2 Buchstabe c Ziffer iv des Anhangs VII des Statuts nicht erfüllt ist,
- der Ehegatte oder anerkannte Partner, der sich in Urlaub aus persönlichen Gründen im Sinne des Statuts befindet.

Artikel 13

Primäre Sicherung

Die mit angeschlossene Person ist durch dieses Krankheitsfürsorgesystem primär gesichert, wenn sie keine eigenen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit bezieht, oder wenn diese Einkünfte zu niedrig sind, um eine Sicherung durch eine andere gesetzliche Krankenversicherung zu ermöglichen.

Als Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit gelten alle Löhne, Gehälter, Honorare, Bezüge, Zulagen, Vergütungen oder Versorgungsbezüge aus einer gegenwärtigen oder früher ausgeübten Berufstätigkeit mit Ausnahme von Kostenzuschüssen oder –vergütungen.

Artikel 14

Ergänzende Sicherung

(1) Bezieht die mit angeschlossene Person Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit, kann sie durch diese Krankheitsfürsorge ergänzend gesichert werden, sofern

- ihr zu versteuerndes Jahreseinkommen vor Abzug der Steuern und nach Abzug der Sozialbeiträge und Werbungskosten nicht höher ist als das Jahresgrundgehalt eines Beamten der Besoldungsgruppe 2, erste Dienstaltersstufe¹, auf das der Berichtigungskoeffizient für das Land angewandt wird, in dem die Einkünfte erzielt werden und

¹ Zwischen dem 1. Mai 2004 und dem 30. April 2006: Besoldungsgruppe C*2, erste Dienstaltersstufe.

– sie in Anwendung anderer Rechts- oder Verwaltungsvorschriften generell gegen dieselben Risiken versichert ist.

(2) Damit die mit angeschlossene Person weiter die ergänzende Sicherung dieses Krankheitsfürsorgesystems in Anspruch nehmen kann, muss die angeschlossene Person alljährlich vor dem Ende des ersten Halbjahres einen Nachweis über die Einkünfte des Ehegatten oder anerkannten Partners während des vorangehenden Steuer- oder Kalenderjahres vorlegen.

(3) Die angeschlossene Person muss jede Änderung in der beruflichen Situation des Ehegatten oder anerkannten Partners melden, die zu Änderungen bei den Sicherungsansprüchen im Rahmen dieses Krankheitsfürsorgesystems führen kann.

Artikel 15

Scheidung – Auflösung der Partnerschaft

(1) Der geschiedene Ehegatte einer angeschlossenen Person bzw. ihr anerkannter Partner aus einer aufgelösten, nicht ehelichen Partnerschaft, kann für einen Zeitraum von höchstens zwölf Monaten ab dem amtlichen Datum der Scheidung oder der Auflösung der Partnerschaft durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert werden, sofern er keine Erwerbstätigkeit ausübt.

(2) Stirbt die angeschlossene Person, wird der durch sie mit angeschlossene anerkannte Partner unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 weiter durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert, wenn er keinen Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung hat.

KAPITEL 2

UNTERHALTSBERECHTIGTE PERSONEN

Artikel 16

Unterhaltsberechtigte Kinder

(1) Unterhaltsberechtigte Kinder gemäß Artikel 2 des Anhangs VII des Statuts sind durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert.

Können die Kosten ärztlicher Leistungen für das unterhaltsberechtigte Kind von einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, so wird das gemeinschaftliche Krankheitsfürsorgesystem als ergänzende Versicherung tätig.

(2) Altersgrenze und Ausnahmen bei der Anerkennung als unterhaltsberechtigtes Kind sind in Artikel 2 Absatz 3 Buchstabe b und Absatz 5 des Anhangs VII des Statuts festgelegt.

(3) Unterhaltsberechtigte Kinder sind während ihres Militär- oder Zivildienstes nicht durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert.

Nach Erreichen des 26. Lebensjahrs kann das Kind für die Dauer von höchstens 12 Monaten versichert werden, sofern es keine Erwerbstätigkeit ausübt.

Artikel 17

Andere Personen, zu deren Unterhalt die angeschlossene Person verpflichtet ist

Die als unterhaltsberechtigter Person im Sinne des Artikels 2 Absatz 4 des Anhangs VII des Statuts anerkannte Person kann durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert werden, wenn sie nicht durch eine andere gesetzliche Krankenversicherung gesichert werden kann.

Artikel 18

Verlängerung der Sicherung

Eine Person, die keine Erwerbstätigkeit ausübt, kann

- ab dem Datum, zu dem sie nicht mehr als unterhaltsberechtigtes Kind oder als eine einem unterhaltsberechtigten Kind gleichgestellte Person gilt,
- ab dem Datum, zu dem sie den Anspruch auf Waisengeld verliert,

höchstens zwölf Monate lang weiter durch dieses Krankheitsfürsorgesystem gesichert werden.

ZWEITER TEIL

ERSTATTUNGEN

TITEL I

GRUNDSATZ

Artikel 19

Wahlfreiheit

- (1) Den Krankheitsfürsorge-Berechtigten steht die Wahl des Arztes und der Krankenanstalt frei.
- (2) Der Grundsatz der Wahlfreiheit beinhaltet nicht automatisch die Erstattung der anfallenden Transport- oder Reisekosten; die Vorschriften für die Erstattung solcher Kosten sind in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen festgelegt.
- (3) Die Wahlfreiheit gilt für mit angeschlossene Personen erst nach Inanspruchnahme der primären Krankenversicherung.

TITEL II

VORSCHRIFTEN

Artikel 20

Allgemeine Vorschriften für Erstattungen

(1) Um das finanzielle Gleichgewicht des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems zu erhalten und dem Grundsatz der sozialen Sicherung in Artikel 72 des Status gerecht zu werden, können in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen für bestimmte Leistungen Erstattungshöchstgrenzen festgelegt werden.

Liegen die der angeschlossenen Person entstandenen Kosten unter der Höchstgrenze, so wird die Erstattung auf der Grundlage des vorauslagten Betrags berechnet.

(2) Bei Leistungen, für die es keine Erstattungshöchstgrenzen gibt, erfolgt für den Teil der Kosten, der im Vergleich zu den üblichen Kosten in dem Land, in dem sie angefallen sind, als überhöht gilt, keine Erstattung. Der als überhöht geltende Kostenanteil wird von der Abrechnungsstelle nach Stellungnahme des Vertrauensarztes im Einzelfall bestimmt.

(3) Nicht erstattet werden die Kosten für Behandlungen, die die Abrechnungsstelle nach Stellungnahme des Vertrauensarztes als nicht sachdienlich oder nicht notwendig ansieht.

(4) Die Kosten für Leistungen, die in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen zu dieser Regelung nicht vorgesehen sind, können nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle zu 80 % erstattet werden. Dieser Sachverhalt wird den angeschlossenen Personen regelmäßig zur Kenntnis gebracht.

(5) Um die Gleichbehandlung der Leistungen zu gewährleisten – unabhängig davon, in welchem Mitgliedstaat der Europäischen Union sie abgerechnet wurden – setzt das Kollegium der Verwaltungsleiter mindestens alle zwei Jahre nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses Ausgleichskoeffizienten fest. Diese Koeffizienten werden den angeschlossenen Personen zur Kenntnis gebracht.

(6) Gemäß Artikel 72 Absatz 1 des Statuts werden bei Tuberkulose, Kinderlähmung, Krebs, Geisteskrankheiten und anderen, von der Anstellungsbehörde nach Stellungnahme des Vertrauensarztes der Abrechnungsstelle als vergleichbar schwer anerkannten Krankheiten die Kosten zu 100 % erstattet.

Diese Stellungnahme erfolgt auf der Grundlage der in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen nach Anhörung des Ärztebeirats festgelegten allgemeinen Kriterien.

Die Kosten der in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen vorgesehenen Untersuchungen zur Früherkennung sowie die Kosten von Entbindungen werden ebenfalls zu 100 % erstattet.

Um das finanzielle Gleichgewicht des Systems zu erhalten und dem Grundsatz der sozialen Sicherung gemäß Artikel 72 des Status gerecht zu werden, können jedoch auf bestimmte Leistungen besondere Erstattungshöchstgrenzen angewandt werden, die in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen festgelegt sind.

(7) Die vorgesehenen Erstattungen zu 100 % gelten nicht für Berufskrankheiten oder Unfälle, bei denen Artikel 73 des Statuts zur Anwendung gelangt.

Artikel 21

Sondervorschriften für die Erstattung von Leistungen, die außerhalb der Europäischen Union erbracht wurden

(1) Kosten, die in einem außerhalb der Europäischen Union liegenden Land mit besonders hohem Preisniveau angefallen sind, werden durch die Anwendung eines Koeffizienten für das Erstattungsniveau abgesenkt, der es ermöglicht, die Erstattungssätze auf einen Betrag anzuwenden, der mit den durchschnittlichen Kosten in den Ländern der Europäischen Union verglichen werden kann.

Diese Koeffizienten werden auf der Grundlage amtlicher und vergleichbarer Indizes der Gesundheitskosten in den einzelnen Ländern festgelegt. Sie werden regelmäßig überprüft und den angeschlossenen Personen zur Kenntnis gebracht.

(2) Der Koeffizient für das Erstattungsniveau wird nicht angewandt, wenn der für die angefallenen Kosten zu erstattende Betrag unter der Erstattungshöchstgrenze nach Artikel 20 Absatz 1 und Absatz 6 Unterabsatz 4 liegt oder dieser Höchstgrenze entspricht.

(3) In Fällen, in denen es in der Europäischen Union keine gleichwertige Behandlungsmöglichkeit gibt, in medizinischen Notfällen oder für angeschlossene Versorgungsempfänger, die in einem solchen Land leben, erfolgt eine zusätzliche Erstattung, damit effektiv 50 % der tatsächlich angefallenen Kosten erstattet werden, wenn der Anteil der von dem Krankheitsfürsorgesystem nicht erstatteten Kosten nach Anwendung dieses Erstattungskoeffizienten 50 % der tatsächlich angefallenen Kosten übersteigt.

Diese zusätzliche Erstattung gilt nicht für Leistungen, für die gemäß Artikel 20 Absatz 1 und Absatz 6 Unterabsatz 4 Höchstgrenzen gelten.

(4) Bei schwerer Krankheit im Sinne des Artikels 20 Absatz 6 und in Fällen, in denen es in der Europäischen Union keine gleichwertige Behandlungsmöglichkeit gibt, wendet die Abrechnungsstelle nach der für die vorherige Genehmigung benötigten Stellungnahme des Vertrauensarztes den Koeffizienten für das Erstattungsniveau nicht an.

Artikel 22

Erstattungen durch eine andere Krankenversicherung

(1) Hat eine angeschlossene Person oder eine durch sie mit angeschlossene Person Anspruch auf Kostenerstattung durch eine andere gesetzliche Krankenversicherung, so hat die angeschlossene Person

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

Besteht eine Verpflichtung zur Mitgliedschaft bei zwei Versicherungsträgern, so können die dem vorliegenden Krankheitsfürsorgesystem angeschlossenen Personen wählen, bei welchem Versicherungsträger sie die Kostenerstattung beantragen; dabei wird das Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem in den Fällen, in denen es nicht als primärer Versicherungsträger handelt, als ergänzende Versicherung tätig;

- c) jedem bei dem vorliegenden Krankheitsfürsorgesystem eingereichten Erstattungsantrag eine Aufstellung der einzelnen Erstattungen beizufügen, die sie selbst oder die durch sie mit angeschlossene Person von der anderen Krankenversicherung erhalten hat; einzureichen sind das Originalexemplar der Aufstellung und die entsprechenden Belege.

(2) Das Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem wird bei der Kostenerstattung als ergänzende Versicherung tätig, sofern der andere Versicherungsträger zuvor die von ihm abgedeckten Leistungen erstattet hat.

Bei nicht von der Primärversicherung, aber von dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem abgedeckten Leistungen ist letztere der primäre Versicherungsträger.

(3) Übersteigt der Gesamtbetrag der Erstattungen, die eine angeschlossene Person oder eine durch sie mit angeschlossene Person erhalten kann, die im Rahmen dieses Krankheitsfürsorgesystems zu erstattenden Beträge, so wird der Unterschiedsbetrag von dem Betrag abgezogen, der von diesem Krankheitsfürsorgesystem zu erstatten ist.

Erstattungen durch eine private Zusatzkrankenversicherung zur Deckung des Teils der Kosten, der von dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem nicht erstattet wird, werden bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

Artikel 23

Ausschluss der Erstattung bestimmter Kosten

(1) Ist bei einem Bediensteten auf Zeit oder einem Vertragsbediensteten aufgrund des Ergebnisses der Einstellungsuntersuchung die Erstattung bestimmter Kosten gemäß Artikel 28 Absatz 2 und Artikel 93 der Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten ausgeschlossen worden, so wird das Ergebnis dieser Untersuchung dem Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle mitgeteilt; der Vertrauensarzt gibt der Abrechnungsstelle an, für welche Leistungen eine Kostenerstattung nicht erfolgt.

(2) Nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Beginns des Beschäftigungsverhältnisses des Bediensteten auf Zeit oder des Vertragsbediensteten, kann die Stelle, die zum Abschluss von Dienstverträgen im Namen des Organs ermächtigt ist, dem der Betreffende angehört, die Verfügung über den Erstattungsausschluss aufheben, wenn nach Feststellung des Vertrauensarztes des Organs während dieses Zeitraums bei der Krankheit oder dem Gebrechen ein Rückfall nicht erfolgt ist oder außergewöhnliche Folgeerscheinungen nicht eingetreten sind.

Artikel 24

Sondererstattungen

(1) Sondererstattungen können gemäß Artikel 72 Absatz 3 des Statuts für den Teil der nicht erstatteten Kosten gewährt werden, sofern diese Kosten die folgenden Sätze nicht überschreiten:

- 50 % der Kosten, die 100 % der Erstattungshöchstgrenzen gemäß Artikel 20 Absatz 1 und Absatz 6 Unterabsatz 4 entsprechen und
- bei Leistungen ohne Erstattungshöchstgrenze 50 % des Betrags, der 100 % des nach den geltenden Sätzen tatsächlich erstatteten Betrags entspricht, nach Anwendung des Artikels 20 Absatz 2 und/oder des Artikels 21 Absatz 1 und mit Ausnahme der zusätzlichen Erstattung gemäß Artikel 21 Absatz 3.

Die Grenze von 50 % wird gegebenenfalls nach Anwendung des Ausgleichskoeffizienten gemäß Artikel 20 Absatz 5 berechnet.

Bestimmte Leistungen, für die gemäß Artikel 20 Absatz 1 und Absatz 6 Unterabsatz 4 eine Erstattungshöchstgrenze festgelegt wurde, können bei der Festsetzung der Sondererstattung unberücksichtigt bleiben. Das Verzeichnis dieser Leistungen ist in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen zu dieser Regelung festgelegt.

(2) Übersteigt der nicht erstattete Teil der als nicht überhöht angesehenen Kosten, die in den Anwendungsbereich der allgemeinen Durchführungsbestimmungen zu dieser Regelung fallen und die von der angeschlossenen Person für sich selbst und die mit angeschlossenen Personen aufgewandt worden sind, in einem Zeitraum von 12 Monaten die Hälfte des monatlichen Durchschnittsgrundeinkommens auf der Grundlage des Statuts, das während dieses Zeitraums bezogen wurde, so wird die in Artikel 72 Absatz 3 des Statuts vorgesehene Sondererstattung wie folgt festgesetzt:

Der die Hälfte des monatlichen Durchschnittsgrundeinkommens auf der Grundlage des Statuts übersteigende, nicht erstattete Teil der genannten Kosten wird mit folgenden Sätzen erstattet:

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

(3) Im Fall von angeschlossenen Personen, die einen Anspruch auf ein Gehalt oder eine Vergütung nicht mehr haben, wird die Grundlage für die Sondererstattung auf der Grundlage der Hälfte des letzten monatlichen Grundgehalts bzw. der letzten monatlichen Vergütung berechnet.

(4) Sind beide Ehegatten oder anerkannte Partner dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossenen, so können sie sich einvernehmlich für die Kumulierung der nicht erstatteten Teile ihrer Krankheitskosten entscheiden, sofern

- die Kumulierung auf den Namen des Ehegatten oder Partners erfolgt, der das höhere Grundgehalt aufgrund des Statuts bezieht;

- der andere Ehegatte oder Partner auf die Einreichung eines gesonderten Antrags auf Sondererstattung verzichtet;
 - der zugrunde gelegte Zeitraum von zwölf Monaten für beide Ehegatten oder Partner der gleiche ist.
- (5) Ein Beschluss über einen Antrag auf Sondererstattung wird gefasst
- von der Anstellungsbehörde des Organs, dem der Antragsteller angehört, auf der Grundlage einer Stellungnahme der Abrechnungsstelle gemäß den vom Verwaltungsausschuss nach Anhörung des Ärztebeirats festgelegten allgemeinen Kriterien für die Beurteilung der Frage, ob die entstandenen Kosten als übermäßig hoch anzusehen sind oder
 - von der Abrechnungsstelle, falls diese von der Anstellungsbehörde dazu bestimmt wurde, auf der Grundlage derselben Kriterien.

Artikel 25

Pauschaler Bestattungskostenzuschuss

Folgenden Personen wird ein pauschaler Bestattungskostenzuschuss gezahlt, dessen Höhe in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen zu dieser Regelung festgelegt wird:

- a) im Falle des Todes einer mit angeschlossenen Person oder im Falle eines tot geborenen Kindes: der angeschlossenen Person;
- b) im Falle des Todes der angeschlossenen Person: dem Ehegatten, dem anerkannten Partner, den Kindern oder falls keine vorhanden sind, jeder anderen Person, die nachweislich die Bestattungskosten getragen hat.

TITEL III

VERFAHREN

Artikel 26

Eintragung

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

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

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

Artikel 27

Vorherige Genehmigung

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

- a) Die angeschlossene Person reicht den Antrag auf vorherige Genehmigung zusammen mit einer Verordnung und/oder einem Kostenvoranschlag des behandelnden Zahnarztes oder Arztes bei der Abrechnungsstelle ein; diese legt den Antrag gegebenenfalls dem Vertrauenszahnarzt oder dem Vertrauensarzt vor, der seine Stellungnahme der Abrechnungsstelle binnen zwei Wochen übermittelt.

- b) Die Abrechnungsstelle entscheidet über den Antrag, wenn sie dazu befugt ist, oder übermittelt ihre Stellungnahme und gegebenenfalls die Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes oder Vertrauensarztes der Anstellungsbehörde zur Entscheidung. Die angeschlossene Person wird von der Entscheidung unverzüglich unterrichtet.

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

Artikel 28

Erstattungsanträge

Die Erstattungsanträge sind von den angeschlossenen Personen auf Standardvordrucken zu stellen und zusammen mit den Originalbelegen bei den Abrechnungsstellen einzureichen; im Fall von Anträgen auf ergänzende Erstattung gemäß Artikel 22 sind eine Kopie der quittierten Originalrechnung sowie das Originalexemplar der Aufstellung sämtlicher von einem anderen Versicherungs-träger erhaltener Erstattungen beizufügen.

Artikel 29

Scheidung und Auflösung der Partnerschaft

Sofern er durch diese Regelung gesichert ist, kann der geschiedene Ehegatte oder der anerkannte Partner aus einer aufgelösten, nicht ehelichen Partnerschaft für sich selbst und gegebenenfalls für die Kinder, für die er das Sorgerecht besitzt, Anträge auf vorherige Genehmigung und auf Kostenerstattung unter denselben Voraussetzungen wie nach den Artikeln 27 und 28 direkt einreichen.

Artikel 30

Vorschüsse

- (1) Den angeschlossenen Personen können Vorschüsse gewährt werden, damit sie größere Ausgaben bestreiten können. Diese Vorschüsse werden hauptsächlich in Form einer Kostenübernahme bei Krankenhausaufenthalten gewährt.
- (2) Vorschüsse für Krankheitskosten werden entweder mit jedem der angeschlossenen Person aufgrund dieser Regelung geschuldeten Betrag oder mit den Dienstbezügen oder dem Ruhegehalt oder mit jeglichem Betrag, den ein Organ einer angeschlossenen Person schuldet, oder mit der infolge des Ablebens der angeschlossenen Person gewährten Hinterbliebenenversorgung verrechnet. Die für das Zentralbüro verantwortliche Person kann jedoch nach Unterrichtung des Rechnungsführers der Kommission gemäß Artikel 73 der Haushaltsordnung auf die Wiedereinzahlung eines "Vorschuss"-Saldos verzichten,
- wenn die finanziellen Auswirkungen im Vergleich zu den mit diesem Vorgang verbundenen Verwaltungskosten sehr gering sind,
 - oder wenn eine Wiedereinzahlung insbesondere infolge des Ablebens einer angeschlossenen Person unmöglich ist.
- (3) Die Verrechnung des Vorschusses muss grundsätzlich spätestens drei Jahre nach dem Zeitpunkt seiner Gewährung erfolgen.

Artikel 31

Forderungsübergang

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

Artikel 32

Verlust des Leistungsanspruchs

- (1) Außer in ordnungsgemäß nachgewiesenen Fällen höherer Gewalt verliert eine angeschlossene Person ihren Erstattungsanspruch, wenn sie nicht innerhalb des Zeitraums von 18 Monaten nach dem Datum, an dem die Leistungen erbracht worden sind, für sich oder eine mit angeschlossene Person die Erstattung der dafür entstandenen Kosten beantragt.
- (2) Anträge auf Sondererstattung gemäß Artikel 24 sind innerhalb einer Frist von 12 Monaten, gerechnet vom Tag der Erstattung der Kosten der letzten Leistung, die in den betreffenden Zwölfmonatszeitraum fällt, einzureichen.

Artikel 33

Rückforderung zu viel gezahlter Beträge

In Anwendung von Artikel 85 des Statuts ist jeder ohne rechtlichen Grund gezahlte Betrag zurückzuerstatten, wenn der Empfänger den Mangel des rechtlichen Grundes der Zahlung kannte oder der Mangel so offensichtlich war, dass er ihn hätte kennen müssen.

Artikel 34

Betrug

Eine angeschlossene Person oder ein Krankheitsfürsorge-Berechtigter, die bzw. der für sich oder eine durch sie bzw. ihn mit angeschlossene Person die Erstattung von Leistungen erschlichen oder zu erschleichen versucht hat, verliert unbeschadet des Artikels 33 automatisch den Anspruch auf die Erstattung dieser Leistungen und kann disziplinarisch belangt werden.

Artikel 35

Beschwerdeweg und Rechtsschutz

(1) Jeder Person, auf die diese Regelung Anwendung findet, steht der in Titel VII des Statuts vorgesehene Beschwerde- und Rechtsweg offen.

(2) Bevor die Anstellungsbehörde bzw. der Verwaltungsrat über eine Beschwerde gemäß Artikel 90 Absatz 2 des Statuts entscheidet, ist die Stellungnahme des Verwaltungsausschusses einzuholen.

Dieser kann seinen Vorsitzenden beauftragen, zusätzliche Informationen einzuholen. Betrifft der Streitfall medizinische Fragen, so kann der Verwaltungsausschuss vor seiner Stellungnahme das Gutachten eines medizinischen Sachverständigen einholen. Die Kosten des Gutachtens gehen zu Lasten des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems.

Der Verwaltungsausschuss muss sich innerhalb einer Frist von zwei Monaten, gerechnet vom Tage des Eingangs des Antrags auf Stellungnahme, äußern. Diese Stellungnahme wird gleichzeitig der Anstellungsbehörde und dem Beschwerdeführer übermittelt.

Gibt der Verwaltungsausschuss innerhalb dieser Frist keine Stellungnahme ab, so kann die Anstellungsbehörde bzw. der Verwaltungsrat die Verfügung treffen.

DRITTER TEIL

ORGANISATION DES KRANKHEITSFÜRSORGESYSTEMS

TITEL I

GRUNDSÄTZE

Artikel 36

Organe

Die Verwaltung dieses Krankheitsfürsorgesystems obliegt einem Verwaltungsausschuss, einem Zentralbüro, Abrechnungsstellen und einem Ärztebeirat.

Artikel 37

Ärztliche Schweigepflicht

Die in den Abrechnungsstellen und im Zentralbüro tätigen Bediensteten, die Mitglieder des Verwaltungsausschusses und alle anderen Personen, die an Sitzungen des Verwaltungsausschusses teilnehmen, sind hinsichtlich der Informationen und/oder der Unterlagen, von denen sie in Ausübung ihres Amtes Kenntnis erhalten, an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.

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

TITEL II

ARBEITSWEISE DER ORGANE

Artikel 38

Verwaltungsausschuss

- (1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus den folgenden Mitgliedern:
- vier Vertretern der Kommission, die von der Anstellungsbehörde ernannt werden,
 - je einem Vertreter der übrigen Organe, der von der betreffenden Anstellungsbehörde ernannt wird,
 - einem Vertreter der Gemeinschaftsagenturen, der von den betreffenden Anstellungsbehörden einvernehmlich ernannt wird,
 - vier Vertretern des Personals der Kommission, die von der Zentralen Personalvertretung dieses Organs ernannt werden,
 - je einem Vertreter des Personals der übrigen Organe, der von der betreffenden Personalvertretung ernannt wird,
 - einem Vertreter des Personals der Gemeinschaftsagenturen, der von den betreffenden Personalvertretungen einvernehmlich ernannt wird.

(2) Ferner werden stellvertretende Mitglieder ernannt; für ihre Ernennung gelten die Bedingungen des Absatzes 1.

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

(4) Jedes Mitglied ist stimmberechtigt; im Fall von Abwesenheit ist das jeweilige stellvertretende Mitglied stimmberechtigt.

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

In der Geschäftsordnung werden insbesondere geregelt:

- die Wahl des Vorsitzenden,
- die Organisation, Einberufung und Häufigkeit der Sitzungen,
- die etwaige Bestellung eines Ausschusses zur Vorbereitung der Sitzungen,
- die Ernennung von Personen, die an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen können, ohne stimmberechtigt zu sein,
- die Vorschriften für die Beratungen des Ausschusses und die Abgabe seiner Stellungnahmen.

- (6) Dem Verwaltungsausschuss obliegt es,
- a) für die einheitliche Anwendung dieser Regelung zu sorgen und den Organen zu diesem Zweck geeignete Vorschläge oder Empfehlungen zu unterbreiten,
 - b) die Finanzlage dieses Krankheitsfürsorgesystems zu prüfen und den Organen die für erforderlich erachteten Vorschläge oder Empfehlungen zu unterbreiten,
 - c) einen ausführlichen Jahresbericht über die Finanzlage dieses Krankheitsfürsorgesystems zu erstellen und diesen Bericht jeweils vor dem 1. Juli den Organen sowie ihren Personalvertretungen vorzulegen,
 - d) gegebenenfalls der Kommission vorzuschlagen oder zu empfehlen, allgemeine Durchführungsbestimmungen zu dieser Regelung zu erlassen oder zu ändern und sämtliche für das ordnungsgemäße Funktionieren dieses Krankheitsfürsorgesystems erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen sowie Vorschläge über die Höhe der für das Funktionieren des Krankheitsfürsorgesystems erforderlichen Betriebsmittel zu unterbreiten,
 - e) in den in dieser Regelung vorgesehenen Fällen Stellungnahmen abzugeben,
 - f) gegebenenfalls zu allen Fragen Stellung zu nehmen, die unmittelbar oder mittelbar in den Anwendungsbereich der Statutsbestimmungen über die Krankheitsfürsorge fallen,
 - g) insbesondere im Falle erheblicher Schwankungen der Kosten für medizinische Leistungen eine Stellungnahme zu der Höhe der vorgesehenen Beiträge und Leistungen abzugeben.
- (7) Die Beratungen des Verwaltungsausschusses sind geheim.

Artikel 39
Zentralbüro

- (1) Das Zentralbüro ist der Kommission zugeordnet.
- (2) Dem Zentralbüro obliegt es,
 - a) die Arbeiten der Abrechnungsstellen zu koordinieren und zu kontrollieren,
 - b) die einheitliche Anwendung der Regeln für die Abwicklung der Erstattungen sicherzustellen,
 - c) die Sekretariatsgeschäfte des Verwaltungsausschusses zu erledigen,
 - d) alle für das reibungslose Funktionieren dieses Krankheitsfürsorgesystems erforderlichen statistischen Untersuchungen oder Analysen durchzuführen, um dem Verwaltungsausschuss einen genauen Überblick über die Höhe, Verteilung und Entwicklung der gedeckten Risiken und die Abgabe der in Artikel 38 Absatz 6 Buchstabe g vorgesehenen Stellungnahme zu ermöglichen,
 - e) in Verbindung mit den Abrechnungsstellen im Rahmen des Möglichen mit den Vertretern der Ärzteschaft und/oder den zuständigen Behörden, Verbänden und Einrichtungen unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und etwaiger bereits bestehender Gebührenordnungen Abkommen über die für die Berechtigten geltenden Gebühren für ärztliche Leistungen und Krankenhausbehandlungen zu schließen,
 - f) im Rahmen des Möglichen mit den Primärversicherungsträgern der Mitgliedstaaten allgemeine Abkommen zur Vereinfachung der Verfahren für die Berechtigten dieses Krankheitsfürsorgesystems auszuhandeln.

Artikel 40

Abrechnungsstellen

- (1) Die Kommission richtet die Abrechnungsstellen dort ein und löst sie gegebenenfalls wieder auf, wo sie es insbesondere nach Maßgabe der Beschäftigungsorte der Beamten für erforderlich erachtet.
- (2) Die Einrichtung oder Auflösung einer Abrechnungsstelle bei einem anderen Organ kann nur im Einvernehmen mit diesem Organ und nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses erfolgen.
- (3) Die Bediensteten der Abrechnungsstellen üben die in dieser Regelung vorgesehenen Aufgaben entsprechend den Weisungen und unter der Kontrolle des Leiters des Zentralbüros aus.
- (4) Jeder Abrechnungsstelle werden Vertrauensärzte und Vertrauenszahnärzte beigeordnet; ihnen obliegen die sich aus dieser Regelung und ihren allgemeinen Durchführungsbestimmungen ergebenden Aufgaben.

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

- (5) Jeder Abrechnungsstelle obliegt es,
 - a) die Erstattungsanträge, die von den bei ihr geführten, angeschlossenen Personen eingereicht werden, entgegenzunehmen und abzuwickeln sowie die entsprechenden Zahlungen zu leisten;
 - b) in den in dieser Regelung vorgesehenen Fällen und wenn vom Verwaltungsausschuss oder vom Zentralbüro Fragen medizinischer Art im Zusammenhang mit der Abwicklung von Erstattungen aufgeworfen werden, die Stellungnahme des Vertrauensarztes einzuholen, der gegebenenfalls eine Stellungnahme des Vertrauensarztes des betreffenden Organs anfordern kann;

- c) die Anträge auf vorherige Genehmigung zu prüfen und ihnen gegebenenfalls stattzugeben;
- d) die in dieser Regelung vorgesehenen Stellungnahmen abzugeben;
- e) die Sekretariatsgeschäfte der Vertrauensärzte zu erledigen.

Artikel 41
Ärztebeirat

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

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

VIERTER TEIL

FINANZBESTIMMUNGEN

TITEL I

VERWALTUNG

Artikel 42

Beiträge

Die Organe und sonstigen Einrichtungen mit gemeinschaftspolitischer Zielsetzung überweisen auf die Konten des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems jeden Monat innerhalb von acht Tagen nach dem Auszahlungstermin der Dienst- und Versorgungsbezüge, Vergütungen und Invalidengelder, für die Beiträge zu diesem Krankheitsfürsorgesystem zu entrichten sind, ihre eigenen Beiträge sowie die Beiträge der angeschlossenen Personen.

Artikel 43

Anordnung und Kontrolle

- (1) Die Ausführung der Einnahmen und Ausgaben des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems erfolgt in Einklang mit den Bestimmungen der Haushaltsordnung für den Gesamthaushaltsplan der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere mit deren Artikel 60.
- (2) Die Einnahmen und die von den Abrechnungsstellen und dem Zentralbüro angeordneten Ausgaben sind Gegenstand einer Ex-ante-Überprüfung, die von anderen Bediensteten durchgeführt wird, als dem Bediensteten, der den Vorgang eingeleitet hat.

(3) Das Zentralbüro führt Ex-post-Überprüfungen durch oder veranlasst solche Überprüfungen, um

- sich zu vergewissern, dass die von den Abrechnungsstellen vollzogenen Vorgänge rechtmäßig und ordnungsmäßig sind und die Grundsätze einer ordnungsgemäßen Finanzverwaltung eingehalten wurden,
- sich – gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den internen Prüfern der Organe – zu vergewissern, dass die von den Organen entrichteten Beiträge den jeweiligen Einnahmen des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems entsprechen.

(4) Das Zentralbüro unterrichtet den Verwaltungsausschuss über die Vorkehrungen zur internen Kontrolle und über die Ergebnisse der durchgeführten Kontrollen.

TITEL II

RECHNUNGSFÜHRUNG

Artikel 44

Kontenstruktur

(1) Die Kommission richtet auf Initiative ihres Rechnungsführers eine gesonderte Rechnungslegung außerhalb des Haushaltsplans ein, um die das Krankheitsfürsorgesystem betreffenden Vorgänge festzuhalten.

(2) Zu diesem Zweck legt der Rechnungsführer der Kommission nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses einen Buchungsplan fest, mit dem die Aufschlüsselung der Vorgänge nach Art und Ursprung ermöglicht und eine Unterscheidung zwischen der Gesamtheit der Gemeinschaftsorgane und den Einrichtungen mit gemeinschaftspolitischer Zielsetzung getroffen wird.

In diesem Buchungsplan wird zwischen Ergebniskonten und Abschlusskonten unterschieden.

(3) Das Rechnungslegungsjahr ist in zwölf Rechnungslegungszeiträume unterteilt, die den zwölf Monaten des Kalenderjahres entsprechen.

Artikel 45

Rechnungslegungsunterlagen

(1) Alle Vorgänge bezüglich der Regelung werden in ein „Journal“ eingetragen.

(2) Am Ende jedes Rechnungslegungszeitraums werden vom Rechnungsführer der Kommission die folgenden Unterlagen erstellt:

- ein "Kontoauszug", in dem für jedes bewegte Konto in chronologischer Reihenfolge alle Vorgänge unter Angabe des Saldos zu Beginn und am Ende des Zeitraums erfasst werden;
- "Aufstellungen für jeden Bediensteten", in denen in chronologischer Reihenfolge für jedes "Vorschuss"-Konto und jede angeschlossene Person die Beträge der am Ende des Rechnungslegungszeitraums noch nicht ausgeglichenen Vorgänge aufgeführt werden;
- ein "allgemeiner Kontenabschluss".

(3) Nach dem ersten Halbjahresabschluss wird vom Rechnungsführer der Kommission mit Blick auf Artikel 44 Absatz 2 Folgendes erstellt:

- ein "Ergebniskonto", in dem sämtliche Ausgaben und Einnahmen des vergangenen Halbjahres ausgewiesen sind,

- ein "Zwischenergebnis", in dem das Ergebnis des laufenden Rechnungslegungsjahres und das kumulierte, in die Rücklagen eingestellte Ergebnis der vorausgegangenen Jahre gesondert ausgewiesen sind.

Die Halbjahresabschlüsse werden dem Verwaltungsausschuss, dem internen Prüfer der Kommission sowie den Organen von der Kommission spätestens sechs Wochen nach Ende des ersten Halbjahres übermittelt.

(4) Nach Abschluss jedes Rechnungslegungsjahres wird vom Rechnungsführer der Kommission mit Blick auf Artikel 44 Absatz 2 Folgendes erstellt:

- ein "Ergebniskonto", in dem sämtliche Ausgaben und Einnahmen des Jahres ausgewiesen sind;
- ein "Jahresabschluss", in dem das Ergebnis des abgeschlossenen Jahres und das kumulierte, in die Rücklagen eingestellte Ergebnis der vorausgegangenen Jahre gesondert ausgewiesen sind.

Zusätzlich zu den vorstehenden Unterlagen erstellt der Rechnungsführer gegebenenfalls alle anderen vom Verwaltungsausschuss verlangten Rechnungslegungsunterlagen.

(5) Diese Jahresabschlüsse sind Gegenstand eines Bestätigungsverfahrens nach Maßgabe der allgemeinen Durchführungsbestimmungen für diese Regelung.

(6) Die Jahresabschlüsse und der Bestätigungsvermerk werden dem Verwaltungsausschuss sowie den anderen Organen von der Kommission spätestens am 1. Mai des darauf folgenden Rechnungslegungsjahres übermittelt.

TITEL III

FINANZINFORMATION UND FINANZIELLES GLEICHGEWICHT DES KRANKHEITSFÜRSORGESYSTEMS

KAPITEL 1

FINANZINFORMATION

Artikel 46

Kumulative Ergebnisrechnung

Spätestens zum 1. Mai jedes Rechnungslegungsjahres unterbreitet die Kommission dem Verwaltungsausschuss, dem internen Prüfer der Kommission sowie den anderen Organen eine "kumulative Ergebnisrechnung", die Folgendes umfasst:

- eine zusammenfassende Übersicht über die Entwicklung des Ergebnisses des Krankheitsfürsorgesystems insgesamt während der letzten fünf Rechnungslegungsjahre zusammen mit einer Vorausschau für das folgende Jahr,
- eine Übersicht, in der die Entwicklung der Ausgaben in derselben Weise angegeben wird,
- eine Übersicht, in der die Entwicklung der Einnahmen in derselben Weise angegeben wird,
- eine Übersicht, in der die Entwicklung der durchschnittlichen Ausgaben und Einnahmen je angeschlossener Person in derselben Weise angegeben wird.

Artikel 47

Finanzielle Analyse

Am Ende jedes Rechnungslegungsjahres erstellt das Zentralbüro in eigener Verantwortung eine finanzielle Analyse zur Lage des Krankheitsfürsorgesystems. Dieses Dokument wird dem Verwaltungsausschuss spätestens am 1. Mai des darauf folgenden Rechnungslegungsjahres übermittelt.

Anhand dieser finanziellen Analyse und der Jahresübersichten gemäß den Artikeln 45 und 46 erstellt der Verwaltungsausschuss den Jahresbericht gemäß Artikel 38 Absatz 6 Buchstabe c.

Artikel 48

Finanzverwaltung

Die Verwaltungsleiter überzeugen sich – jeweils im Namen des Organs, das sie vertreten – auf der Grundlage der jährlich erstellten Dokumente gemäß den Artikeln 45, 46 und 47, denen die etwaigen Bemerkungen des internen Prüfers, der die Rechnungsführung bestätigt hat, und des Rechnungsführers der Kommission beigefügt sind, sowie auf der Grundlage des Berichts des Verwaltungsausschusses gemäß Artikel 38 Absatz 6 Buchstabe c innerhalb von zwei Jahren nach Vorlage der Jahresabschlüsse und der kumulativen Ergebnisrechnung von der ordnungsgemäßen Verwaltung durch die für das Zentralbüro verantwortliche Person.

KAPITEL 2

FINANZIELLES GLEICHGEWICHT DES SYSTEMS

Artikel 49

Finanzielles Gleichgewicht

Das finanzielle Ziel der Regelung ist es, regelmäßig für ein Gleichgewicht zwischen den Ausgaben und Einnahmen bei der Anwendung des Krankheitsfürsorgesystems zu sorgen.

Artikel 50

Defizit

- (1) Weist die Übersicht über die Finanzlage ein Defizit aus, durch das das finanzielle Gleichgewicht des Krankheitsfürsorgesystems gefährdet wird, so wird der Fehlbetrag aus den Rücklagen nach Artikel 51 gedeckt.
- (2) Falls ein strukturelles Defizit auftritt oder sich die Finanzlage des Krankheitsfürsorgesystems so entwickelt, dass mit dem Auftreten eines solchen Defizits zu rechnen ist, befasst der Verwaltungsausschuss unverzüglich die Organe, die nach Einholung einer Stellungnahme des Statutsbeirats über die Maßnahmen zur Wiederherstellung des finanziellen Gleichgewichts beschließen.

Artikel 51

Rücklagen

- (1) Weist die Übersicht über die Finanzlage einen Überschuss auf, so wird dieser auf der Passivseite des Abschlusses des Krankheitsfürsorgesystems auf einem Konto "Rücklagen aus Ergebnissen" verbucht.

(2) Die Kommission legt diese Rücklagen nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses unter Berücksichtigung des Bedarfs des Krankheitsfürsorgesystems an verfügbaren Mitteln zu den günstigsten Bedingungen an. Das Zentralbüro unterrichtet die übrigen Organe sowie den Verwaltungsausschuss auf der Grundlage eines Jahresberichts der für die Verwaltung dieser Anlagen zuständigen Dienststelle der Kommission regelmäßig über die Höhe der angelegten Mittel und über die Anlagebedingungen.

Die Zinsen aus den Anlagen werden als Einnahmen in dem Rechnungslegungsjahr ausgewiesen, in dem die Anlage erfolgt ist.

(3) Die Rücklagen dienen in erster Linie der Deckung etwaiger Defizite. Die Organe prüfen nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses und des Statutsbeirats insbesondere unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bei den Krankheitsfürsorge-Berechtigten regelmäßig, ob es zweckmäßig ist, die Rücklagen zur Deckung einer möglichen Zunahme der Versicherungsfälle zu verwenden oder die Bestimmungen dieser Regelung zu ändern.

Die in den allgemeinen Durchführungsbestimmungen festgelegten Vorschriften für Kostenerstattungen können entsprechend der Entwicklung des finanziellen Gleichgewichts des Krankheitsfürsorgesystems nach den Bestimmungen des Artikels 52 ebenfalls geändert werden.

FÜNFTER TEIL

SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Artikel 52

Festlegung und Aktualisierung der Vorschriften für die Kostenerstattung

- (1) Die Organe übertragen der Kommission gemäß Artikel 72 Absatz 1 Unterabsatz 3 des Statuts die Befugnis, durch allgemeine Durchführungsbestimmungen die Vorschriften für die Kostenerstattungen festzulegen mit dem Ziel, das finanzielle Gleichgewicht des Krankheitsfürsorgesystems zu erhalten und dem in Artikel 72 Absatz 1 Unterabsatz 1 des Statuts verankerten Grundsatz der sozialen Sicherung zu entsprechen.
- (2) Die allgemeinen Durchführungsbestimmungen werden nach Stellungnahme des Verwaltungsausschusses und nach Anhörung des Statutsbeirats festgelegt.

Artikel 53

Änderung

- (1) Diese Regelung kann nach den in Artikel 72 Absatz 1 Unterabsatz 1 des Statuts vorgesehenen Bedingungen auf Vorschlag eines Organs, einer Personalvertretung oder des Verwaltungsausschusses geändert werden.
- (2) Jeder Vorschlag zur Änderung der Regelung ist Gegenstand einer Stellungnahme des Verwaltungsausschusses.

Artikel 54

Aufhebung

Die zuletzt mit Wirkung vom 20. Januar 1999 geänderte Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften wird bis auf ihre Anhänge aufgehoben.

Die Anhänge der zuletzt mit Wirkung vom 20. Januar 1999 geänderten Regelung werden beim Inkrafttreten der von der Kommission erlassenen allgemeinen Durchführungsbestimmungen aufgehoben.

Übergangsweise ist bis zum Erlass dieser Bestimmungen jede Bezugnahme auf die „allgemeinen Durchführungsbestimmungen“ in der vorliegenden Regelung als Bezugnahme auf die Anhänge der in Absatz 2 genannten Regelung zu verstehen.

Artikel 55

Inkrafttreten

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

Sie gilt ab dem Zeitpunkt des genannten Einvernehmens.
