

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN

N. 98 — 762

[C - 98/00034]

26 JANUARI 1998. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de officiële Duitse vertaling van het koninklijk besluit van 14 juli 1994 houdende coördinatie van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 31 december 1983 tot hervorming der instellingen voor de Duitstalige Gemeenschap, inzonderheid op artikel 76, § 1, 1° en § 3, vervangen door de wet van 18 juli 1990;

Gelet op het ontwerp van officiële Duitse vertaling van het koninklijk besluit van 14 juli 1994 houdende coördinatie van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, opgemaakt door de Centrale dienst voor Duitse vertaling van het Adjunct-arrondissementscommissariaat in Malmedy;

Op de voordracht van Onze Minister van Binnenlandse Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De bij dit besluit gevoegde tekst is de officiële Duitse vertaling van het koninklijk besluit van 14 juli 1994 houdende coördinatie van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Art. 2. Onze Minister van Binnenlandse Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 26 januari 1998.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Binnenlandse Zaken,
J. VANDE LANOTTE

MINISTERE DE L'INTERIEUR

F. 98 — 762

[C - 98/00034]

26 JANVIER 1998. — Arrêté royal établissant la traduction officielle en langue allemande de l'arrêté royal du 14 juillet 1994 portant coordination de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 31 décembre 1983 de réformes institutionnelles pour la Communauté germanophone, notamment l'article 76, § 1^{er}, 1° et § 3, remplacé par la loi du 18 juillet 1990;

Vu le projet de traduction officielle en langue allemande de l'arrêté royal du 14 juillet 1994 portant coordination de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, établi par le Service central de traduction allemande du Commissariat d'Arrondissement adjoint à Malmedy;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le texte annexé au présent arrêté constitue la traduction officielle en langue allemande de l'arrêté royal du 14 juillet 1994 portant coordination de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 26 janvier 1998.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intérieur,
J. VANDE LANOTTE

Bijlage — Annexe

MINISTERIUM DER SOZIALFÜRSORGE

**Königlicher Erlaß zur Koordinierung des Gesetzes
über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung**

BERICHT AN DEN KÖNIG

Sire,

der Entwurf eines Königlichen Erlasses, der Eurer Majestät zur Unterschrift vorgelegt wird, findet seine gesetzliche Grundlage in Artikel 145 des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung und in Artikel 90 des Gesetzes vom 15. Februar 1993 zur Reform des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung.

Aufgrund von Artikel 145 kann der König die Bestimmungen dieses Gesetzes mit den Bestimmungen, die dieses Gesetz zum Zeitpunkt der Koordinierung ausdrücklich oder implizit abgeändert haben, koordinieren. Sowohl Artikel 145 als auch Artikel 90 übertragen dem König die Befugnis:

1. die Reihenfolge, die Numerierung und im allgemeinen die Form der Bestimmungen zu ändern,
2. Verweise, die in den zu koordinierenden Bestimmungen vorkommen, zu ersetzen, insbesondere um die Übereinstimmung mit der neuen Numerierung zu gewährleisten,
3. den Wortlaut der zu koordinierenden Bestimmungen zu ändern, um ihre Übereinstimmung zu gewährleisten und die Terminologie zu vereinheitlichen, ohne die in diesen Bestimmungen enthaltenen Grundsätze zu beeinträchtigen.

Im Laufe der Jahre sind zahlreiche Bestimmungen in den zu koordinierenden Text des vorerwähnten Gesetzes vom 9. August 1963 eingefügt worden; so gibt es zur Zeit unter anderem sogar einen Artikel 34*sedecies*. Außerdem hat das Gesetz vom 15. Februar 1993 die Struktur des LIKIV (Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung) und die Befugnis einer Anzahl Organe aus dem Bereich der Gesundheitspflegeversicherung grundlegend geändert. Darüber hinaus hat das vorerwähnte Gesetz die Numerierung bestimmter Artikel geändert. Daher ist eine Anpassung der Definition der Befugnisse und der Verweise an diese neue Struktur und diese neuen Bestimmungen notwendig geworden. Schließlich wurden viele implizite Änderungen vorgenommen, insbesondere an den Bestimmungen über staatliche Beihilfen, und zwar infolge des Gesetzes vom 29. Juni 1981 zur Festlegung der allgemeinen Grundsätze der sozialen Sicherheit für Lohnempfänger. Folglich machen all diese Anpassungen eine Koordinierung mehr als erforderlich.

Die Regierung erwägt, den Gesetzgebenden Kammern eine nachträgliche Ratifizierung der koordinierten Texte vorzuschlagen, wie dies bei der Revision des Gemeindegesetzes (Gesetz vom 26. Mai 1989, *Belgisches Staatsblatt* vom 30. Mai 1989) der Fall war, mit der entsprechenden Aufhebung überflüssig gewordener Bestimmungen, die in der Koordinierung nicht aufgenommen worden sind.

Die vorgeschlagene Koordinierung ist vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung in Zusammenarbeit mit dem Koordinationsbüro des Staatsrates abgefaßt worden.

Das Gutachten des Staatsrates vom 19. Mai 1994 wird im Anschluß an diesen Bericht in extenso wiedergegeben.

Infolge dieses Gutachtens ist der Koordinierungsentwurf angepaßt worden an:

- die Bemerkungen und Empfehlungen des Staatsrates in bezug auf die Übereinstimmung des französischen und niederländischen Textes und

- die Vorschläge des Rates in bezug auf Textergänzungen oder -verdeutlichungen.

Für einige der vorgenommenen Anpassungen sind zusätzliche Rechtfertigungsvermerke in Anlage V der Koordinierung eingefügt worden (Artikel 47, 86, 102, 110, 181).

Was Artikel 52 des Koordinierungsentwurfs betrifft, ist der Bemerkung des Staatsrates im Hinblick auf eine Textanpassung nicht Folge geleistet worden. Der Rat ist der Ansicht, daß das in § 1 Absatz 4 dieses Artikels erwähnte Verfahren zur Billigung von Vereinbarungen im Widerspruch zu dem in Artikel 22 Nr. 3 des Entwurfs erwähnten Verfahren steht. Die in Artikel 52 § 1 Absatz 4 erwähnten Vereinbarungen sehen jedoch eine Pauschalzahlung der Leistungen vor. Diese Vereinbarungen werden in einer Sonderkommission getroffen. Die in Artikel 22 Nr. 3 erwähnten Vereinbarungen werden von den zuständigen Nationalen Kommissionen nach entsprechenden Verhandlungen abgeschlossen. Nur letztere Vereinbarungen werden vom Versicherungsausschuß gebilligt (vgl. vorbereitende parlamentarische Arbeiten zum Gesetz vom 15. Februar 1993, insbesondere Senat, 1992-93, 579-2, S. 88 und 89). Das im vorergehenden Absatz vorgesehene spezifische Verfahren muß daher beibehalten werden.

Auf die Vorschläge des Staatsrates in bezug auf eine zusätzliche Neuordnung der Artikel und auf die Aufnahme von Paragraphen oder Absätzen bestimmter Artikel des Gesetzes vom 9. August 1963 in Anlage I der Koordinierung (das heißt in der Anlage, die die in der Koordinierung nicht aufgenommenen Bestimmungen enthält) ist auch nicht eingegangen worden.

Der Vorteil der vom Staatsrat vorgeschlagenen zusätzlichen Anpassungen reicht nicht aus, um die Vorteile des praktischen Umgangs und der Vertrautheit auszugleichen, die durch eine möglichst weitgehende Erhaltung der Struktur des Gesetzes vom 9. August 1963 angestrebt wird.

Das Nichtbefolgen dieser Bemerkungen des Staatsrates beeinträchtigt nicht die Gesetzmäßigkeit der Koordinierung, da es um die Beibehaltung bestehender Gesetzesbestimmungen in der Koordinierung geht.

Ich habe die Ehre,

Sire,

der getreue und ehrerbietige Diener

Eurer Majestät

zu sein.

Die Ministerin der Sozialen Angelegenheiten

M. DE GALAN

14. JULI 1994 — Königlicher Erlaß zur Koordinierung des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung

ALBERT II., König der Belgier,

Allen Gegenwärtigen und Zukünftigen, Unser Gruß!

Aufgrund des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung, insbesondere des Artikels 145;

Aufgrund des Gesetzes vom 1. August 1985 zur Festlegung sozialer Bestimmungen, insbesondere des Artikels 8;

Aufgrund des Gesetzes vom 15. Februar 1993 zur Reform des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung, insbesondere des Artikels 90;

Aufgrund des Gutachtens des Staatsrates;

Auf Vorschlag Unseres Ministers der Sozialen Angelegenheiten und aufgrund der Stellungnahme Unserer Minister, die im Rat darüber beraten haben,

Haben Wir beschlossen und erlassen Wir:

Artikel 1 - Nachfolgende Bestimmungen werden unter Berücksichtigung der Änderungen, die sie erfahren haben, gemäß dem Text koordiniert, der dem vorliegenden Erlaß beigefügt ist:

1. das Gesetz vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, 8. April 1965, 7. Juli 1966, 10. Oktober 1967, 27. Juni 1969, 26. März 1970, 9. Juni 1970, 12. Mai 1971, 20. Juli 1971, 5. Juli 1971, 16. Juli 1974, 23. Dezember 1974, 20. Juni 1975, 5. Januar 1976, 7. Juli 1976, 8. Dezember 1977, 22. Dezember 1977, 5. August 1978, 8. August 1980, 22. Januar 1985, 1. August 1985, 8. Juli 1987, 7. November 1987, 30. Dezember 1988, 24. Mai 1989, 6. Juli 1989, 22. Dezember 1989, 29. Dezember 1990, 4. April 1991, 15. Februar 1993, 20. Juli 1991, 18. Oktober 1991, 26. Juni 1992, 6. August 1993 und 30. März 1994, durch die Königlichen Erlasse Nr. 38 vom 27. Juli 1967, Nr. 19 vom 4. Dezember 1978, Nr. 10 vom 11. Oktober 1978, Nr. 22 vom 23. März 1982, Nr. 58 vom 22. Juli 1982, Nr. 132 vom 30. Dezember 1982, Nr. 176 vom 30. Dezember 1982, Nr. 214 vom 30. September 1983, Nr. 283 vom 31. März 1984, Nr. 408 vom 18. April 1986, Nr. 422 vom 23. Juli 1986, Nr. 500 vom 31. Dezember 1986 und Nr. 533 vom 31. März 1987 und durch die Königlichen Erlasse vom 22. Dezember 1969, 20. Juli 1971, 28. Dezember 1971, 23. Oktober 1981, 13. August 1984 und 21. März 1985,

2. Artikel 26, soweit er auf die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung anwendbar ist, und Artikel 39bis § 3 des Gesetzes vom 29. Juni 1981 zur Festlegung der allgemeinen Grundsätze der sozialen Sicherheit für Lohnempfänger, abgeändert durch die Königlichen Erlasse Nr. 214 vom 30. Dezember 1983 und Nr. 528 vom 31. März 1987,

3. Artikel 6 des Gesetzes vom 29. Dezember 1990 zur Festlegung sozialer Bestimmungen,

4. Artikel 7 § 2 Absatz 1, 3 und 4 des am 13. März 1991 koordinierten Gesetzes über die Aufhebung und die Umstrukturierung von Einrichtungen öffentlichen Interesses und anderen öffentlichen Diensten, abgeändert durch das Gesetz vom 26. Juni 1992,

5. das Gesetz vom 15. Februar 1993 zur Reform des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung.

Art. 2 - Die Koordinierung wird folgende Überschrift tragen: «Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung».

Art. 3 - Unser Minister der Sozialen Angelegenheiten ist mit der Ausführung des vorliegenden Erlasses beauftragt.

Gegeben zu Brüssel, den 14. Juli 1994

ALBERT

Von Königs wegen:

Die Ministerin der Sozialen Angelegenheiten
M. DE GALAN

—
Anlage

Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, koordiniert am 14. Juli 1994

TITEL I — Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1 - Das vorliegende koordinierte Gesetz führt eine Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherungsregelung ein; es teilt diese Pflichtversicherungsregelung in zwei verschiedene Zweige ein, die Bezug haben auf Gesundheitsleistungen einerseits und auf Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen, Bestattungsgeld und Mutterschaftsversicherung andererseits.

Art. 2 - Im vorliegenden koordinierten Gesetz ist beziehungsweise sind zu verstehen unter:

- a) «Institut»: das in Artikel 10 erwähnte Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung,
- b) «Minister»: der für die Sozialfürsorge zuständige Minister,
- c) «Allgemeinem Ausschuß»: der Allgemeine geschäftsführende Ausschuß des Instituts,
- d) «Allgemeinem Rat»: der Allgemeine Rat der Gesundheitspflegeversicherung,
- e) «Versicherungsausschuß»: der Ausschuß der Gesundheitspflegeversicherung,
- f) «Besonderen Diensten»: die Dienste für Gesundheitspflege, Entschädigungen, medizinische Kontrolle und verwaltungstechnische Kontrolle,
- g) «Krankenkasse»: eine Krankenkasse, so wie sie in Artikel 2 § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände definiert ist,
- h) «Landesverband»: ein Landesverband, so wie er in Artikel 6 des vorerwähnten Gesetzes vom 6. August 1990 definiert ist,
- i) «Versicherungsträger»: ein Landesverband, die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung und die Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen,
- j) «Begünstigtem»: jede Person, die Anspruch auf die durch das vorliegende koordinierte Gesetz vorgesehenen Leistungen erheben kann,
- k) «Berechtigtem» von Gesundheitsleistungen: die Begünstigten im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 und 16; unter «Berechtigtem» von Entschädigungen: die Begünstigten im Sinne von Artikel 86 § 1,
- l) «Fachkraft der Heilkunst»: Doktoren der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe, Lizentiaten der Zahnheilkunde, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen, die gesetzlich ermächtigt sind, ihre Kunst auszuüben,
- m) «heilhilfsberuflichem Mitarbeiter»: Fachkräfte für Krankenpflege, Heilgymnasten, Logopäden, Orthoptisten, Lieferer von Prothesen und Apparaten, Lieferer von Implantaten, Lizentiaten der Wissenschaften, die ermächtigt sind, Leistungen im Sinne des vorliegenden koordinierten Gesetzes zu erbringen,
- n) «Pflegerbringer»: Fachkräfte der Heilkunst, heilhilfsberufliche Mitarbeiter, Pflegeanstalten, Anstalten für Rehabilitation und Umschulung und andere Dienste und Einrichtungen,
- o) «jährlichem Globalhaushaltsziel»: die Summe aller jährlichen Teilhaushaltsziele und aller globalen Haushalte, die für die Gesamtheit der in Artikel 34 erwähnten Gesundheitsleistungen vorgesehen ist,
- p) «jährlichem Teilhaushaltsziel» für die in Artikel 34 erwähnten Gesundheitsleistungen oder Leistungsgruppen: der vorgesehene Jahresbetrag der Ausgaben, den die verschiedenen Abkommens- und Vereinbarungskommissionen einhalten müssen,
- q) «globalem Finanzmittelhaushalt» für ein bestimmtes Jahr und für die in Artikel 34 erwähnten Gesundheitsleistungen oder Leistungsgruppen: der Gesamtbetrag der Ausgaben, in Höhe dessen die Gesundheitspflegeversicherung sich beteiligt für die im Laufe des betreffenden Jahres verrichteten Leistungen oder Leistungsgruppen oder für die im betreffenden Jahr für diese Gesundheitsleistungen oder Leistungsgruppen geschuldeten Pauschalbeträge.

Art. 3 - Für die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes sind die Landesverbände zugelassen, die für die Anwendung des Königlichen Grundlagenerlasses vom 22. September 1955 über die Kranken- und Invalidenversicherung zugelassen waren.

Die Landesverbände gewährleisten die durch vorliegendes Gesetz vorgesehenen Leistungen in ihrer Satzung.

Art. 4 - Den Landesverbänden, die das vorliegende koordinierte Gesetz oder seine Ausführungserlasse und -verordnungen nicht einhalten, kann die Zulassung auf entsprechende Stellungnahme oder auf Vorschlag des Allgemeinen Ausschusses des Instituts hin vom König entzogen werden. Vorher hört der Allgemeine Ausschuß des Instituts die Verteidigungsmittel des betreffenden Landesverbandes an.

Art. 5 - Die beim Ministerium der Sozialfürsorge durch Artikel 6 des Gesetzlerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer eingesetzte Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung ist eine öffentliche Einrichtung mit Rechtspersönlichkeit.

Die Hilfskasse arbeitet über regionale Ämter, die vom König eingesetzt werden; die regionalen Ämter haben keine von der Hilfskasse getrennte Rechtspersönlichkeit.

Die Hilfskasse wird von einem Geschäftsführenden Ausschuß, bestehend aus einem Präsidenten und einer gleichen Zahl Vertreter der repräsentativen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, verwaltet. Nur die Mitglieder sind stimmberechtigt.

Der König ernennt den Präsidenten.

Er legt nach Konsultierung der oben erwähnten Organisationen die Zahl der ordentlichen Mitglieder und der Ersatzmitglieder fest und ernennt die Mitglieder aus den von diesen Organisationen vorgelegten Listen mit je zwei Kandidaten.

Organisation und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise der Hilfskasse werden vom König im Rahmen der Regeln festgelegt, die durch das Gesetz vom 16. März 1954 über die Kontrolle bestimmter Einrichtungen öffentlichen Interesses und das Gesetz vom 25. April 1963 über die Verwaltung der Einrichtungen öffentlichen Interesses für soziale Sicherheit und Sozialfürsorge festgelegt sind.

Zwei Regierungskommissare, die vom König auf Vorschlag des für die Sozialfürsorge zuständigen Ministers beziehungsweise des für den Haushalt zuständigen Ministers ernannt werden, wohnen den Versammlungen des Geschäftsführenden Ausschusses bei.

Art. 6 - Die «Kasse für Gesundheitspflege» der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen ist eine beim Ministerium der Sozialfürsorge eingesetzte öffentliche Einrichtung mit Rechtspersönlichkeit, die als Versicherungsträger für die Begünstigten der Sozialwerke der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen auftritt.

Diese Kasse wird von einem Geschäftsführenden Ausschuß, bestehend aus einem Präsidenten, zehn ordentlichen Mitgliedern und zehn Ersatzmitgliedern, verwaltet. Die Mitglieder werden vom König gemäß den für die Bestimmung der Mitglieder der Nationalen paritätischen Kommission der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen geltenden Bestimmungen ernannt. Nur die Mitglieder sind stimmberechtigt.

Der König ernennt den Präsidenten.

Organisation und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen werden vom König im Rahmen der Regeln festgelegt, die durch das Gesetz vom 16. März 1954 über die Kontrolle bestimmter Einrichtungen öffentlichen Interesses und das Gesetz vom 25. April 1963 über die Verwaltung der Einrichtungen öffentlichen Interesses für soziale Sicherheit und Sozialfürsorge festgelegt sind.

Zwei Regierungskommissare, die vom König auf Vorschlag des für die Sozialfürsorge zuständigen Ministers beziehungsweise des für den Haushalt zuständigen Ministers ernannt werden, wohnen den Versammlungen des Geschäftsführenden Ausschusses bei.

Art. 7 - Das Institut und die Versicherungsträger sind verpflichtet, sich an das Nationalregister der natürlichen Personen zu richten, um die in Artikel 3 Absatz 1 und 2 des Gesetzes vom 8. August 1983 zur Organisation eines Nationalregisters der natürlichen Personen erwähnten Informationen zu erhalten oder die Richtigkeit dieser Informationen zu überprüfen.

Auf andere Quellen darf nur zurückgegriffen werden, sofern die notwendigen Informationen beim Nationalregister nicht erhältlich sind.

Art. 8 - Die in Artikel 7 erwähnten Informationen, die beim Nationalregister der natürlichen Personen erfragt und auf einer der Akte beigefügten Identifikationskarte festgehalten werden, haben Beweiskraft bis zum Beweis des Gegenteils.

Der König legt Bedingungen und Modalitäten der Aufbewahrung dieser Informationen fest, um Ursprung und Datum im Hinblick auf ihre Beweiskraft sicherzustellen.

Nimmt eine Einrichtung den in Absatz 1 erwähnten Beweis des Gegenteils an, so teilt sie den Inhalt der angenommenen Information dem Nationalregister der natürlichen Personen zur Information mit und fügt die Belege bei.

Art. 9 - In allen Fällen, in denen das vorliegende koordinierte Gesetz, seine Ausführungserlasse oder die in den Artikeln 22 Nr. 11 und 80 Nr. 5 erwähnten Verordnungen vorsehen, daß Unterlagen an den Hauptwohntort geschickt oder Zahlungen am Hauptwohntort geleistet werden, wird von der in Artikel 3 Absatz 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 8. August 1983 zur Organisation eines Nationalregisters der natürlichen Personen erwähnten Information zum Hauptwohntort Gebrauch gemacht.

Auf schriftlichen Antrag des Betreffenden kann jedoch von dieser Verpflichtung abgewichen werden.

TITEL II — *Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung*

Art. 10 - Beim Ministerium der Sozialfürsorge gibt es ein Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung. Das Institut ist eine öffentliche Einrichtung mit Rechtspersönlichkeit. Unbeschadet des Artikels 213 § 1 ist das Institut den Regeln unterworfen, die durch das Gesetz vom 16. März 1954 über die Kontrolle bestimmter Einrichtungen öffentlichen Interesses für die in Artikel 1 Buchstabe *D* dieses Gesetzes erwähnten Einrichtungen festgelegt sind.

Art. 11 - Die in Artikel 12 näher bestimmte Verwaltung des Instituts wird von einem Allgemeinen geschäftsführenden Ausschuß wahrgenommen, der sich zusammensetzt aus einer gleichen Zahl:

- a) Vertreter der repräsentativen Arbeitgeberorganisationen und Vertreter der repräsentativen Selbständigenorganisationen,
- b) Vertreter der repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen,
- c) Vertreter der Versicherungsträger.

Der König bestimmt die Zahl der ordentlichen Mitglieder und der Ersatzmitglieder und ernennt sie. Er ernennt den Präsidenten und die Vizepräsidenten. Er legt die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des Allgemeinen Ausschusses fest.

Zwei Regierungskommissare, die vom König auf Vorschlag des für die Sozialfürsorge zuständigen Ministers beziehungsweise des für den Haushalt zuständigen Ministers ernannt werden, wohnen den Versammlungen des Allgemeinen Ausschusses bei.

Art. 12 - Der Allgemeine Ausschuß:

1. wacht über die einheitliche Anwendung des Statuts auf alle Personalmitglieder,
2. schlägt dem Minister Änderungen im Stellenplan des Personals der Allgemeinen Dienste und der Besonderen Dienste vor, in letzterem Fall auf Stellungnahme ihres Ausschusses oder Rates hin,
3. entscheidet unter den im Statut vorgesehenen Bedingungen über Anwerbung, Ernennung, Zuweisung, Beförderung, Entlassung und Entfernung aus dem Dienst des Personals der Allgemeinen Dienste und über Disziplinarstrafen, die gegen das Personal zu verhängen sind; er übt diese Befugnis auch für das Personal der Besonderen Dienste aus, und zwar auf Vorschlag des Allgemeinen Rates oder des zuständigen Ausschusses,
4. faßt den Haushaltsplan der Allgemeinen Dienste und den der Besonderen Dienste des Instituts in einer Unterlage zusammen und übermittelt diese dem Minister,
5. erstellt eine gemeinsame Rechnung der Allgemeinen Dienste und der Besonderen Dienste des Instituts und übermittelt sie dem Minister,
6. schließt die Rechnung ab und stellt den Haushaltsplan der Verwaltungskosten des Instituts auf,
7. weist die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 1, 3 bis 9 und 11 bis 20 erwähnten Einnahmen dem Dienst für Gesundheitspflege und dem Dienst für Entschädigungen unter den Bedingungen zu, die durch oder aufgrund des vorliegenden koordinierten Gesetzes vorgesehen sind,
8. erstellt einen Jahresbericht über die Tätigkeiten der Allgemeinen Dienste,
9. gibt seine Stellungnahme über die in Artikel 161 Nr. 5 erwähnten Vorschläge ab und übermittelt sie dem Minister,
10. entscheidet im Rahmen seiner Zuständigkeit über die Erhebung von Rechtsklagen.

Im Dringlichkeitsfall kann der Generalverwalter über die Erhebung von Rechtsklagen entscheiden. Diese Klagen werden dem Allgemeinen Ausschuß bei seiner nächsten Sitzung zur Genehmigung vorgelegt. Wird die Genehmigung verweigert, ist eine eingeleitete Klage zurückzunehmen,

11. erstellt seine Geschäftsordnung und legt sie dem König zur Billigung vor.

Art. 13 - Die Allgemeinen Dienste des Instituts werden unter der Gewalt des Allgemeinen Ausschusses vom Generalverwalter des Instituts verwaltet, dem ein Direktionsrat, bestehend aus den Beamten, die die in den Titeln III oder IV und VII eingesetzten Besonderen Dienste leiten, beisteht.

Der Minister bestimmt auf Vorschlag des Allgemeinen Ausschusses die in Absatz 1 erwähnten Allgemeinen Dienste.

Der Generalverwalter des Instituts führt den Vorsitz des Direktionsrates.

TITEL III — Gesundheitspflegeversicherung

KAPITEL I - Organe

Abschnitt I - Dienst für Gesundheitspflege

Art. 14 - Beim Institut wird ein Dienst für Gesundheitspflege eingesetzt, der mit der Verwaltung der Gesundheitspflegeversicherung beauftragt ist.

Abschnitt II - Allgemeiner Rat der Gesundheitspflegeversicherung

Art. 15 - Der Dienst für Gesundheitspflege wird von einem Allgemeinen Rat der Gesundheitspflegeversicherung verwaltet, der sich zusammensetzt aus:

- a) fünf Mitgliedern, die die Behörde vertreten und vom Minister vorgeschlagen werden. Drei dieser Mitglieder werden im Einvernehmen mit dem für den Mittelstand zuständigen Minister, dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister beziehungsweise dem für den Haushalt zuständigen Minister vorgeschlagen,
- b) fünf Mitgliedern, die die repräsentativen Arbeitgeberorganisationen und die repräsentativen Selbständigenorganisationen vertreten,
- c) fünf Mitgliedern, die die repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vertreten,
- d) fünf Mitgliedern, die die Versicherungsträger vertreten,
- e) acht Mitgliedern, die die Pflegebringer vertreten, von denen mindestens zwei die Verwalter der Pflegeanstalten und mindestens zwei die Ärzte vertreten.

Der König legt das Verfahren für die Bestimmung der Mitglieder und die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des Allgemeinen Rates fest. Er ernennt die Mitglieder, den Präsidenten und die beiden Vizepräsidenten. Er kann unter Bedingungen, die er bestimmt, Ersatzmitglieder ernennen.

Der Präsident und die in Absatz 1 Buchstabe a), b), c) und d) erwähnten Mitglieder sind stimmberechtigt. Die in Absatz 1 Buchstabe e) erwähnten Mitglieder haben beratende Stimme.

Art. 16 - § 1 - Der Allgemeine Rat:

1. bestimmt die allgemeinen Richtlinien der zu führenden Politik, legt das jährliche Globalhaushaltsziel fest und legt dem Minister nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses die globalen Finanzmittelhaushalte zur Billigung vor,
2. wacht über das finanzielle Gleichgewicht der Gesundheitspflegeversicherung, unter anderem auf der Grundlage der Quartalsberichte der Haushaltskontrollkommission, so wie sie in Artikel 18 vorgesehen sind,
3. stellt den Haushaltsplan der Gesundheitspflegeversicherung auf,
4. schließt die Rechnungen der Gesundheitspflegeversicherung ab,
5. entscheidet im Rahmen seiner Zuständigkeit über die Erhebung von Rechtsklagen,

Im Dringlichkeitsfall kann der leitende Beamte des Dienstes für Gesundheitspflege über die Erhebung von Rechtsklagen entscheiden.

Diese Klagen werden dem Allgemeinen Rat bei seiner nächsten Sitzung zur Genehmigung vorgelegt. Wird die Genehmigung verweigert, ist eine eingeleitete Klage zurückzunehmen,

6. untersucht den Jahresbericht, der ihm, was die Krankenpflichtversicherung betrifft, vom Kontrollamt der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände übermittelt wird, und die Berichte, die ihm in Ausführung der Artikel 141 § 1 Nr. 14 und 161 Absatz 1 Nr. 4 vom Dienst für medizinische Kontrolle und vom Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle übermittelt werden, und erstattet in den vom König festgelegten Fristen dem Minister Bericht über die Maßnahmen, die er beschlossen hat oder vorschlägt,

7. entscheidet nach Stellungnahme der Haushaltskontrollkommission, ob die Abkommen und Vereinbarungen, die dem Versicherungsausschuß zur Billigung vorgelegt werden, mit dem Haushaltsplan zu vereinbaren sind,

8. schlägt dem Allgemeinen Ausschuß Anwerbung, Ernennung, Zuweisung, Beförderung, Entlassung und Entfernung aus dem Dienst des Personals des Dienstes für Gesundheitspflege vor sowie Disziplinarstrafen, die gegen dieses Personal zu verhängen sind,

9. erstellt seine Geschäftsordnung und legt sie dem König zur Billigung vor.

§ 2 - Der Allgemeine Rat übermittelt der Regierung jährlich einen ausführlichen Bericht über die einheitliche Anwendung der Rechtsvorschriften im ganzen Land. Dieser Bericht umfaßt eine Bewertung eventueller ungerechtfertigter Unterschiede und Vorschläge, um diese Unterschiede zu beheben.

§ 3 - Für die in § 1 Nr. 1, 3, 4 und 7 definierten Befugnisse werden Vorschläge nur angenommen, wenn sie die Stimmenmehrheit der stimmberechtigten Mitglieder des Allgemeinen Rates erhalten, einschließlich der Stimmen aller Mitglieder der in Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe a) erwähnten Gruppe.

Abschnitt III — Haushaltskontrollkommission

Art. 17 - Beim Dienst für Gesundheitspflege des Instituts wird eine Haushaltskontrollkommission eingesetzt.

Diese Kommission setzt sich zusammen aus:

1. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die die repräsentativen Arbeitgeber- und Selbständigenorganisationen vertreten,

2. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die die repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vertreten,

3. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die die Versicherungsträger vertreten,

4. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die die Pflegebringer vertreten,

5. vier ordentlichen Mitgliedern und vier Ersatzmitgliedern, die vom Minister aufgrund ihrer Kompetenz in Haushalts- und Finanzangelegenheiten in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung vorgeschlagen werden, von denen ein Mitglied im Einvernehmen mit dem für den Haushalt zuständigen Minister vorgeschlagen wird,

6. dem in Artikel 190 erwähnten Haushalts- und Finanzberater, insofern er von dem für die Sozialfürsorge zuständigen Minister und von dem für den Haushalt zuständigen Minister bestimmt worden ist.

Alle Mitglieder sind stimmberechtigt.

Der König ernennt die in den Nummern 1 bis 4 erwähnten Mitglieder der Haushaltskontrollkommission auf Vorschlag des Allgemeinen Rates. Er ernennt die in Nr. 5 erwähnten Mitglieder auf Vorschlag des Ministers. Der Vorsitz der Kommission wird von dem in Absatz 2 Nr. 6 erwähnten Haushalts- und Finanzberater wahrgenommen. Ist kein Haushalts- und Finanzberater bestimmt, wird der Vorsitz gemäß den vom König festgelegten Regeln geführt.

Die Kommission kann Sachverständige und Vertreter der Kommissionen, die mit dem Abschließen der Abkommen oder Vereinbarungen beauftragt sind, heranziehen.

Der König legt die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise der Kommission und die Dauer des Mandats ihrer Mitglieder fest.

Art. 18 - Die Haushaltskontrollkommission erstattet dem Allgemeinen Rat, den Kommissionen, die über den Versicherungsausschuß mit dem Abschließen der Abkommen und Vereinbarungen beauftragt sind, und dem Minister vierteljährlich Bericht über die Verwaltung des Gesundheitspflegeversicherungszweiges und über seine Einnahmen und Ausgaben, insbesondere über die Aussichten auf diesem Gebiet und die verschiedenen Aspekte ihrer Entwicklung.

Die Kommission erstattet dem Allgemeinen Rat, den Kommissionen, die über den Versicherungsausschuß mit dem Abschließen der Abkommen und Vereinbarungen beauftragt sind, und dem Minister insbesondere Bericht über die Ausgaben, die auf die in Titel III Kapitel V Abschnitte I und II erwähnten Abkommen und Vereinbarungen und die vorgeschlagenen Änderungen des in den Artikeln 23 § 2 und 35 § 1 erwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen zurückzuführen sind; sie erstattet den betreffenden Fachräten Bericht über die Ausgaben, die auf diese Änderungen im Verzeichnis zurückzuführen sind. Sie übt die spezifischen Befugnisse aus, die ihr durch Artikel 51 übertragen werden.

Die Kommission verfügt im Rahmen ihres Auftrags über umfassendste Untersuchungsbefugnisse, ohne jedoch Zugriff auf individuelle Daten zu haben. Sie untersucht die Einrichtungen, die finanzielle oder haushaltmäßige Auswirkungen haben, hat Zugang zu allen Akten und Archiven und erhält von den Diensten des Instituts alle Informationen, um die sie bittet. Sie kann einige ihrer Mitglieder zu den Versammlungen der Räte, Ausschüsse, Kommissionen und anderen bei den Diensten des Instituts eingesetzten Organe entsenden, deren Tätigkeiten Auswirkungen auf die Gesundheitspflegeversicherung haben.

Die Kommission ist ebenfalls beauftragt, dem Minister, dem Allgemeinen Rat, dem Versicherungsausschuß und der Arzneimittelkommission Stellungnahmen zu allen finanziellen und haushaltmäßigen Aspekten in bezug auf die in Artikel 34 Nr. 5 erwähnten pharmazeutischen Produkte abzugeben.

Abschnitt IV — Wissenschaftlicher Rat

Art. 19 - Beim Dienst für Gesundheitspflege wird ein Wissenschaftlicher Rat eingesetzt, der beauftragt ist, alle wissenschaftlichen Aspekte im Zusammenhang mit der Gesundheitspflegeversicherung und der Qualität der Pflegeerbringung zu untersuchen. Er erteilt Empfehlungen, durch die der wissenschaftliche Fortschritt unter den besten Wirksamkeits-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsbedingungen für die Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung zugänglich gemacht werden könnte.

Die vom Wissenschaftlichen Rat abgegebenen Stellungnahmen werden dem für die Sozialfürsorge zuständigen Minister, dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister, dem Allgemeinen Rat und dem Versicherungsausschuß übermittelt.

Art. 20 - Der König ernennt den Präsidenten und die Mitglieder des Wissenschaftlichen Rates und legt die Regeln hinsichtlich seiner Arbeitsweise fest.

Abschnitt V — Gesundheitspflegeversicherungsausschuß

Art. 21 - § 1 - Beim Dienst für Gesundheitspflege wird ein Gesundheitspflegeversicherungsausschuß eingesetzt, der sich zusammensetzt aus:

- a) Vertretern der Versicherungsträger; jeder Versicherungsträger hat Anrecht auf mindestens einen Vertreter,
- b) Vertretern der repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft und der Fachkräfte der Zahnheilkunde,
- c) Vertretern der Offizinapotheker, der Krankenhausapotheker und der Apotheker-Biologen,

d) Vertretern der Verwalter der Pflegeanstalten, der in Artikel 34 Nr. 11, 12, 13 und 18 erwähnten Dienste und Einrichtungen und der Anstalten für Rehabilitation und Umschulung,

e) Vertretern der heilhilfsberuflichen Mitarbeiter,

f) Vertretern der repräsentativen Arbeitgeberorganisationen, Vertretern der repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen und Vertretern der Selbständigenorganisationen.

Die Zahl der in Absatz 1 Buchstabe b) bis e) erwähnten Mitglieder entspricht insgesamt der Zahl der in Buchstabe a) erwähnten Mitglieder.

Die in Absatz 1 Buchstabe a) bis e) erwähnten Mitglieder sind stimmberechtigt. Die in Absatz 1 Buchstabe f) erwähnten Mitglieder haben beratende Stimme.

Bei Uneinigkeit in bezug auf Beschlüsse hinsichtlich der medizinischen Honorare können die Mitglieder, die die repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft vertreten, eine Aussetzung der diesbezüglichen Beratungen des Versicherungsausschusses während eines Zeitraums von maximal zehn Tagen beantragen, damit sie die Gründe für ihre Ablehnung mitteilen können. Diese Frist kann nicht verlängert werden.

§ 2 - Der König bestimmt, wie die Mitglieder des Versicherungsausschusses vorgeschlagen werden, die Zahl der ordentlichen Mitglieder und der Ersatzmitglieder und die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des Versicherungsausschusses. Er ernennt den Präsidenten, die beiden Vizepräsidenten und die Mitglieder des Versicherungsausschusses.

Bei der Ernennung der Mitglieder ist darauf achtzugeben, daß die Vertretung von etwaigen Minderheiten gewährleistet ist.

Art. 22 - Der Versicherungsausschuß:

1. legt die jährlichen Teilhaushaltsziele der Abkommens- und Vereinbarungskommissionen fest und übermittelt dem Allgemeinen Rat seine Vorschläge, um zu einer gerechten Verteilung der Ausgaben unter die verschiedenen Zweige der Gesundheitspflegeversicherung zu kommen,

2. schlägt dem Allgemeinen Ausschuß den Haushaltsplan der Verwaltungskosten des Dienstes für Gesundheitspflege vor,

3. billigt die Abkommen und Vereinbarungen unter Berücksichtigung des Beschlusses des Allgemeinen Rates hinsichtlich ihrer Vereinbarkeit mit dem Haushaltsplan, der unter den in Artikel 16 § 1 Nr. 7 erwähnten Bedingungen gefaßt wird, unbeschadet der Möglichkeit für den Minister, innerhalb fünfzehn Tagen ab der vom Präsidenten des Versicherungsausschusses vorgenommenen Notifizierung des Beschlusses Einspruch dagegen zu erheben. Erhebt der Minister Einspruch, übt er die in Artikel 51 § 1 Absatz 4 erwähnten Befugnisse des Versicherungsausschusses aus,

4. entscheidet über die Übermittlung der Vorschläge zur Änderung des in den Artikeln 23 § 2 und 35 § 1 erwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen an den Minister,

5. übermittelt den Abkommens- und Vereinbarungskommissionen bei unzureichenden Korrekturmaßnahmen Vorschläge in bezug auf zusätzlich durchzuführende Korrekturmaßnahmen,

6. schließt auf Vorschlag des Kollegiums der Ärzte-Direktoren mit den Anstalten für Rehabilitation und Umschulung die in Artikel 23 § 3 erwähnten Abkommen,

7. erstellt die Liste der Personen, die ermächtigt sind, die in Artikel 34 Nr. 1 Buchstabe b) und c) und Nr. 4 erwähnten Leistungen zu erbringen,

8. verhängt die in Artikel 127 § 8 erwähnten Sanktionen gemäß dem vom König festgelegten Verfahren,

9. setzt die Texte der Abkommen unter den in Artikel 49 vorgesehenen Bedingungen auf,

10. schließt die in Artikel 56 erwähnten Abkommen,

11. arbeitet die im vorliegenden koordinierten Gesetz erwähnten Verordnungen in bezug auf unter anderem die Bedingungen für die Eröffnung des Anrechts auf Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung aus und legt die Bedingungen fest, unter denen die in Artikel 34 erwähnten Gesundheitsleistungen erstattet werden,

12. weist den Versicherungsträgern die in Artikel 192 erwähnten ihm zuerkannten Mittel zu gemäß den Bestimmungen von Artikel 193 § 1 Absatz 1,

13. legt die Modalitäten fest, gemäß denen die Versicherungsträger ihre Rechnungen beim Dienst für Gesundheitspflege einreichen und rechtfertigen,

14. erstellt seine Geschäftsordnung und legt sie dem König zur Billigung vor.

Abschnitt VI — Kollegium der Ärzte-Direktoren und Beirat für Rehabilitation

Art. 23 - § 1 - Beim Dienst für Gesundheitspflege wird ein Kollegium der Ärzte-Direktoren eingesetzt, das als Auftrag hat, für jeden Fall zu entscheiden, ob Rehabilitations- und Umschulungsprogramme und -leistungen zugunsten von Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung von der Gesundheitspflegeversicherung übernommen werden. Der König bestimmt die Bedingungen und Modalitäten, gemäß denen dieser Auftrag auch von den in Artikel 153 erwähnten Vertrauensärzten ausgeführt werden kann.

§ 2 - Enthält das Rehabilitations- und Umschulungsprogramm Leistungen, die in dem im vorliegenden Paragraphen und in Artikel 35 § 1 erwähnten Verzeichnis vorgesehen sind, dürfen durch das Eingreifen des Kollegiums der Ärzte-Direktoren oder der Vertrauensärzte für diese Leistungen keine anderen Erstattungsbedingungen eingeführt werden als die, die im vorerwähnten Verzeichnis vorgesehen sind.

Unbeschadet der Leistungen, die durch die in § 3 erwähnten Abkommen gedeckt sind, erstellt und ändert der König auf Stellungnahme des Kollegiums der Ärzte-Direktoren hin das Verzeichnis der in Artikel 34 Nr. 7 erwähnten Rehabilitationsleistungen und die diesbezüglichen Anwendungsregeln ab. Hierfür holt das Kollegium der Ärzte-Direktoren die Stellungnahme des Beirats für Rehabilitation ein.

Der König erstellt und ändert auf Stellungnahme des Kollegiums der Ärzte-Direktoren hin die Liste der in Artikel 34 Nr. 8 erwähnten Umschulungsleistungen und die diesbezüglichen Anwendungsregeln ab.

§ 3 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren erstellt mit den Anstalten für Rehabilitation und Umschulung Entwürfe von Abkommen, die mit ihnen zu schließen sind, und legt sie zu diesem Zweck dem Versicherungsausschuß vor. Entwürfe von Rehabilitationsabkommen werden ebenfalls dem in Artikel 17 Absatz 2 Nr. 6 erwähnten Haushalts- und Finanzberater mitgeteilt.

§ 4 - Das Kollegium leitet dem Versicherungsausschuß alle Stellungnahmen in bezug auf Anwendung, Auslegung und Änderung des in Artikel 35 § 1 erwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen zu, nachdem es diese Stellungnahmen dem zuständigen Fachrat, der seine Bemerkungen beifügt, übermittelt hat. Hat der zuständige Fachrat innerhalb einer Frist von dreißig Tagen nach Erhalt der Stellungnahme keine Bemerkungen gemacht, wird davon ausgegangen, daß er der Stellungnahme zustimmt.

Darüber hinaus leitet es dem Versicherungsausschuß und dem vorerwähnten Haushalts- und Finanzberater alle Stellungnahmen in bezug auf Anwendung und Auslegung des vorerwähnten Verzeichnisses der Rehabilitationsleistungen zu, nachdem es diese Stellungnahmen dem Beirat für Rehabilitation übermittelt hat. Hat dieser Rat innerhalb einer Frist von dreißig Tagen nach Erhalt der Stellungnahme keine Bemerkungen gemacht, wird davon ausgegangen, daß er der Stellungnahme zustimmt. Den Stellungnahmen, die dem Haushalts- und Finanzberater zugeleitet werden, ist ein vom Kollegium der Ärzte-Direktoren erstellter Bericht beigelegt, anhand dessen die finanziellen Auswirkungen dieser Stellungnahmen beurteilt werden können.

§ 5 - Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des Kollegiums der Ärzte-Direktoren werden vom König festgelegt. In diesem Kollegium führt ein vom König bestimmter Beamter des Dienstes für Gesundheitspflege, der Arzt ist, den Vorsitz.

Art. 24 - § 1 - Beim Dienst für Gesundheitspflege wird ein Beirat für Rehabilitation eingesetzt.

§ 2 - Der Beirat für Rehabilitation setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Behindertenorganisationen vorgeschlagen werden,
3. vier ordentlichen Mitgliedern und vier Ersatzmitgliedern, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Rehabilitationszentren vorgeschlagen werden; zwei ordentliche Mitglieder und zwei Ersatzmitglieder müssen Ärzte sein, die gemäß den vom König festgelegten Modalitäten und Bedingungen von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister als Fachärzte für Rehabilitation zugelassen sind,
4. vier ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den medizinischen Fakultäten der belgischen Universitäten vorgeschlagen werden,
5. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den vom König bestimmten Berufsorganisationen der heilhilfsberuflichen Mitarbeiter, die Rehabilitationsleistungen erbringen, vorgeschlagen werden,
6. vier ordentlichen Mitgliedern und vier Ersatzmitgliedern, die Doktoren der Medizin sind und in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden.

Der König kann die Zusammensetzung des vorerwähnten Rates auf Vorschlag dieses Rates auf andere Berufe ausdehnen.

§ 3 - Der Beirat für Rehabilitation ist beauftragt, für den Versicherungsausschuß:

1. die in Artikel 23 § 2 erwähnten Stellungnahmen abzugeben,
2. Stellungnahmen zu Rehabilitationsabkommen abzugeben, die der vorerwähnte Ausschuß mit den Anstalten für Rehabilitation schließen kann.

Es wird davon ausgegangen, daß diese Stellungnahmen abgegeben worden sind, wenn sie einen Monat nach ihrer Beantragung noch nicht erteilt wurden.

§ 4 - Der König legt die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des Beirates für Rehabilitation und die Dauer der Mandate der Mitglieder fest.

§ 5 - Der König ernennt den Präsidenten und die Mitglieder des Beirates für Rehabilitation.

Abschnitt VII — Besonderer Solidaritätsfonds

Art. 25 - § 1 - Beim Dienst für Gesundheitspflege wird ein besonderer Solidaritätsfonds errichtet, der durch eine Einbehaltung auf die in Artikel 191 erwähnten Einkünfte finanziert wird, deren Betrag für jedes Kalenderjahr vom Minister festgelegt wird.

§ 2 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren bewilligt den in den Artikeln 32 und 33 erwähnten Begünstigten im Rahmen der gemäß § 1 festgelegten Finanzmittel Beteiligungen an den Kosten außerordentlicher Gesundheitsleistungen, die nicht in dem in Artikel 35 § 1 erwähnten Verzeichnis aufgeführt sind, einschließlich der pharmazeutischen Produkte, die aufgrund der Verordnungsbestimmungen in bezug auf die Erstattung von pharmazeutischen Lieferungen für eine Erstattung nicht in Frage kommen und die folgende Bedingungen erfüllen:

1. teuer sein,
2. ein seltenes Leiden betreffen, das lebenswichtige Funktionen des Begünstigten beeinträchtigt,
3. einer Indikation entsprechen, die für den Begünstigten auf sozial-medizinischer Ebene eine absolute Indikation ist,
4. einen wissenschaftlichen Wert und eine Wirksamkeit aufweisen, die von den maßgebenden medizinischen Instanzen weitgehend anerkannt werden,
5. das Versuchsstadium überschritten haben,
6. von einem Arzt verschrieben sein, der auf die Behandlung des betreffenden Leidens spezialisiert ist und der ermächtigt ist, in Belgien die Heilkunde auszuüben.

Der König kann bestimmen, unter welchen Umständen der in Artikel 153 erwähnte Vertrauensarzt beschließen kann, einen Antrag nicht an das Kollegium der Ärzte-Direktoren weiterzuleiten.

Darüber hinaus kann der König nach Stellungnahme des Wissenschaftlichen Rates eine erschöpfende Liste der Leistungen erstellen, für die der besondere Solidaritätsfonds eine Beteiligung bewilligen kann. Er kann ebenfalls den Höchstbetrag der Beteiligung des Fonds festlegen.

Betrifft der Antrag auf Beteiligung pharmazeutische Produkte, gibt der Fachrat für Fertigarzneimittel oder der Pharmazeutische Fachrat, die in Artikel 27 erwähnt sind, jeder seinen Befugnissen entsprechend, dem Kollegium der Ärzte-Direktoren eine vorhergehende Stellungnahme ab.

§ 3 - Der König legt nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses das Antragsverfahren und die Zahlungsmodalitäten fest.

Der besondere Solidaritätsfonds kann nur eine Beteiligung bewilligen, wenn die in vorliegendem Artikel festgelegten Bedingungen erfüllt sind und wenn die Begünstigten ihre Rechte aufgrund belgischer oder ausländischer Rechtsvorschriften oder aufgrund eines abgeschlossenen Einzel- oder Kollektivvertrages geltend gemacht haben.

§ 4 - In Abweichung von § 2 kann das Kollegium der Ärzte-Direktoren in interessierenden Fällen beschließen, daß der besondere Solidaritätsfonds den Eigenanteil des Begünstigten für im Ausland erbrachte Gesundheitsleistungen wie auch Reise- und Aufenthaltskosten des Begünstigten und gegebenenfalls der Person, die ihn begleitet, übernimmt.

Der König bestimmt nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses die Bedingungen und Modalitäten, gemäß denen die Beteiligung bewilligt werden kann.

§ 5 - Außer im Falle betrügerischer Handlungen verjährt der Rückforderungsanspruch für die aufgrund der Paragraphen 2 bis 4 gewährten Beträge in drei Jahren ab Ende des Monats, im Laufe dessen die Zahlung geleistet worden ist.

Abschnitt VIII — Abkommens- und Vereinbarungskommissionen

Art. 26 - Die in den Artikeln 42 und 50 vorgesehenen Abkommen und Vereinbarungen werden beim Dienst für Gesundheitspflege von Abkommens- und Vereinbarungskommissionen verhandelt und geschlossen, die aus einer gleichen Zahl Vertreter der Versicherungsträger und der repräsentativen Organisationen der betreffenden Berufe, Anstalten, Dienste oder Einrichtungen bestehen.

Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise dieser Kommissionen werden vom König festgelegt. Diese Kommissionen können aus eigener Initiative den zuständigen Fachräten oder - für Leistungen, die von Personen erbracht werden, die einem Berufszweig angehören, für den es keinen Fachrat gibt - dem Versicherungsausschuß Vorschläge zur Anpassung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen unterbreiten.

In jeder dieser Kommissionen außer der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen und der Nationalen Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen führt der leitende Beamte des Dienstes für Gesundheitspflege oder sein Beauftragter den Vorsitz.

Dieser kann beschließen, daß Kommissionen zusammen tagen, wenn Fragen von gemeinsamem Interesse auf der Tagesordnung stehen.

Ein vom leitenden Beamten des Dienstes für Gesundheitspflege bestimmter Bediensteter dieses Dienstes übernimmt das Sekretariat.

Abschnitt IX — Fachräte

Art. 27 - Beim Dienst für Gesundheitspflege werden ein Medizinischer Fachrat, ein Zahnmedizinischer Fachrat, ein Fachrat für Krankenhausbehandlung, ein Fachrat für Heilgymnastik, ein Pharmazeutischer Fachrat, ein Fachrat für Fertigarzneimittel, ein Fachrat für die Beziehungen mit der Arzneimittelindustrie und ein Fachrat für Implantate eingesetzt. Diese Räte werden bei den entsprechenden Abkommens- und Vereinbarungskommissionen oder bei der Arzneimittelkommission und, mangels entsprechender Kommission, beim Versicherungsausschuß eingesetzt.

Diese Räte unterbreiten die Vorschläge und geben die Stellungnahmen ab, die in Artikel 35 § 2 erwähnt werden.

Der Medizinische Fachrat und der Zahnmedizinische Fachrat sind befugt, Stellungnahmen über die Auslegung des Verzeichnisses abzugeben, insbesondere an die beschränkten Kammern und die Berufungskommissionen, die in Artikel 141 § 1 Absatz 1 Nr. 9 beziehungsweise in Artikel 155 erwähnt sind.

Jedem Vorschlag oder jeder Stellungnahme, die in Absatz 2 und 3 erwähnt werden, muß eine schriftliche Stellungnahme des Dienstes für medizinische Kontrolle beigefügt werden. Es wird davon ausgegangen, daß diese Stellungnahme vom Dienst für medizinische Kontrolle abgegeben wurde, wenn sie fünfzehn Tage, nachdem sie bei diesem Dienst angefordert wurde, noch nicht abgegeben worden ist.

Art. 28 - § 1 - Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise der Fachräte werden vom König festgelegt. In jedem Fachrat führt eine Person den Vorsitz, die vom König auf Vorschlag des Versicherungsausschusses bestimmt wird. Die Versicherungsträger und die betreffenden Berufsorganisationen sind gemäß den vom König festgelegten Bedingungen in diesen Räten vertreten.

§ 2 - Die Zusammensetzung des Medizinischen und des Zahnmedizinischen Fachrates wird vom König festgelegt.

Zwei Drittel der stimmberechtigten Mitglieder des Medizinischen Fachrates und des Zahnmedizinischen Fachrates sind praktizierende Fachkräfte, die vom König aus den von den medizinischen Fakultäten der belgischen Universitäten und den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft beziehungsweise der Fachkräfte der Zahnheilkunde vorgeschlagenen Listen mit je zwei Kandidaten ernannt werden; ein Drittel der stimmberechtigten Mitglieder sind Ärzte oder Fachkräfte der Zahnheilkunde, die vom König aus den von den Versicherungsträgern vorgeschlagenen Listen mit je zwei Kandidaten ernannt werden.

In jedem dieser Fachräte führt ein Mitglied des Versicherungsausschusses, der Arzt oder Fachkraft der Zahnheilkunde ist, den Vorsitz; er wird vom König auf Vorschlag des betreffenden Fachrates ernannt.

Der König legt die Dauer des Mandats des Präsidenten und der Mitglieder fest.

Jeder dieser Fachräte ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden. Der Präsident ist nicht stimmberechtigt.

§ 3 - Die in Artikel 27 Absatz 2 erwähnten Vorschläge oder Stellungnahmen dieser Fachräte werden der entsprechenden Abkommens- oder Vereinbarungskommission vom jeweiligen Präsidenten übermittelt.

§ 4 - Jeder dieser Fachräte erstellt seine Geschäftsordnung, die dem König zur Billigung vorgelegt wird.

Art. 29 - Der König kann andere Fachräte einsetzen.

Abschnitt X — Profilkommissionen

Art. 30 - Beim Dienst für Gesundheitspflege werden für die vom König festzulegenden Fachbereiche Profilkommissionen eingesetzt, die beauftragt sind, eine Evaluation der Profile der Pflegebringer auf der Grundlage der in Artikel 206 Absatz 2 vorgeschriebenen statistischen Tabellen vorzunehmen.

Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise dieser Kommissionen werden vom König festgelegt. Der König ernennt den Präsidenten und die Mitglieder dieser Profilkommissionen.

Abschnitt XI — Arzneimittelkommission

Art. 31 - § 1 - Beim Dienst für Gesundheitspflege wird eine Arzneimittelkommission eingesetzt, die sich zusammensetzt aus:

1. Vertretern der Versicherungsträger,
2. Vertretern der repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft,
3. Vertretern der repräsentativen Organisationen der Apotheker,
4. Vertretern der repräsentativen Organisationen der Arzneimittelindustrie.

Der König legt die Zahl der Vertreter und die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise der Kommission fest und ernennt den Präsidenten und die Mitglieder.

§ 2 - Die Arzneimittelkommission:

1. wacht über die Einhaltung der Wachstumsnorm für die Ausgaben und des jährlichen Teilhaushaltszieles im Arzneimittelbereich,
2. fordert die zuständigen Fachräte auf, Vorschläge zur Einhaltung des jährlichen Teilhaushaltszieles vorzulegen,
3. übermittelt den für die Sozialfürsorge und für die Wirtschaftsangelegenheiten zuständigen Ministern eine Stellungnahme über die Entwürfe von Preis-Volumen-Verträgen, die aufgrund von Artikel 72 geschlossen werden,
4. analysiert die Evaluationsberichte der betreffenden Profilkommission und die Stellungnahmen der Haushaltskontrollkommission und macht alle diesbezüglich nützlichen Vorschläge.

§ 3 - Stellungnahmen und Vorschläge der Arzneimittelkommission werden dem Allgemeinem Rat, dem Versicherungsausschuß und der Haushaltskontrollkommission übermittelt.

KAPITEL II — Anwendungsbereich

Art. 32 - Begünstigte der in Titel III Kapitel III des vorliegenden koordinierten Gesetzes erwähnten Gesundheitsleistungen unter den durch dieses Gesetz vorgesehenen Bedingungen sind:

1. Arbeitnehmer, auf die die Gesundheitspflegepflichtversicherung aufgrund des Gesetzes vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer anwendbar ist, einschließlich der Arbeitnehmer, die eine Entschädigung aufgrund einer ordnungswidrigen Vertragsauflösung beziehen, die ab dem 1. Juli 1970 erfolgt ist, während des durch diese Entschädigung gedeckten Zeitraums, oder Arbeitnehmer, auf die der Gesetzerlaß vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen anwendbar ist,
2. Arbeitnehmer, die als arbeitsunfähig anerkannt sind, oder Arbeitnehmerinnen, die sich im Sinne des vorliegenden koordinierten Gesetzes in Mutterschaftsruhe befinden,
3. Arbeitnehmer unter kontrollierter Arbeitslosigkeit,
4. Arbeitnehmerinnen, die im Anschluß an einen in den Nummern 1, 2, 3, 5 oder 6 erwähnten Zeitraum ihre Arbeit unterbrechen oder die Arbeit nicht wiederaufnehmen, um - frühestens ab dem fünften Monat der Schwangerschaft - zu ruhen,
5. Arbeitnehmer, die, um nicht länger arbeitslos zu sein, Hausarbeit verrichten und die für die Anwendung der Regelung der Arbeitslosenversicherung weiterhin die Eigenschaft als Lohnempfänger behalten,
6. Arbeitnehmer, die sich in einer interessierenden sozialen Lage befinden und auf die die belgischen Rechtsvorschriften in bezug auf die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer nicht mehr anwendbar sind; in diesem Fall ist das Anrecht auf Gesundheitsleistungen auf einen bestimmten Zeitraum, «Zeitraum fortgesetzter Versicherung» genannt, beschränkt,
7. Arbeitnehmer, die aufgrund der Rechtsvorschriften in bezug auf die Ruhestands- und Hinterbliebenenpensionen der Arbeitnehmer Anrecht auf eine Ruhestandspension haben oder aufgrund eines auf das Personal eines Unternehmens anwendbaren besonderen Statuts Anrecht auf eine Vorpension haben,
8. Arbeitnehmer, die als Bergarbeiter Anrecht auf eine Invaliditäts- oder Ruhestandspension haben,
9. Personen, die eine Ruhestandspension oder einen als solche geltenden Vorteil beziehen, die/der durch oder aufgrund eines Gesetzes oder durch eine Regelung, die nicht die Pensionsregelung der Lohnempfänger ist, festgelegt ist und aufgrund einer Beschäftigung im öffentlichen Sektor oder in einer Unterrichtsanstalt gewährt wird, aufgrund deren das Gesetz vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer anwendbar ist, jedoch lediglich was die Gesundheitspflegepflichtversicherungsregelung betrifft,
10. Personen, die als statutarische Bedienstete der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen Anrecht auf eine Ruhestands- oder Invaliditätspension haben,
11. Personen, die infolge der Gewährung einer Ruhestands- oder Hinterbliebenenpension oder eines als solche geltenden Vorteils, die/der durch oder aufgrund eines Gesetzes oder durch eine Regelung, die nicht die Pensionsregelung der Arbeitnehmer ist, festgelegt ist, das Anrecht auf eine in Nr. 7 oder 8 erwähnte Pension verlieren,
12. Witwer und Witwen der vorerwähnten Arbeitnehmer,
13. Personen zu Lasten der in den Nummern 1 bis 12 und 16 erwähnten Berechtigten,
14. Personen zu Lasten der in den Nummern 1 bis 12 und 16 erwähnten Berechtigten, die ihrer Milizpflicht nachkommen,
15. Personen zu Lasten von Arbeitnehmern belgischer Staatsangehörigkeit, auf die ausländische Rechtsvorschriften im Bereich der sozialen Sicherheit anwendbar sind, wenn sie in Belgien sind oder nach Belgien zurückkommen, während diese Arbeitnehmer ihrer Milizpflicht nachkommen,
16. Kinder der in den Nummern 1 bis 12 erwähnten Berechtigten, die Vollwaisen sind und Kinderzulagen beziehen.

Der König bestimmt, was unter «kontrollierter Arbeitslosigkeit», «Person zu Lasten» und den in Nr. 16 erwähnten «Kindern der Berechtigten» zu verstehen ist.

Art. 33 - Der König kann die Anwendung des vorliegenden koordinierten Gesetzes durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß ganz oder teilweise ausdehnen:

1. auf Selbständige und Helfer, auf die die Rechtsvorschriften zur Einführung eines Sozialstatuts für Selbständige anwendbar sind,
2. auf Mitglieder von Glaubensgemeinschaften, die nicht in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 erwähnt sind,
3. auf die vom König bestimmten Kategorien von Personen, auf die das Dekret vom 4. August 1959 zur Ersetzung des Dekretes vom 5. September 1955 über die Gesundheitspflegeversicherung der administrativen und militärischen Bediensteten und ehemaligen Bediensteten, der Berufsmagistrate und ehemaligen Berufsmagistrate und der Bediensteten und ehemaligen Bediensteten des gerichtlichen Standes und der Gerichtspolizei bei den Staatsanwaltschaften vor dem 1. Januar 1994 anwendbar war,
4. auf Personen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes als unfähig anerkannt sind, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen,
5. auf Studenten, die in einer Lehranstalt für Tagesunterricht einem Unterricht der dritten Stufe folgen. Der König bestimmt die Verpflichtungen, denen diese Anstalten nachkommen müssen, um das Aufspüren der Versicherungspflichtigen zu ermöglichen,

6. auf andere Personen als die in den Nummern 1 bis 5 erwähnten Personen, die im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 8. August 1983 zur Organisation eines Nationalregisters der natürlichen Personen ihren Hauptwohntort in Belgien haben.

Dieser Erlaß kann zu diesem Zweck die Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes anpassen, insbesondere was die Zusammensetzung des Allgemeinen Ausschusses, des Allgemeinen Rates und des Versicherungsausschusses betrifft. Er kann auch festlegen, wie die Beiträge berechnet und eingezogen werden.

Der König legt unter Berücksichtigung der in Titel IX vorgesehenen Bestimmungen, die Er zu diesem Zweck anpassen kann, die Höhe und Verteilung der staatlichen Subvention fest, die zugunsten der in Absatz 1 Nr. 1 erwähnten Personen für die Versicherung bestimmt ist.

Beim Institut wird ein Fachausschuß eingesetzt, der Stellungnahmen über alle Angelegenheiten in bezug auf Selbständige abgibt.

KAPITEL III — Gesundheitsleistungen

Art. 34 - Die Gesundheitsleistungen betreffen sowohl Präventiv- als auch Kurativpflege. Sie umfassen:

1. gewöhnliche Pflege, zu der folgende Leistungen gehören:
 - a) Besuche und Konsultationen der Allgemeinmediziner und Fachärzte,
 - b) Pflege, die von Fachkräften für Krankenpflege erbracht wird,
 - c) Pflege, die von Heilgymnasten erbracht wird,
 - d) technische Diagnose- und Behandlungsleistungen, die keine fachärztliche Qualifikation erfordern,
 - e) erhaltende wie auch heilende Zahnpflege einschließlich Zahnprothesen,
 2. Entbindungen,
 3. Leistungen, die eine gemäß Artikel 215 §§ 4 und 5 zugelassene besondere Qualifikation als Facharzt, Apotheker oder Lizentiat der Wissenschaften erfordern,
 4. Liefern von Brillen oder anderen Augenprothesen, Hörgeräten, Implantaten, orthopädischen Apparaten und anderen Prothesen,
 5. Liefern von pharmazeutischen Produkten, zu denen folgende Produkte gehören:
 - a) magistrale Präparate,
 - b) Fertigarzneimittel,
 - c) Generica,
 6. Krankenhausaufenthalt zur Beobachtung und Behandlung,
 7. für Rehabilitation erforderliche Pflege,
 8. für Umschulung erforderliche Leistungen,
 9. Unterbringung:
 - a) in einem Erholungsheim und in einer Kolonie für schwache Kinder im Rahmen der Tuberkulosevorbeugung,
 - b) in Krippen, in Schutzeinrichtungen oder in Familien im Rahmen des Schutzes der Kinder vor Tuberkuloseansteckung,
 10. Reisekosten der Kranken, die in ein Sanatorium für Lungentuberkulose eingewiesen werden müssen oder die in Anti-Krebszentren oder in Nierendialysezentren ambulant behandelt werden, sowie Fahrtkosten, die mit den in Nr. 7 beziehungsweise Nr. 8 erwähnten Rehabilitations- und Umschulungsleistungen verbunden sind.
- Der König kann die Leistungen auf Reisekosten von Kranken, die für andere von Ihm zu bestimmende Krankheiten behandelt werden, ausdehnen,
11. Leistungen, die von Diensten oder in Einrichtungen erbracht werden, die in Anwendung von Artikel 5 des Gesetzes vom 27. Juni 1978 zur Abänderung der Rechtsvorschriften über die Krankenhäuser und betreffend bestimmte andere Formen der Pflegeerbringung zugelassen sind, insofern sie in direktem Zusammenhang mit dieser besonderen Zulassung stehen,
 12. Leistungen, die von Diensten oder in Einrichtungen erbracht werden, die in Anwendung von Artikel 5 des Gesetzes vom 27. Juni 1978 zur Abänderung der Rechtsvorschriften über die Krankenhäuser und betreffend bestimmte andere Formen der Pflegeerbringung zugelassen sind, und die nicht in direktem Zusammenhang mit dieser besonderen Zulassung stehen, Leistungen, die in Altenheimen erbracht werden, die in Anwendung von Artikel 2 des Gesetzes vom 12. Juli 1966 über die Altenheime zugelassen sind, und Leistungen, die in Einrichtungen erbracht werden, die zwar nicht als Altenheime zugelassen sind, aber gemeinsamer Wohnsitz oder Wohnort von Betagten sind und den vom König festgelegten Bedingungen entsprechen,
 13. im Rahmen der Hauspflege erforderliche Pflege,
 14. Thermalkuren, die an einem der 430 vom König bestimmten Plätze in einer der Einrichtungen erbracht werden, die am 31. Dezember 1986 in Anwendung des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser als Dienste für Bäderwesen (S) zugelassen waren,
 15. Liefern von Muttermilch, Blut und Blutderivaten,
 16. Liefern von Gipsverbänden und anderen Gipsmaterialien,
 17. Abgabe von Organen und Gewebe menschlichen Ursprungs unter den Bedingungen, die durch oder aufgrund des Gesetzes vom 13. Juni 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen festgelegt sind,
 18. Unterbringung im Rahmen des begleiteten Wohnens und in Durchgangsheimen.

Art. 35 - § 1 - Der König legt das Verzeichnis der Gesundheitsleistungen fest.

In diesem Verzeichnis werden diese Leistungen aufgezählt, wird der relative Wert dieser Leistungen festgelegt und werden insbesondere die Regeln für seine Anwendung und die erforderliche Qualifikation der Person, die jeweils ermächtigt ist, diese Leistungen zu erbringen, bestimmt. Gegebenenfalls können verschiedene Tarife für eine selbe Leistung angewendet werden, je nachdem, ob der Pflegeerbringer im Verzeichnis vorgesehene zusätzliche Bedingungen, die nicht die Bedingungen in bezug auf die Qualifikation sind, erfüllt oder nicht. Das Verzeichnis der Leistungen, die in Artikel 34 Nr. 4 - was die Implantate betrifft - und Nr. 5 erwähnt sind, wird aufgrund der Zulassungskriterien festgelegt, die der König bestimmt und gemäß denen diese Leistungen in verschiedene Kategorien eingeteilt werden können. Diese Zulassungskriterien betreffen Preis und Bedingungen therapeutischer und sozialer Art.

Der König kann unter den in § 2 vorgesehenen Bedingungen Änderungen in dem vorerwähnten Verzeichnis anbringen. Die Tarife, die sich aus dem Verzeichnis ergeben, sind für alle Fachkräfte der Heilkunst die maximalen Honorare, die für Leistungen verlangt werden können, die im Rahmen eines organisierten Bereitschaftsdienstes erbracht werden.

Der König bestimmt die in Artikel 34 Nr. 11, 12 und 13 erwähnten Leistungen und die Bedingungen, unter denen sich die Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten dieser Leistungen beteiligt.

Der König bestimmt die Bedingungen, unter denen sich die Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten der in Artikel 34 Nr. 6 und in Artikel 34 Nr. 18 erwähnten Leistungen beteiligt.

Die in Artikel 34 Nr. 14 erwähnten Leistungen umfassen Gesundheitsleistungen gleich welcher Art, die im Rahmen einer Thermalkur während des Aufenthaltes an einem der betreffenden Plätze zugunsten des Begünstigten erbracht werden. Der König legt die Kosten dieser Leistungen fest und bestimmt, unter welchen Bedingungen sich die Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten dieser Leistungen beteiligt.

§ 2 - Der König kann Änderungen in dem in § 1 erwähnten Verzeichnis der Gesundheitsleistungen vornehmen:

1. auf der Grundlage des Vorschlags, der vom zuständigen Fachrat aus eigener Initiative gemacht und der entsprechenden Abkommens- oder Vereinbarungskommission vorgelegt wird, die über seine Weiterleitung an den Versicherungsausschuß entscheidet,

2. auf der Grundlage des Vorschlags, der vom zuständigen Fachrat auf Antrag der entsprechenden Abkommens- oder Vereinbarungskommission gemacht wird, die über seine Weiterleitung an den Versicherungsausschuß entscheidet,

3. auf der Grundlage des von der zuständigen Abkommens- oder Vereinbarungskommission, vom Minister oder vom Versicherungsausschuß ausgearbeiteten Vorschlags, dessen ursprünglicher Text beibehalten wird oder der abgeändert wird, nachdem er dem zuständigen Fachrat zur Stellungnahme vorgelegt worden ist; es wird davon ausgegangen, daß diese Stellungnahme abgegeben worden ist, wenn sie einen Monat nach ihrer Beantragung noch nicht erteilt wurde.

Das in Nr. 3 erwähnte Verfahren kann angewendet werden:

a) wenn der zuständige Fachrat dem in Nr. 2 erwähnten Vorschlagsantrag nicht innerhalb eines Monats ab dem Antrag nachkommt,

b) wenn der zuständige Fachrat einen Vorschlag macht, der der im Antrag enthaltenen Zielsetzung nicht entspricht; in diesem Fall muß die Ablehnung des Vorschlags des zuständigen Fachrates mit Gründen versehen werden,

4. auf der Grundlage des in Artikel 51 § 3 vorgesehenen Verfahrens,

5. auf der Grundlage des in Artikel 68 § 1 erwähnten Verfahrens.

Gibt es für den betreffenden Beruf keinen Fachrat, werden die vorerwähnten Befugnisse von der zuständigen Abkommenskommission ausgeübt.

Art. 36 - Auf Vorschlag der in Artikel 50 erwähnten Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen und nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses kann der König unter Berücksichtigung der ärztlichen Berufspflichten die Regeln bestimmen, gemäß denen die Gesundheitspflegeversicherung die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern, zwischen Fachärzten und zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten fördert im Hinblick auf eine optimale Organisation dieser Versicherung. Gegebenenfalls kann die Anwendung dieser Regeln auf bestimmte Regionen, auf bestimmte Kategorien von Begünstigten oder auf bestimmte Leistungen begrenzt werden.

Der König kann gemäß dem in Absatz 1 definierten Verfahren die Folgen der Mißachtung dieser Regeln auf die von der Versicherung gewährten Beteiligungen bestimmen.

Der Versicherungsausschuß gibt dem König Stellungnahmen zu den in Absatz 1 und 2 erwähnten Vorschlägen ab.

Der Minister kann die Frist bestimmen, innerhalb deren die in vorliegendem Artikel erwähnten Vorschläge und Stellungnahmen abgegeben werden müssen.

Werden die erwähnten Vorschläge und Stellungnahmen nicht fristgerecht abgegeben oder schließt der Minister sich ihnen nicht an, kann der Minister dem Versicherungsausschuß und der Kommission Ärzte-Krankenkassen seinen eigenen Vorschlag zwecks Stellungnahme übermitteln. Er legt die Frist fest, innerhalb deren die Stellungnahmen abgegeben werden müssen. Nach Verstreichen dieser Frist kann er seinen Vorschlag, der wenn nötig den vorerwähnten Stellungnahmen angepaßt wurde, dem König zur Billigung vorlegen.

Art. 37 - § 1 - Für die in Artikel 34 Nr. 1 erwähnten Pflegeleistungen ist die Beteiligung der Versicherung auf 75 Prozent der vertraglichen Honorare, so wie sie in Artikel 44 §§ 1 und 2 festgelegt sind, der Honorare, die in den in Artikel 50 erwähnten Vereinbarungen vorgesehen sind, oder der Honorare, die vom König festgelegt sind in Ausführung von Artikel 52 des Gesetzes vom 14. Februar 1961 über den Wirtschaftsaufschwung, den sozialen Fortschritt und die Sanierung der Finanzen oder in Ausführung von Artikel 49 § 5 Absatz 2 oder Artikel 50 § 11 Absatz 1, festgelegt.

Für Pensionierte, Witwer und Witwen, Waisen und Begünstigte von Invaliditätsentschädigungen, die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 und 16 beziehungsweise in Artikel 93 erwähnt sind, deren Einkünfte, so wie sie vom König bestimmt sind, einen von Ihm festgelegten jährlichen Betrag nicht übersteigen, und für Personen zu ihren Lasten wird die Beteiligung der Versicherung auf 90 Prozent der sie betreffenden Tarife festgelegt, außer für Konsultationen der Fachärzte, für die die Beteiligung der Versicherung 85 Prozent der sie betreffenden Tarife beträgt.

Der König kann unter Bedingungen, die Er bestimmt, auf Vorschlag oder nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses die Beteiligung des Begünstigten streichen oder auf einen von Ihm festgelegten Betrag beschränken; dieser Betrag darf 25 Prozent der Kosten der Leistung oder einer Gruppe von Leistungen, so wie sie aus dem Abkommen oder der Vereinbarung hervorgehen, nicht übersteigen.

Der König kann unter Bedingungen, die Er bestimmt, den Eigenanteil der Begünstigten an den Kosten der Heilgymnastik- und Physiotherapieleistungen, so wie diese Leistungen in dem in Artikel 35 § 1 erwähnten Verzeichnis der Gesundheitsleistungen aufgeführt sind, erhöhen, ungeachtet der Qualifikation des Pflegeerbringers. Dieser Eigenanteil darf 40 Prozent der festgelegten Kosten jedoch nicht übersteigen. Für Pensionierte, Witwer und Witwen, Waisen und Begünstigte von Invaliditätsentschädigungen, die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 und 16 beziehungsweise in Artikel 93 erwähnt sind, deren Einkünfte, so wie sie vom König bestimmt sind, einen von Ihm festgelegten jährlichen Betrag nicht übersteigen, und für Personen zu ihren Lasten darf dieser Eigenanteil 20 Prozent der sie betreffenden Tarife jedoch nicht übersteigen.

Der König kann für ein und dieselbe Leistung einen unterschiedlichen Eigenanteil festlegen, je nachdem ob der Pflegeerbringer zusätzliche nicht die Qualifikation betreffende Bedingungen, so wie sie in Artikel 35 § 1 Absatz 2 vorgesehen sind, erfüllt oder nicht.

§ 2 - Ein Teil der Kosten der in Artikel 34 Nr. 5 erwähnten Leistungen kann unter den vom König bestimmten Bedingungen durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß zu Lasten des Begünstigten gelassen werden.

Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen dieser Eigenanteil für Pensionierte, Witwer und Witwen, Waisen und Begünstigte von Invaliditätsentschädigungen, die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 und 16 beziehungsweise in Artikel 93 erwähnt sind, deren Einkünfte, so wie sie vom König bestimmt sind, einen von Ihm festgelegten jährlichen Betrag nicht übersteigen, und für Personen zu ihren Lasten gestrichen oder gesenkt werden kann.

§ 3 - Für die in Artikel 34 Nr. 5 Buchstabe *b)* und *c)* erwähnten pharmazeutischen Produkte, die an Begünstigte, die sich in einem Krankenhaus aufhalten, abgegeben werden, kann der König besondere Regeln in bezug auf die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung und den Eigenanteil des Begünstigten vorsehen.

Dieser Eigenanteil kann aus einem festen Betrag pro Pflage tag bestehen, der zu Lasten aller Begünstigten geht, die sich in einem Krankenhaus aufhalten, für die Gesamtheit der im vorhergehenden Absatz erwähnten pharmazeutischen Produkte, die dort abgegeben werden. Der Eigenanteil des Begünstigten kann auch die im vorhergehenden Absatz erwähnten pharmazeutischen Produkte betreffen, die nicht in dem in Artikel 35 § 1 erwähnten Verzeichnis aufgeführt sind.

Krankenhäuser dürfen den Begünstigten für die Kosten der vorerwähnten pharmazeutischen Produkte keine anderen Beträge anrechnen als den Eigenanteil, so wie er vom König festgelegt ist.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß gemäß dem Verfahren, das Er bestimmt, beschließen, daß die Beteiligung der Versicherung für die in Absatz 1 erwähnten pharmazeutischen Produkte, die Er bestimmt, ganz oder teilweise aus einem pro Pflage tag festgelegten Pauschalbetrag bestehen kann.

§ 4 - Der König kann unter Bedingungen, die Er bestimmt, entweder für alle Begünstigten oder für Kategorien von Begünstigten einen einheitlichen Eigenanteil an den Kosten der pharmazeutischen Produkte vorsehen.

§ 5 - Werden die in Artikel 34 Nr. 2, 3 und 4 erwähnten Leistungen von Fachärzten erbracht, ist die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung festgelegt auf 100 Prozent der Honorare und Preise, die festgelegt sind durch die in den Artikeln 42 und 50 erwähnten Abkommen oder Vereinbarungen, durch das in Artikel 51 § 1 Absatz 6 Nr. 2 erwähnte Dokument oder aber vom König in Ausführung von Artikel 52 des Gesetzes vom 14. Februar 1961 über den Wirtschaftsaufschwung, den sozialen Fortschritt und die Sanierung der Finanzen oder in Ausführung von Artikel 49 § 5 Absatz 2 oder Artikel 50 § 11 Absatz 1.

Der König kann jedoch einen Eigenanteil der Begünstigten an den Kosten bestimmter in Artikel 34 Nr. 3 und 4 erwähnter Leistungen vorsehen.

Dieser Eigenanteil kann für ein und dieselbe Leistung unterschiedlich sein, je nachdem ob der Pflage erbringer zusätzliche nicht die Qualifikation betreffende Bedingungen, so wie sie in Artikel 35 § 1 Absatz 2 vorgesehen sind, erfüllt oder nicht.

§ 6 - Für die in Artikel 34 Nr. 7 und 8 erwähnten Leistungen ist die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung auf 100 Prozent der Preise und Honorare festgesetzt, die durch die in Artikel 22 Nr. 6 erwähnten Abkommen festgelegt sind.

Diese Beteiligung kann unter Bedingungen, die vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß festgelegt werden, gesenkt werden.

Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die Höhe der Honorare fest, die Pflage erbringer, für die es kein Abkommen im Sinne von Artikel 42 gibt, bei Strafe der in Artikel 170 erwähnten Sanktionen einzuhalten verpflichtet sind für die in Artikel 34 Nr. 7 erwähnten Leistungen, die nicht im Rahmen der in Artikel 22 Nr. 6 erwähnten Abkommen erbracht werden. Zu diesem Zweck kann Er auf die Multiplikatoren verweisen, die in den in Artikel 42 erwähnten Abkommen festgelegt sind und die auf die in Artikel 35 § 1 erwähnten relativen Werte angewendet werden. Er bestimmt ebenfalls durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die Höhe der Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den Preisen und Honoraren für diese Leistungen.

§ 7 - Für die in Artikel 34 Nr. 6 erwähnten Leistungen wird die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung gemäß den einschlägigen Bestimmungen festgelegt, die durch das am 7. August 1987 koordinierte Gesetz über die Krankenhäuser vorgesehen sind. In den anderen Fällen wird sie vom Minister festgelegt.

Diese Beteiligung kann unter den Bedingungen, die vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß festgelegt werden, gesenkt werden.

§ 8 - Der König legt die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung für die in Artikel 34 Nr. 15 und 16 erwähnten Leistungen fest und bestimmt die Bedingungen, denen die Beteiligung unterliegt.

§ 9 - Der König legt die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung für die in Artikel 34 Nr. 17 erwähnten Leistungen, die Er bestimmt, fest und bestimmt die Bedingungen, denen die Beteiligung unterliegt.

§ 10 - Die in Artikel 44 § 2 erwähnten Fahrtkosten und die durch die in Artikel 50 erwähnten Abkommen vorgesehenen Fahrtkosten werden zu 75 Prozent von der Gesundheitspflegeversicherung erstattet, wenn der Begünstigte zu Hause gepflegt wird oder wenn die Fahrtkosten auf die Tatsache zurückzuführen sind, daß ein Arzt vom Hausarzt zur Beratung herangezogen wird.

Im ersten Fall können die Modalitäten der Bewilligung dieser Beteiligung in den Vereinbarungen und Abkommen festgelegt werden.

Der König kann den Eigenanteil an den Fahrtkosten auf einen Pauschalbetrag festlegen, der jedoch 50 Prozent der betreffenden Kosten nicht übersteigen darf.

§ 11 - Die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den in Artikel 34 Nr. 9 Buchstabe *a)* und Nr. 10 erwähnten Unterbringungs- und Reisekosten wird vom Minister festgelegt.

§ 12 - Der Minister legt auf Vorschlag des Versicherungsausschusses die Beteiligung für die in Artikel 34 Nr. 11, 12 und 13 erwähnten Leistungen fest.

Die Bewilligung dieser Beteiligung schließt jede besondere Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten der Gesundheitspflege aus, die in dem in Artikel 34 Nr. 11, 12 und 13 erwähnten Pflage paket, so wie es vom König bestimmt worden ist, aufgeführt ist.

§ 13 - Der König legt die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung für die in Artikel 34 Nr. 14 erwähnten Leistungen fest.

Die Bewilligung dieser Beteiligung schließt jede besondere Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten der in Artikel 34 Nr. 14 erwähnten Gesundheitsleistungen, so wie sie in Artikel 35 § 1 Absatz 6 definiert sind, aus.

Diese Beteiligung kann unter Bedingungen, die vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß festgelegt werden, gesenkt werden.

§ 14 - Für die in Artikel 34 Nr. 18 erwähnten Leistungen wird die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung gemäß den einschlägigen Bestimmungen, die durch das am 7. August 1987 koordinierte Gesetz über die Krankenhäuser und seine Ausführungserlasse vorgesehen sind, festgelegt.

Diese Beteiligung kann unter Bedingungen, die vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß festgelegt werden, gesenkt werden.

§ 15 - Für die in Artikel 68 § 2 erwähnten Leistungen bleibt der Eigenanteil des Begünstigten auf dem Niveau, das auf den nicht herabgesetzten Tarif anwendbar war.

Für die in Artikel 34 Nr. 1 Buchstabe a) erwähnten Leistungen, für die in Anwendung von Artikel 77 unterschiedliche Honorare angewendet werden, bleibt der Eigenanteil des Begünstigten auf dem Niveau, das gültig wäre, wenn Artikel 77 nicht angewendet würde.

§ 16 - Der König kann beschließen, daß die Beteiligung der Versicherung für von Ihm bestimmte Gesundheitsleistungen, für die Artikel 96 oder Artikel 107bis des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser anwendbar ist, ganz oder teilweise gestrichen wird.

§ 17 - Der Eigenanteil des Begünstigten an den in diesem Artikel erwähnten Pflegekosten ist in jedem Fall einforderbar. Dieser Eigenanteil muß gezwungenermaßen für Leistungen der klinischen Biologie kassiert werden, für die ein solcher Anteil vom König vorgesehen ist. Der König kann diese Verpflichtung auf andere Leistungen ausdehnen oder Abweichungen von dieser Verpflichtung vorsehen. Er legt die Modalitäten der Anwendung dieser Bestimmung fest.

§ 18 - Der König kann ab dem 1. Januar 1994 durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß und nach Stellungnahme des Allgemeinen Rates die Höhe der Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten der in Artikel 34 erwähnten Leistungen den Einkünften und der Haushaltszusammensetzung des Begünstigten entsprechend anpassen.

Zu diesem Zweck kann der König insbesondere bestimmen:

1. für welche Kategorien von Begünstigten die Beteiligung der Versicherung angepaßt wird,
2. für welche Leistungen eine Anpassung in Frage kommt,
3. welche Einkünfte der in Nr. 1 erwähnten Begünstigten bei der Anpassung berücksichtigt werden,
4. welcher Teil der Beteiligung der Versicherung angepaßt wird.

Der zusätzliche Eigenanteil, der sich aus der Anwendung des vorliegenden Paragraphen ergibt, kann nicht Gegenstand eines Einzel- oder Kollektivversicherungsvertrages, einer von den Krankenkassen oder Krankenkassenlandesverbänden organisierten Dienstleistung oder irgendeiner anderen Erstattung in gleich welcher Form sein. Jede Bestimmung, die im Widerspruch zum vorliegenden Absatz steht, ist von Rechts wegen nichtig.

Das Versicherungskontrollamt, das Kontrollamt der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände und der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle des Instituts können je nach Fall jeder im vorhergehenden Absatz erwähnten natürlichen oder juristischen Person eine administrative Geldstrafe von 100.000 Franken pro Versicherten auferlegen. Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die Bedingungen und Modalitäten fest und bestimmt die Beamten, die mit der Kontrolle und Aufsicht über die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Paragraphen beauftragt sind.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß Abweichungen von dem in Absatz 3 erwähnten Verbot vorsehen gemäß den Bedingungen und in den Grenzen, die Er festlegt.

KAPITEL IV — *Erstellung des Haushaltsplans der Gesundheitspflege*

Art. 38 - Die Abkommens- und Vereinbarungskommissionen bestimmen jede für ihren Bereich die Mittel, die sie für die Finanzierung der Bedürfnisse ihres Sektors als unerläßlich erachten. Zu diesem Zweck holen sie die Stellungnahme des entsprechenden Fachrates ein.

Die Quartalsberichte der Haushaltskontrollkommission werden ebenfalls berücksichtigt.

Art. 39 - Der Versicherungsausschuß untersucht alle Angaben, die von den zuständigen Kommissionen übermittelt werden.

Der Versicherungsausschuß kann gegebenenfalls die zuständigen Kommissionen durch einen mit Gründen versehenen Antrag auffordern, die Bedürfnisse ihrer Untergruppen neu zu bewerten.

Der Versicherungsausschuß macht einen globalen Vorschlag, in dem er die besonderen Bedürfnisse der Untergruppen berücksichtigt, und übermittelt diesen Vorschlag dem Allgemeinen Rat und der Haushaltskontrollkommission.

Art. 40 - § 1 - Unter Berücksichtigung des in Artikel 39 erwähnten globalen Vorschlags des Versicherungsausschusses und der Stellungnahme der Haushaltskontrollkommission und vor dem 1. Juli des Jahres, das dem Haushaltsjahr vorangeht, billigt der Allgemeine Rat das jährliche Globalhaushaltsziel der Gesundheitspflegeversicherung und schlägt die globalen Finanzmittelhaushalte für die Leistungen oder Leistungsgruppen vor, auf die diese Regelung anwendbar ist.

Bei der Billigung des jährlichen Globalhaushaltsziels der Gesundheitspflegeversicherung muß der Allgemeine Rat die durch Gesetz festgelegte reelle Wachstumsnorm der Gesundheitspflegeausgaben berücksichtigen. Für 1995 und 1996 wird diese Norm auf 1,5 Prozent festgelegt, ausgehend von einem Betrag in Höhe von 395 Milliarden Franken für das Haushaltsjahr 1994.

§ 2 - Wird das Haushaltsziel nicht gebilligt, setzt der Allgemeine Rat den Minister davon in Kenntnis. In diesem Fall legt der Ministerrat auf Vorschlag des Ministers den Betrag des jährlichen Globalhaushaltszieles der Gesundheitspflegeversicherung und die globalen Finanzmittelhaushalte für die Leistungen oder Leistungsgruppen fest, auf die diese Regelung anwendbar ist.

§ 3 - Der Allgemeine Rat oder je nach Fall der Minister übermittelt dem Versicherungsausschuß die Beschlüsse in bezug auf das jährliche Globalhaushaltsziel und die globalen Finanzmittelhaushalte. Aufgrund dieser Beschlüsse legt der Versicherungsausschuß die jährlichen Teilhaushaltsziele fest, die er den Abkommens- und Vereinbarungskommissionen übermittelt.

Art. 41 - Auf Vorschlag oder Stellungnahme des Allgemeinen Rates kann der König die in Artikel 51 § 1 erwähnten Daten und Fristen anpassen.

KAPITEL V — *Beziehungen mit den Pflegebringern, Diensten und Anstalten**Abschnitt I - Abkommen*

A. Allgemeine Bestimmungen

Art. 42. - Normalerweise werden die finanziellen und administrativen Beziehungen zwischen den Begünstigten und den Versicherungsträgern einerseits und den Apothekern, Pflegeanstalten, Hebammen, Fachkräften für Krankenpflege, Heilgymnasten, Lieferern von Prothesen, Apparaten und Implantaten und den in Artikel 34 Nr. 11, 12 und 18 erwähnten Diensten und Einrichtungen andererseits durch Abkommen geregelt.

Der König regelt die finanziellen und administrativen Beziehungen zwischen den Begünstigten und den Versicherungsträgern einerseits und den Pflegebringern, die die in Artikel 34 Nr. 13, 14, 15 und 16 erwähnten Leistungen erbringen, andererseits.

B. Abkommen mit den Hebammen,
Fachkräften für Krankenpflege, Heilgymnasten
und Lieferern von Prothesen, Apparaten und Implantaten

Art. 43 - Gibt es auf nationaler Ebene kein Abkommen mit den Hebammen, Fachkräften für Krankenpflege, Heilgymnasten und Lieferern von Prothesen, Apparaten und Implantaten, weil dieses Abkommen nicht geschlossen worden, nicht gebilligt worden oder gegenstandslos geworden ist, können alle Versicherungsträger und die beteiligten Berufsorganisationen unmittelbar regionale Abkommen verhandeln und schließen.

Diese Abkommen werden in regionalen Kommissionen geschlossen, in denen eine gleiche Zahl Vertreter der Versicherungsträger und Vertreter der Organisationen, die für die beteiligten Berufe in der betreffenden Region repräsentativ sind, zusammenkommen. Für die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Artikels kann der König bestimmen, was unter 'Region' zu verstehen ist.

Gibt es ein Abkommen auf nationaler Ebene, können regionale Abkommen, insofern sie zusätzliche Bestimmungen enthalten, mittels Billigung des Versicherungsausschusses geschlossen werden beziehungsweise in Kraft bleiben.

Art. 44 - § 1 - In den Abkommen in bezug auf die Hebammen, Fachkräfte für Krankenpflege, Heilgymnasten und Lieferer von Prothesen, Apparaten und Implantaten wird insbesondere die Höhe der Honorare und Preise festgelegt, die für die Leistungen zu berechnen sind.

Diese Honorare und Preise werden durch die Festlegung von Multiplikatoren bestimmt, mit denen die in Artikel 35 § 1 erwähnten relativen Werte multipliziert werden.

§ 2 - Was Hausbesuche oder Hausleistungen betrifft, wird in den Abkommen ein Pauschalbetrag für die Fahrtkosten festgelegt, den die in § 1 erwähnten Personen vom Begünstigten verlangen dürfen, wenn sie diese Pflege bei ihm zu Hause erbringen, sei es auf sein Ersuchen oder aus eigener Initiative, wenn der Zustand des Kranken weiterer Pflege bedarf, er sich aber nicht fortbewegen kann. Dieser Pauschalbetrag kann je nach Region verschieden sein.

§ 3 - Für Pensionierte, Witwer und Witwen, Waisen und Begünstigte von Invaliditätsentschädigungen, die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 und 16 beziehungsweise in Artikel 93 erwähnt sind, und für Personen zu ihren Lasten können in den Abkommen für die in Artikel 34 Nr. 1 erwähnten Leistungen Sonderhonorarsätze vorgesehen werden, so daß diese Begünstigten sich nicht an den Kosten der Leistungen beteiligen müssen.

§ 4 - Die Abkommen werden von den Parteien angewendet unabhängig von Zeit und Ort der erbrachten Leistungen.

§ 5 - In den Abkommen können Sonderbedingungen vorgesehen werden für Leistungen zugunsten der in Artikel 32 erwähnten Personen, deren jährliche Einkünfte über einem in den vorerwähnten Abkommen festzusetzenden Betrag liegen.

Diese besonderen Bestimmungen sind jedoch nicht anwendbar, wenn die Leistungen zugunsten von Personen erbracht werden, die im Krankenhaus aufgenommen sind und kein Einzelzimmer belegen.

§ 6 - Der König kann für Personen, die einem Abkommen beitreten, eine Sonderregelung in bezug auf die Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung einführen.

Bei der Festlegung der vertraglichen Honorare kann diese Sonderregelung berücksichtigt werden.

Die Finanzierung der durch diese Sonderregelung vorgesehenen Vorteile wird durch einen Eigenanteil der Betroffenen gewährleistet, der unter Berücksichtigung des Niveaus der vertraglichen Honorare und der Einkünfte der Gesundheitspflegeversicherung variiert.

Zu diesem Zweck kann der König beim Institut einen Sonderfonds schaffen, der in den Haushaltsplan der Verwaltungskosten des Instituts aufgenommen wird. Der König legt die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des vorerwähnten Fonds fest.

Nach Ablauf eines Zeitraumes von zwei Jahren kann durch Gesetz eine Sonderregelung, die auch die Ruhestandspension umfaßt, eingeführt werden.

Art. 45 - Der Dienst für Gesundheitspflege übermittelt den in Titel III Kapitel V Abschnitt I Buchstabe B erwähnten Personen den Text der sie betreffenden gebilligten Abkommen und fordert sie auf, ihnen individuell beizutreten. Diese individuellen Beitritte werden den in Artikel 26 erwähnten Kommissionen entweder unmittelbar oder über die betreffenden Berufsvereinigungen notifiziert.

C. Abkommen mit den Pflegeanstalten

Art. 46 - § 1 - Die Abkommen in bezug auf Pflegeanstalten, für die der Preis pro Pflegeetag nicht durch oder aufgrund des Gesetzes über die Krankenhäuser festgelegt ist, beinhalten, daß sich die vorerwähnten Anstalten verpflichten, den für jede einzelne Anstalt festgelegten Tagespflegesatz für die Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung anzuwenden.

§ 2 - In den Abkommen mit den Pflegeanstalten kann vorgesehen werden, daß diese ermächtigt sind, in Fällen, wo die Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung verlangt haben, ein Einzelzimmer zu belegen, ohne daß ihr Gesundheitszustand oder die technischen Notwendigkeiten der Untersuchung, Behandlung oder Beaufsichtigung dies erfordern, vom normalen Tagespflegesatz abzuweichen.

In den Anlagen zu den Abkommen geben die Pflegeanstalten die Preise an, die für die im vorhergehenden Absatz erwähnte Aufnahme in einem Einzelzimmer anwendbar sind.

§ 3 - Der Dienst für Gesundheitspflege übermittelt den Pflegeanstalten den Text der sie betreffenden gebilligten Abkommens und fordert sie auf, ihm individuell beizutreten. Diese individuellen Beitritte werden den in Artikel 26 erwähnten Kommissionen entweder unmittelbar oder über ihre Berufsvereinigung notifiziert.

D. Abkommen mit den in Artikel 34 Nr. 11 und 12 erwähnten Diensten und Einrichtungen

Art. 47 - § 1 - Die in Artikel 42 erwähnten Abkommen legen für die in Artikel 34 Nr. 11 und 12 erwähnten Dienste und Einrichtungen die Modalitäten der Bewilligung der in Artikel 37 § 12 erwähnten Beteiligungen fest.

§ 2 - Die Abkommen werden dem Versicherungsausschuß zur Billigung vorgelegt. Er kann diese Abkommen entweder für alle Begünstigten, die in den in Artikel 34 Nr. 11 und 12 erwähnten Diensten und Einrichtungen untergebracht sind, oder für einen Teil von ihnen billigen, dies unter Berücksichtigung der Höhe der vorgesehenen Haushaltsmittelbeträge und entsprechend den Einsparungen, die durch die Herabsetzung der Zahl der Krankenhausbetten erzielt werden.

Der Dienst für Gesundheitspflege übermittelt den in Artikel 34 Nr. 11 und 12 erwähnten Diensten und Einrichtungen den Text des sie betreffenden gebilligten Abkommens und fordert sie auf, ihm individuell beizutreten. Diese individuellen Beitritte werden der betreffenden Kommission entweder unmittelbar oder über ihre repräsentative Organisation notifiziert.

E. Abkommen mit den Apothekern

Art. 48 - § 1 - Das in Artikel 42 erwähnte nationale Abkommen legt, was Apotheker betrifft, die Höhe der Honorare für magistrale Präparate fest und bestimmt Regeln in bezug auf die Verantwortungshonorare für die Abgabe von Fertigarzneimitteln und in bezug auf die Abgabe und Fakturierung der in Artikel 34 Nr. 5 erwähnten Leistungen, die von Apothekern erbracht werden.

§ 2 - Sonderhonorare können für die in Artikel 34 Nr. 5 Buchstabe a) erwähnten pharmazeutischen Lieferungen festgelegt werden, die an Pensionierte, Witwer und Witwen, Waisen und Begünstigte von Invaliditätsentschädigungen, die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 und 16 beziehungsweise in Artikel 93 erwähnt sind, und an Personen zu ihren Lasten abgegeben werden.

In den Abkommen kann die Pauschalzahlung der Arzneimittel vorgesehen werden, die an Patienten abgegeben werden, die in einem Krankenhaus aufgenommen sind.

§ 3 - In den Abkommen können Sonderbedingungen vorgesehen werden für Leistungen zugunsten der in Artikel 32 erwähnten Personen, deren jährliche Einkünfte über einem in den vorerwähnten Abkommen festzusetzenden Betrag liegen.

§ 4 - Der Dienst für Gesundheitspflege übermittelt den Apothekern den Text des sie betreffenden gebilligten Abkommens und fordert sie auf, ihm individuell beizutreten. Diese individuellen Beitritte werden den in Artikel 26 erwähnten Kommissionen entweder unmittelbar oder über ihre Berufsvereinigung zugestellt.

F. Gemeinsame Bestimmungen

Art. 49 - § 1 - Stellt sich heraus, daß die in Titel III Kapitel V Abschnitt I Buchstabe B, C, D und E erwähnten Abkommen nicht geschlossen werden konnten, schlägt der Dienst für Gesundheitspflege für alle Versicherungsträger jeder Hebamme und jedem Mitglied der Heilhilfsberufe, jeder Pflegeanstalt, jedem Dienst und jeder Einrichtung und jedem Apotheker jeden anderen vom Versicherungsausschuß erstellten Abkommenstext zwecks Beitritts vor. Individuelle Beitrittserklärungen werden unmittelbar dem Dienst für Gesundheitspflege notifiziert.

§ 2 - In den Abkommen sind Konventionalstrafen im Sinne der Artikel 1226 bis 1233 des Zivilgesetzbuches vorgesehen, die auf jede Person, jeden Versicherungsträger, jede Pflegeanstalt oder jede Pflegeeinrichtung angewendet werden dürfen, der/die den Bestimmungen des Abkommens, dem er/sie beigetreten ist, nicht nachkommt.

§ 3 - Vorbehaltlich gegenteiliger Bestimmungen in den Abkommen wird jeder individuelle Beitritt zu einem im vorliegenden Abschnitt erwähnten Abkommen unmittelbar wirksam und gilt für die Dauer des Abkommens. Für Personen und Anstalten, die einem Abkommen beigetreten sind, wird außer bei gegenteiliger Willensäußerung davon ausgegangen, daß sie ihren Beitritt zu diesem Abkommen bei stillschweigender Verlängerung oder zu jedem neuen Abkommen, das an die Stelle des abgelaufenen Abkommens tritt, aufrechterhalten.

§ 4 - Die in Titel III Kapitel V Abschnitt I Buchstabe B, C, D, E und F erwähnten Abkommen werden für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren geschlossen und vorbehaltlich gegenteiliger Bestimmungen von Jahr zu Jahr stillschweigend verlängert, außer wenn sie spätestens drei Monate vor dem vorgesehenen Ablauftag aufgekündigt werden.

Der Versicherungsausschuß kann jedoch unter außergewöhnlichen Umständen ein Abkommen einer Dauer von weniger als zwei Jahren billigen.

Die vom Versicherungsausschuß erstellten Abkommenstexte sehen die Bedingungen vor, unter denen den Auswirkungen der individuellen Beitritte zu diesen Abkommen ein Ende gesetzt wird, wenn ein nationales oder regionales Abkommen geschlossen wird.

§ 5 - Ist am Ablauftag eines in § 4 erwähnten Abkommens noch kein neues Abkommen geschlossen worden, legt der Dienst für Gesundheitspflege für alle Versicherungsträger binnen dreißig Tagen nach diesem Datum jeder Fachkraft des betreffenden Berufs, jeder Pflegeanstalt, jedem Dienst oder jeder Einrichtung einen anderen vom Versicherungsausschuß erstellten Abkommenstext zwecks Beitritts vor.

Der König kann vom dreißigsten Tag ab dem Tag nach demjenigen, an dem der Dienst für Gesundheitspflege den Text der in den Artikeln 45 und 48 erwähnten Abkommen versendet hat, oder nach demjenigen, an dem der im vorhergehenden Absatz erwähnte Abkommenstext auf Vorschlag oder nach einer mit Gründen versehenen Stellungnahme des Versicherungsausschusses für das ganze Land oder für bestimmte Regionen, für alle oder für bestimmte Leistungen und für alle oder für bestimmte Kategorien von Begünstigten vorgelegt wurde, Maximaltarife für Honorare und Preise festlegen, wenn die Zahl der individuellen Beitritte 60 Prozent der Gesamtzahl der Fachkräfte des betreffenden Berufs nicht erreicht.

Sobald festgestellt wird, daß der im vorhergehenden Absatz erwähnte Mindestprozentsatz erreicht ist, kann der König die in Artikel 37 vorgesehenen Erstattungssätze für Leistungen, die von Hebammen und heilhilfsberuflichen Mitarbeitern erbracht werden, die keinem der im vorliegenden Abschnitt erwähnten Abkommen beigetreten sind, um maximal 25 Prozent kürzen. Der König kann jedoch Personen, die dem Abkommen nicht beigetreten sind, die Einhaltung der vertraglichen Honorare auferlegen für Leistungen, die zugunsten von Pensionierten, Witwern und Witwen, Waisen und Begünstigten von Invaliditätsentschädigungen erbracht werden, die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 und 16 beziehungsweise in Artikel 93 erwähnt werden und deren Einkünfte, so wie sie vom König bestimmt werden, einen jährlichen von ihm festgelegten Betrag nicht übersteigen, sowie zugunsten von Personen zu ihren Lasten.

Die in Absatz 2 und 3 erwähnte Zahl individueller Beitritte wird in der Regel auf nationaler Ebene festgelegt; in diesem Fall können die in Absatz 3 erwähnten Bestimmungen im ganzen Land zur Anwendung kommen, wenn der in Absatz 2 festgelegte Mindestprozentsatz erreicht ist. Ist dieser Mindestprozentsatz nicht erreicht, wird die Zahl der individuellen Beitritte pro Region festgelegt; in diesem Fall können die in Absatz 3 erwähnten Bestimmungen in jeder der Regionen zur Anwendung kommen, wo dieser Mindestprozentsatz erreicht wird, und die in Absatz 2 erwähnten Bestimmungen in jeder der Regionen, wo dieser Mindestprozentsatz nicht erreicht wird.

Der Begriff Region wird unter den in Artikel 43 vorgesehenen Bedingungen näher definiert.

Um festzustellen, ob der vorerwähnte Mindestprozentsatz erreicht ist oder nicht, wird die Zahl der Fachkräfte eines bestimmten Berufs, mit der die Zahl der einem Abkommen beigetretenen Personen desselben Berufs zu vergleichen ist, gemäß den im Abkommen definierten Modalitäten vom Versicherungsausschuß festgelegt.

Abschnitt II - Beziehungen mit den Ärzten und Fachkräften der Zahnheilkunde

Art. 50 - § 1 - Die Beziehungen zwischen den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft und der Fachkräfte der Zahnheilkunde einerseits und den Versicherungsträgern andererseits werden durch Vereinbarungen geregelt.

Normalerweise werden die finanziellen und administrativen Beziehungen zwischen den Ärzten oder Fachkräften der Zahnheilkunde und den Begünstigten durch die vorerwähnten Vereinbarungen geregelt.

§ 2 - In der Vertretung der Ärzteschaft und der Fachkräfte der Zahnheilkunde in der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen und in der Nationalen Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen werden eventuelle Minderheiten berücksichtigt; in der Vertretung der Versicherungsträger ist für jeden Träger mindestens ein Vertreter gewährleistet.

Die beiden Kommissionen können zusammen tagen, wenn Fragen von gemeinsamem Interesse auf der Tagesordnung stehen.

Der Vorsitz der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen und der Nationalen Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen wird von einem Präsidenten geführt, der unabhängig von den vertretenen Trägern und Organisationen ist und vom König auf Vorschlag oder - in Ermangelung eines Vorschlags - nach Stellungnahme der betreffenden Kommission ernannt wird.

Beschlüsse werden mit Dreiviertelmehrheit der Stimmen sowohl der Mitglieder, die die Versicherungsträger vertreten, als auch der Mitglieder, die die Ärzteschaft oder die Fachkräfte der Zahnheilkunde vertreten, gefaßt. Werden diese Mehrheiten nicht erreicht, erhalten die Vorschläge aber die Mehrheit der Stimmen der Mitglieder, die die Versicherungsträger vertreten, und die Mehrheit der Stimmen der Mitglieder, die die Ärzteschaft oder die Fachkräfte der Zahnheilkunde vertreten, so legt der Präsident dieselben Vorschläge auf einer neuen Versammlung, die binnen fünfzehn Tagen stattfinden muß, zur Abstimmung vor. Wird diese doppelte Mehrheit bei der zweiten Versammlung erneut erreicht, sind die Beschlüsse angenommen.

Der Präsident ist nicht stimmberechtigt.

Jede Kommission erstellt eine Geschäftsordnung, die dem König zur Billigung vorgelegt wird.

§ 3 - Diese Vereinbarungen treten fünfundvierzig Tage nach ihrer Veröffentlichung im *Belgischen Staatsblatt* in einer bestimmten Region in Kraft, außer wenn mehr als 40 Prozent der Ärzte oder der Fachkräfte der Zahnheilkunde ihre Weigerung, den vorerwähnten Vereinbarungen beizutreten, per Einschreiben notifiziert haben. Damit die Vereinbarungen in jeder Region in Kraft treten können, dürfen darüber hinaus nicht mehr als 50 Prozent der Allgemeinmediziner und nicht mehr als 50 Prozent der Fachärzte sich geweigert haben, den Vereinbarungen beizutreten.

Das Einschreiben muß spätestens am dreißigsten Tag nach Veröffentlichung der Vereinbarungen im *Belgischen Staatsblatt* an den Sitz der in § 2 erwähnten Kommissionen geschickt werden.

Die Auszählung der Ärzte oder der Fachkräfte der Zahnheilkunde, die ihre Weigerung, den vorerwähnten Vereinbarungen beizutreten, notifiziert haben, wird vor Inkrafttreten der Vereinbarungen von den in § 2 erwähnten Kommissionen pro Region vorgenommen.

Der Poststempel hat Beweiskraft für das Datum der Aufgabe des in Absatz 1, 2 und 5 erwähnten Einschreibens.

Erhält die zuständige Kommission jedoch Einschreiben, die nach Ablauf dieser Frist von fünfundvierzig Tagen abgeschickt worden sind und die die Rücknahme zuvor notifizierter Beitrittsweigerungen beinhalten, stellt diese Kommission fest, daß die Vereinbarung in einer bestimmten Region in Kraft tritt, insofern aufgrund dieser Briefe der Prozentsatz der Beitrittsweigerungen einen der in Absatz 1 erwähnten Prozentsätze nicht mehr überschreitet.

Wenn Ärzte oder Fachkräfte der Zahnheilkunde gemäß den Klauseln einer Vereinbarung ihre Weigerung notifizieren, die Vereinbarung weiterhin einzuhalten, stellt die zuständige Kommission gegebenenfalls fest, daß die Vereinbarung nicht mehr zur Anwendung kommt, sofern diese neuen Weigerungen zur Folge haben, daß die Prozentsätze der Beitrittsweigerungen in einer bestimmten Region die im ersten Absatz vorgesehenen Prozentsätze überschreiten.

Für Ärzte und Fachkräfte der Zahnheilkunde, die keine Weigerung, den Vereinbarungen beizutreten, notifiziert haben, wird von Amts wegen davon ausgegangen, daß sie diesen Vereinbarungen für ihre gesamte berufliche Tätigkeit beigetreten sind, außer wenn sie im Rahmen der vom König zu bestimmenden Fristen und Modalitäten der zuständigen Kommission die Bedingungen in bezug auf Zeit und Ort, unter denen sie die darin festgesetzten Honorarbeträge nicht anwenden werden, mitgeteilt haben.

Außerhalb der Stunden und Tage, die gemäß dem vorhergehenden Absatz mitgeteilt worden sind, wird davon ausgegangen, daß die Pflegeerbringer den Vereinbarungen beigetreten sind. Das gilt auch, wenn sie die Berechtigten nicht vorher über die Tage und Stunden informiert haben, für die sie den Vereinbarungen nicht beigetreten sind.

§ 4 - Die Grenzen der Regionen stimmen mit denen der Verwaltungsbezirke des Königreiches überein. Der König kann auf Vorschlag der zuständigen Nationalen Kommission eine andere Abgrenzung der Regionen festlegen.

§ 5 - Die Nationale Kommission, in der eine Vereinbarung geschlossen worden ist, legt die Modalitäten fest, gemäß denen der Text der Vereinbarung den Ärzten oder Fachkräften der Zahnheilkunde zusammen mit einem Beitrittsweigerungsformular übermittelt wird. Diese Modalitäten müssen unabhängig von der gewählten Zusendungsweise die Übermittlung dieser Unterlagen an alle Ärzte oder Fachkräfte der Zahnheilkunde sicherstellen und deren Recht respektieren, ihre Beitrittsweigerung zu notifizieren.

§ 6 - In den Vereinbarungen, die in den in § 2 erwähnten Kommissionen geschlossen werden, werden insbesondere die Honorare festgelegt, die von den Ärzten und Fachkräften der Zahnheilkunde, für die davon ausgegangen wird, daß sie den Vereinbarungen beigetreten sind, gegenüber den Begünstigten der Versicherung einzuhalten sind.

Sie legen die Bedingungen in bezug auf Zeit, Ort, Sonderansprüche oder wirtschaftliche Lage der Begünstigten fest, unter denen diese Honorare überschritten werden dürfen. Diese Honorare werden durch Festsetzung von Multiplikatoren bestimmt, mit denen die in Artikel 35 § 1 erwähnten relativen Werte multipliziert werden müssen, wobei der Arzt oder die Fachkraft der Zahnheilkunde sein/ihr Honorar für Leistungen, die nicht im Verzeichnis aufgeführt sind, frei bestimmt.

Was Hausbesuche oder Hausleistungen betrifft, wird für Fahrtkosten in den Vereinbarungen ein Pauschalbetrag festgelegt, den die Ärzte oder Fachkräfte der Zahnheilkunde von den Begünstigten verlangen; die Vereinbarungen können Klauseln enthalten, die besondere Modalitäten vorsehen, die in einer bestimmten Region anwendbar sind, eventuell auf Vorschlag einer regionalen Kommission Ärzte-Krankenkassen beziehungsweise Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen oder der regionalen Vertreter der repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft oder der Fachkräfte der Zahnheilkunde und der Versicherungsträger. Dieser Pauschalbetrag kann von Region zu Region verschieden sein. Um besonderen Situationen Rechnung zu tragen, können innerhalb einer selben Region eventuell verschiedene Pauschalbeträge vorgesehen werden.

Wird ein Facharzt oder eine Fachkraft der Zahnheilkunde vom Hausarzt zur Beratung im Hause des Kranken herangezogen, kann in der Vereinbarung eine Fahrtkostenentschädigung pro Kilometer festgelegt werden.

In den Vereinbarungen kann eine Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten der Organisation ergänzender Ausbildungskurse für Ärzte vorgesehen werden.

§ 7 - In den Vereinbarungen sind Konventionalstrafen im Sinne der Artikel 1226 bis 1233 des Zivilgesetzbuches vorgesehen, die auf den Arzt oder die Fachkraft der Zahnheilkunde angewendet werden können, der/die den Bestimmungen der Vereinbarungen nicht nachkommt.

Sie können ebenfalls vorsehen, daß die Nationale Kommission, in der die Vereinbarung geschlossen worden ist, für die Schlichtung von Streitfällen zuständig ist, die in bezug auf Auslegung oder Ausführung der Vereinbarungen entstehen können, und daß sie die Stellungnahme des zuständigen Fachrates einholen kann, wenn der Streitfall die Auslegung des Verzeichnisses betrifft.

§ 8 - Vereinbarungen, die in der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen und der Nationalen Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen geschlossen werden, werden für eine Dauer von mindestens zwei Jahren geschlossen.

Der Versicherungsausschuß kann jedoch unter außergewöhnlichen Umständen eine Vereinbarung einer Dauer von weniger als zwei Jahren billigen.

Vereinbarungen, die in der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen und der Nationalen Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen geschlossen werden, müssen darüber hinaus Bestimmungen vorsehen für eine allgemeine Aufkündigung oder eine Aufkündigung, die auf bestimmte Leistungen oder Leistungsgruppen oder auf bestimmte Pflegebringer beschränkt ist, und Modalitäten für eine individuelle Aufkündigung dieser Vereinbarungen, wenn die nicht in den Vereinbarungen vorgesehenen Korrekturmaßnahmen von den Vertretern der Ärzteschaft oder der Fachkräfte der Zahnheilkunde nicht gemäß den in den Paragraphen 2 und 3 Absatz 7 und 8 vorgesehenen Regeln gebilligt worden sind.

§ 9 - Der Präsident der Nationalen Kommission beruft die Kommission spätestens drei Monate vor Ablauf der laufenden Vereinbarung ein.

Er organisiert die Arbeiten der Kommission derart, daß das in § 10 beschriebene Verfahren spätestens einen Monat vor Ablauf der laufenden Vereinbarung eingeleitet und spätestens am Tag des Ablaufes der Vereinbarung beendet werden kann.

§ 10 - Bei Schwierigkeiten, die durch einen Prozentsatz Beitrittsweigerungen hervorgerufen werden, der in einer oder mehreren Regionen eventuell höher ist als die in § 3 erwähnten Prozentsätze, untersucht die betreffende Nationale Kommission die Lage und kann nach Konsultierung der regionalen Vertreter der Ärzteschaft oder der Fachkräfte der Zahnheilkunde und der Versicherungsträger Lösungen vorschlagen, die das Inkrafttreten der Vereinbarungen in dieser Region oder in diesen Regionen ermöglichen.

Die Kommission stellt für jede Region fest, daß die Vereinbarung in Kraft treten kann, entweder weil die in § 3 erwähnten Prozentsätze der Beitrittsweigerungen nicht mehr überschritten werden oder weil die im vorhergehenden Absatz erwogenen Lösungen umgesetzt worden sind.

§ 11 - Wenn bei Ablauf der Vereinbarung oder eines in Artikel 51 § 1 Absatz 6 Nr. 2 erwähnten Dokuments keine neue Vereinbarung geschlossen worden ist oder eine neue Vereinbarung oder ein neues Dokument nicht in allen Regionen des Landes in Kraft treten oder in Kraft bleiben kann, kann der König für das ganze Land oder für bestimmte Regionen des Landes, für alle oder für bestimmte Leistungen und für alle oder für bestimmte Kategorien von Begünstigten maximale Honorare festlegen.

Wird die vorerwähnte Maßnahme für alle Begünstigten ergriffen und wird für die Festlegung der Honorare auf die Tarife der Vereinbarung oder des Dokuments verwiesen, bleiben oder werden die in der vorerwähnten Vereinbarung oder dem vorerwähnten Dokument vorgesehenen Bestimmungen anwendbar auf Ärzte und Fachkräfte der Zahnheilkunde, die in diesen Regionen ihre Weigerung, der vorerwähnten Vereinbarung oder dem vorerwähnten Dokument beizutreten, nicht in den in § 3 erwähnten Fristen notifiziert haben; in diesem Fall ist die aufgrund von Absatz 1 genommene Maßnahme nicht auf sie anwendbar.

Wenn bei Ablauf der Vereinbarung oder des Dokuments keine neue Vereinbarung geschlossen werden konnte oder wenn eine neue Vereinbarung geschlossen oder ein Dokument im *Belgischen Staatsblatt* veröffentlicht worden ist, die Beträge und Honorare aber noch nicht in Kraft getreten sind, so legt der König die Berechnungsgrundlage für die aufgrund von Artikel 37 geschuldete Beteiligung der Versicherung fest.

Ergeht kein Erlaß zur Ausführung des vorhergehenden Absatzes, dienen die in der abgelaufenen Vereinbarung oder die in dem abgelaufenen Dokument festgelegten Beträge und Honorare vorläufig weiter als Berechnungsgrundlage für die Beteiligung der Versicherung.

§ 12 - Nationale Vereinbarungen Ärzte-Krankenkassen enthalten Bestimmungen, die eine zusätzliche Erhöhung der Honorare einer oder mehrerer Gruppen von Pflegebringern abhängig machen von der Kontrolle der Ausgabenentwicklung für bestimmte Gesundheitsleistungen, auf die diese Gruppe oder Gruppen von Pflegebringern durch ihre Praxis Einfluß haben können. Die vorerwähnte Erhöhung kann sich auch auf einen der beiden Honorarteile beziehen, die in Artikel 68 § 1 näher beschrieben sind.

Der Betrag dieser zusätzlichen Erhöhung muß mit einer Reduzierung der Ausgabenerhöhung in den in der Vereinbarung angegebenen Sektoren verbunden sein.

Der Versicherungsausschuß kann jedoch unter besonderen Umständen eine Vereinbarung billigen, die keine derartigen Bestimmungen enthält.

Abschnitt III - Gemeinsame Bestimmungen für die Abschnitte I und II in bezug auf andere Gesundheitsleistungen

Art. 51 - § 1 - Die in den Abschnitten I und II erwähnten Abkommen und Vereinbarungen müssen vor dem 30. November von den zuständigen Kommissionen geschlossen und dem Versicherungsausschuß mit einer Stellungnahme der Haushaltskontrollkommission vorgelegt werden. Der Gesamtbetrag der Ausgaben, die auf die neuen und laufenden Vereinbarungen und Abkommen zurückzuführen sind, der veranschlagten Ausgaben für Gesundheitsleistungen, für die keine Vereinbarung oder kein Abkommen geschlossen worden ist oder läuft, und der globalen Finanzmittelhaushalte darf das jährliche Globalhaushaltsziel nicht überschreiten. Wird letzteres überschritten, schlägt der Versicherungsausschuß den Kommissionen die notwendigen Maßnahmen vor, um das jährliche Globalhaushaltsziel einzuhalten.

Vor dem 1. Dezember teilt der Versicherungsausschuß die geschlossenen Vereinbarungen und Abkommen dem Allgemeinen Rat mit, damit dieser über deren Übereinstimmung mit dem Haushaltsplan befinden kann.

Ist am 1. Dezember ein Abkommen oder eine Vereinbarung geschlossen worden und hat der Versicherungsausschuß den Inhalt des Abkommens oder der Vereinbarung gebilligt, notifiziert er dem Präsidenten der betreffenden Kommission schriftlich diese Billigung.

Konnte bis zum vorerwähnten Datum kein Abkommen beziehungsweise keine Vereinbarung von der betreffenden Kommission geschlossen werden oder wird das Abkommen oder die Vereinbarung vom Versicherungsausschuß nicht gebilligt, kann dieser Bemerkungen oder selbst einen Vorschlag machen, die er binnen fünfzehn Tagen dem Präsidenten der Kommission mitteilt. Der Präsident des Versicherungsausschusses veranlaßt eine Versammlung der vorerwähnten Kommission, in der er selbst oder sein Beauftragter den Vorsitz führt. Die betreffende Kommission verfügt ab dem Tag, an dem der Vorschlag oder die Bemerkungen des Versicherungsausschusses mitgeteilt worden sind, über eine Frist von fünfzehn Tagen, um darüber zu befinden.

Stimmt die betreffende Kommission dem Vorschlag oder den Bemerkungen des Versicherungsausschusses zu oder nimmt dieser den Gegenvorschlag der Kommission an, wird auf dieser Grundlage ein Abkommen oder eine Vereinbarung geschlossen.

Lehnt die betreffende Kommission hingegen den Vorschlag oder die Bemerkungen des Versicherungsausschusses ab, lehnt der Versicherungsausschuß den Gegenvorschlag der Kommission ab, befindet die Kommission nicht in der vorgesehenen Frist oder äußert sich der Allgemeine Rat in Anwendung von Artikel 16 § 1 Nr. 7 negativ zu diesen Bemerkungen oder Vorschlägen:

1. sind die Bestimmungen von Artikel 49 §§ 1 und 5 in bezug auf die Abkommen anwendbar,

2. kann der Minister, was die Vereinbarungen betrifft, nach Beratung im Ministerrat den Ärzten oder Fachkräften der Zahnheilkunde ein Dokument zwecks Beitritts vorlegen. In diesem Dokument werden die Honorartarife der Gesundheitsleistungen, die die Grundlage für die Erstattungen der Versicherung bilden, die besonderen Regeln in bezug auf die Bekanntmachung und die Bedingungen in bezug auf Zeit und Ort, unter denen diese Tarife und Regeln strikt zur Anwendung kommen, festgelegt; diese Bedingungen sind die, die in der letzten geschlossenen Vereinbarung vorgesehen waren.

Es wird davon ausgegangen, daß Ärzte oder Fachkräfte der Zahnheilkunde, die ihre Weigerung nicht binnen dreißig Tagen nach Veröffentlichung dieses Dokuments im *Belgischen Staatsblatt* schriftlich notifiziert haben, dem Dokument beigetreten sind. Die Bestimmungen dieses Dokuments treten gemäß den Bestimmungen von Artikel 50 § 3 in Kraft. Unbeschadet der anderen Bestimmungen, die aus der Feststellung hervorgehen, daß mehr als 40 Prozent der Ärzte oder Fachkräfte der Zahnheilkunde ihre Weigerung notifiziert haben, wird das Sozialstatut Ärzten oder Fachkräften der Zahnheilkunde bewilligt, die dies gemäß dem geltenden Verfahren beantragt haben,

3. können die in Artikel 50 § 11 vorgesehenen Bestimmungen zur Anwendung kommen, sofern das in Nr. 2 erwähnte Verfahren nicht befolgt wird.

§ 2 - Jedes Abkommen oder jede Vereinbarung muß Verpflichtungen in bezug auf Honorare, Preise und wenn möglich Kontrolle des Volumens der Leistungen beinhalten.

Jedes Abkommen oder jede Vereinbarung muß ebenfalls Korrekturmechanismen enthalten, die ausgelöst werden können, sobald festgestellt wird, daß das jährliche Teilhaushaltsziel bedeutend überschritten wird oder zu werden droht.

Die Korrekturmechanismen können namentlich in Anpassungen der Honorartarife, Preise oder anderen Beträge, in Änderungen des in Artikel 35 § 1 erwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen und in neuen Techniken zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen bestehen.

Über diese Korrekturmechanismen hinaus muß jedes Abkommen oder jede Vereinbarung folgendes umfassen:

1. eine Klausel, die für den Fall, daß die vorerwähnten Mechanismen unzureichend sind, eine automatische und sofort anwendbare Senkung der Honorare, Preise oder anderen Beträge und der Erstattungstarife für Leistungen oder Leistungsgruppen, die der bedeutenden Überschreitung oder der drohenden bedeutenden Überschreitung des jährlichen Teilhaushaltszieles zugrunde liegen, vorsieht; diese Senkung steht im Verhältnis zur Höhe der Überschreitung oder der drohenden Überschreitung,

2. Korrekturmechanismen, die ausgelöst werden können, sobald festgestellt wird, daß die Zunahme des Volumens bestimmter Leistungen oder Leistungsgruppen die Normen in bezug auf das Volumen, die in den Abkommen oder Vereinbarungen aufgenommen sind, bedeutend überschreitet oder zu überschreiten droht.

§ 3 - Der Dienst für Gesundheitspflege teilt jeder Abkommens- oder Vereinbarungskommission und der Haushaltskontrollkommission in regelmäßigen Zeitabständen die Entwicklung der Ausgaben und der Volumen mit.

Sobald die Haushaltskontrollkommission eine bedeutende Überschreitung oder eine drohende bedeutende Überschreitung feststellt, setzt sie den Minister, den Allgemeinen Rat, den Versicherungsausschuß und die betreffende Abkommens- oder Vereinbarungskommission davon in Kenntnis. Dieser Information wird eine mit Gründen versehene Stellungnahme beigelegt, die eine Analyse der Haushaltslage beinhaltet.

Aus eigener Initiative oder auf Ersuchen des Versicherungsausschusses löst die Abkommens- oder Vereinbarungskommission die vorgesehenen Korrekturmechanismen aus und schlägt dem Versicherungsausschuß zusätzliche Korrekturmaßnahmen vor, wenn diese unzureichend sind.

Spätestens dreißig Tage, nachdem die Haushaltskontrollkommission über die bedeutende Überschreitung oder die drohende bedeutende Überschreitung informiert hat, beurteilt sie die Maßnahmen, die infolge ihrer Feststellung getroffen worden sind, und erstattet dem Minister, dem Allgemeinen Rat, dem Versicherungsausschuß und der betreffenden Abkommens- oder Vereinbarungskommission Bericht.

Wenn Korrekturmaßnahmen nicht ergriffen worden sind oder unzureichend sind, werden die Honorare, Preise oder anderen betroffenen Beträge und die Erstattungstarife vom König im Verhältnis zur Überschreitung oder der übrigbleibenden Überschreitung gekürzt.

§ 4 - Der König bestimmt, was unter bedeutender Überschreitung oder drohender bedeutender Überschreitung des jährlichen Teilhaushaltszieles oder der Normen in bezug auf das Volumen zu verstehen ist.

§ 5 - Es wird davon ausgegangen, daß Vereinbarungen und Abkommen, die am Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Artikels in Kraft sind, die in § 2 Absatz 4 Nr. 1 erwähnten Bestimmungen enthalten, und zwar bis zu ihrem Ablaufdatum, wenn es festgelegt ist, und bis spätestens 31. Dezember 1995, wenn es nicht festgelegt ist.

Art. 52 - § 1 - Zwischen den Versicherungsträgern und den Pflegebringern, die die Honorartarife des Abkommens oder der in Artikel 50 erwähnten Vereinbarung anwenden, können Vereinbarungen geschlossen werden, die die Pauschalzahlung der Leistungen vorsehen.

Die von einer Pauschalvereinbarung betroffenen Parteien müssen die Bestimmungen einhalten, die ihre Beziehungen im Rahmen des vorliegenden koordinierten Gesetzes regeln.

Der Versicherungsausschuß erstellt nach Stellungnahme der zuständigen Nationalen Abkommenskommission oder der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen oder Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen die Regeln, gemäß denen diese Vereinbarungen geschlossen werden, und legt die Normen fest, gemäß denen die Gesamtlast der Pauschalen unter die Versicherungsträger aufgeteilt wird.

Vereinbarungen über die Pauschalen werden in einer Kommission geschlossen, in der der leitende Beamte des Dienstes für Gesundheitspflege oder sein Beauftragter den Vorsitz führt und die sich aus Vertretern der Versicherungsträger einerseits und der von der Vereinbarung betroffenen Pflegebringer andererseits zusammensetzt. Sie werden dem Versicherungsausschuß zwecks Stellungnahme und dem Minister zur Billigung vorgelegt.

Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise der im vorhergehenden Absatz erwähnten Kommission werden vom König festgelegt. Die Vereinbarung ist nur gültig, wenn sie bei der Abstimmung von zwei Dritteln der Versicherungsträger gebilligt wird. Die so geschlossene Vereinbarung bindet alle Versicherungsträger.

§ 2 - Werden bei Personen, die einem Abkommen oder einer Vereinbarung beigetreten sind oder für die davon ausgegangen wird, daß sie einem Abkommen oder einer Vereinbarung beigetreten sind, wiederholt Überschreitungen der Honorare festgestellt, kann das Organ, in dem das Abkommen oder die Vereinbarung geschlossen worden ist, in bezug auf diese Personen beschließen, daß die aufgrund von Artikel 54 bewilligten Vorteile gestrichen oder gekürzt werden.

§ 3 - Für Streitfälle in bezug auf die Rechte und Verpflichtungen, die sich aus den in den Artikeln 42 und 50 erwähnten Abkommen, Vereinbarungen oder Dokumenten ergeben, und die zwischen Pflegeanstalten oder Pflegebringern, die einer Vereinbarung oder einem Abkommen beigetreten sind oder ihre Weigerung, diesen Vereinbarungen oder Dokumenten beizutreten, nicht notifiziert haben, einerseits und den Versicherten oder Versicherungsträgern andererseits entstehen, ist das Arbeitsgericht zuständig.

Sie werden gemäß dem Verfahren, das in Artikel 704 Absatz 1 des Gerichtsgesetzbuches festgelegt ist, binnen zwei Jahren nach der angefochtenen Tat oder dem angefochtenen Beschluß eingeleitet.

In Abweichung von den Artikeln 81 und 104 des Gerichtsgesetzbuches setzten sich die Kammern, die in diesen Streitsachen zu erkennen haben, aus einem Richter am Arbeitsgericht oder einem Gerichtsrat am Arbeitsgerichtshof zusammen.

Jeder Verhandlung geht ein Schlichtungsversuch voraus.

Art. 53 - Pflegebringer, deren Leistungen zu einer Beteiligung der Versicherung führen, sind verpflichtet, den Begünstigten oder - im Rahmen der Drittzahlerregelung - den Versicherungsträgern eine Pflege- oder Lieferbescheinigung oder eine als solche geltende Unterlage auszuhändigen, deren Muster vom Versicherungsausschuß festgelegt wird und auf der die erbrachten Leistungen vermerkt werden; Leistungen, die in dem in Artikel 35 § 1 erwähnten Verzeichnis aufgeführt sind, werden anhand ihrer laufenden Nummer aus dem vorerwähnten Verzeichnis vermerkt.

Die im vorhergehenden Absatz erwähnten Unterlagen dürfen jedoch nicht für Leistungen ausgestellt werden, die während der Dauer des in Artikel 156 erwähnten Verbots der Beteiligung an den Kosten der Gesundheitsleistungen erbracht worden sind.

Versicherungsträger dürfen keine Erstattung gewähren, wenn ihnen die Pflege- oder Lieferbescheinigung oder die als solche geltende Unterlage nicht übergeben wird.

Der Pflegebringer ist verpflichtet, diese Unterlagen sobald wie möglich und spätestens binnen einer vom König festgelegten Frist auszuhändigen. Eine administrative Geldstrafe von 1.000 bis 10.000 Franken wird für jeden vom Pflegebringer begangenen Verstoß auferlegt.

Wenn der Zuwiderhandelnde binnen einer Frist von drei Jahren ab dem Tag, an dem ihm eine administrative Geldstrafe auferlegt worden ist, einen Verstoß gleicher Art begeht wie denjenigen, der Anlaß für die administrative Geldstrafe war, wird der Betrag der zuvor auferlegten Geldstrafe jedesmal verdoppelt.

Der König legt die Höhe der administrativen Geldstrafe und das Verfahren zur Feststellung der Verstöße und zur Verkündung der administrativen Geldstrafen fest.

Der Ertrag dieser Geldstrafen wird dem Zweig Gesundheitspflege des Instituts zugeführt.

Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß und nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses die Bedingungen und Regeln fest, gemäß denen die Drittzahlerregelung für Gesundheitsleistungen, die von Ihm bestimmt werden, erlaubt, verboten oder obligatorisch ist. Jedes Abkommen, das von den Regelungen abweicht, die vom König in Ausführung der vorliegenden Bestimmung erlassen werden, ist nichtig.

Angaben, die im Rahmen der Drittzahlerregelung von den Pflegebringern an die Versicherungsträger oder von letzteren an das Institut auf Magnetträger übertragen werden, haben bis zum Beweis des Gegenteils dieselbe Beweiskraft wie das Original.

Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß und nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses die spezifischen Bedingungen und Regeln fest, gemäß denen der Vorteil der Drittzahlerregelung für Leistungen der klinischen Biologie, die zugunsten von Begünstigten erbracht werden, die nicht in einem Krankenhaus aufgenommen sind, den in Artikel 63 erwähnten Laboren von den Versicherungsträgern bewilligt oder entzogen werden kann.

Es ist den Krankenkassen, Landesverbänden und Versicherungsträgern verboten, in Pflegeanstalten Schalter einzurichten, an denen in irgendeiner Weise die Zahlung der Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung erhalten werden kann.

Abschnitt IV — Sozialstatut der Ärzte, Fachkräfte der Zahnheilkunde und Apotheker und andere Vorteile, die bestimmten Ärzten bewilligt werden können

Art. 54 - § 1 - Der König kann nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen, der Nationalen Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen oder der Ständigen Kommission, die beauftragt ist, das nationale Abkommen zwischen Apothekern und Versicherungsträgern zu verhandeln und zu schließen, eine Regelung einführen mit sozialen Vorteilen zugunsten von Ärzten oder Fachkräften der Zahnheilkunde, für die davon ausgegangen wird, daß sie den in Artikel 50 § 1 erwähnten Vereinbarungen beigetreten sind, oder zugunsten von Apothekern, die dem sie betreffenden Abkommen beitreten und es gemäß den von der Ständigen Kommission vorgeschlagenen Modalitäten beantragen.

Diese Vorteile können unter anderem in einer Beteiligung des Instituts an den Prämien oder Beiträgen bestehen, die von den betreffenden Ärzten, Fachkräften der Zahnheilkunde oder Apothekern in Ausführung von Versicherungsverträgen entrichtet werden, die im Fall von Invalidität, Ruhestand oder Tod Renten oder Pensionen gewährleisten.

Diese Versicherungsverträge können mit jeder gesetzlich dazu befugten öffentlichen oder privaten Einrichtung geschlossen werden mit Ausnahme der Krankenkassen und der Landesverbände im Sinne des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände; die Ruhestandsversicherung und Todesfallversicherung müssen mit einer Pensionskasse geschlossen werden, die auf Initiative einer oder mehrerer repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft oder der Fachkräfte der Zahnheilkunde geschaffen und vom König zugelassen worden ist. Diese Bestimmung ist jedoch nicht auf Apotheker anwendbar.

Die am 1. Januar 1980 laufenden Verträge mit einer anderen Einrichtung sind indessen auch gültig für die Gewährung des Anteils des Instituts an der Versicherungsprämie, insofern für diese Verträge vor dem vorerwähnten Datum der Anteil des Instituts an der Prämie entrichtet wurde.

Der König bestimmt die Zulassungsbedingungen, die sich insbesondere beziehen auf die Rechtsform der Pensionskasse, auf die Mindestzahl der Vertragspartner und die Mindestdauer ihrer Einzahlungen, auf die Wartezeit, die dem Anspruch auf Pension vorangehen muß, auf die Verpflichtungen der Vertragspartner in bezug auf etwaige Zeiträume, während deren keine in Artikel 50 § 1 erwähnte Vereinbarung geschlossen worden ist, während deren sie sich geweigert haben, solchen Vereinbarungen beizutreten, oder während deren sie einem Abkommen nicht mehr beigetreten sind, und auf die Verpflichtungen, denen die Pensionskasse im Falle der Entziehung der Zulassung nachkommen muß.

Auf Vorschlag des Ministers wird bei den zugelassenen Pensionskassen ein Regierungskommissar ernannt; er wohnt den Versammlungen der Verwaltungs- und Kontrollorgane mit beratender Stimme bei.

Er kann binnen einer Frist von vier vollen Tagen beim Minister Widerspruch gegen jeden Beschluß einlegen, der seiner Meinung nach im Widerspruch zum Gesetz, zu den Statuten oder zum Gemeinwohl steht. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung.

Hat der Minister binnen einer Frist von zwanzig vollen Tagen die Nichtigkeit des Beschlusses nicht ausgesprochen, wird dieser definitiv. Der König regelt die Ausübung des Auftrags des Kommissars und legt dessen Statut fest.

§ 2 - Neben den Vorteilen, die gemäß den vorerwähnten Bestimmungen im Rahmen des Sozialstatuts der Ärzte bewilligt werden, kann der König nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen allen oder bestimmten Kategorien von Ärzten, für die davon ausgegangen wird, daß sie der Vereinbarung beigetreten sind, umfangreichere oder andere Vorteile bewilligen und die diesbezüglichen Bedingungen und Anwendungsregeln bestimmen.

Diese Ausgabe wird innerhalb der von der Regierung festgelegten Haushaltsgrenzen auf den Haushalt der Verwaltungskosten des Instituts angerechnet und geht vollständig zu Lasten des Zweigs Gesundheitspflege.

Abschnitt V — Entschädigung der Praktikumsleiter in der Allgemeinmedizin

Art. 55 - Der König kann nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen die Bedingungen und Regeln festlegen, gemäß denen den Praktikumsleitern in der Allgemeinmedizin eine Entschädigung bewilligt werden kann.

Der Betrag dieser Entschädigung wird vom König festgelegt. Diese Ausgabe wird auf den Haushalt der Verwaltungskosten des Instituts angerechnet und geht vollständig zu Lasten des Zweigs Gesundheitspflege.

Abschnitt VI — Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung für besondere Modelle der Erbringung oder Bezahlung von Gesundheitspflege

Art. 56 - Unter den vom König festzulegenden Bedingungen und in Abweichung von den allgemeinen Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes und seiner Ausführungserlasse kann versuchsweise eine Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung, die zeitlich und in ihrem Anwendungsbereich begrenzt ist, für besondere Modelle der Erbringung und Bezahlung von Gesundheitspflege bewilligt werden. Die ausführlichen Modalitäten, gemäß denen diese Beteiligung gewährt wird, sind Gegenstand von Abkommen, die im Versicherungsausschuß geschlossen werden.

Der Versicherungsausschuß kann für Untersuchungen und vergleichende Studien über bestimmte Modelle für die Erbringung und Bezahlung von Gesundheitspflege ebenfalls Abkommen schließen. Damit verbundene Ausgaben werden auf den Haushalt der Verwaltungskosten des Instituts angerechnet und gehen vollständig zu Lasten des Zweigs Gesundheitspflege.

Abschnitt VII — Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten

Art. 57 - § 1 - Die Beteiligung an den Leistungen der klinischen Biologie, so wie sie vom König näher festgelegt werden, wird für die in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten pro Krankenhaus aufgrund eines Pauschalhonorars, das pro Pflage tag gezahlt wird, festgelegt.

Der König kann jedoch bestimmen, daß Leistungen, für die die Pauschale anwendbar ist, nur für einen von Ihm zu bestimmenden Teil durch die Pauschale vergütet werden.

Diese Pauschale wird pro Krankenhaus festgelegt, indem der Finanzmittelhaushalt, der dem Krankenhaus für Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der im Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten bewilligt wird, durch eine Pflage tagequote geteilt wird.

§ 2 - Die Nationale Kommission Ärzte-Krankenkassen legt in einer Vereinbarung, so wie sie in Artikel 50 vorgesehen ist, die Regeln für die Berechnung der in § 1 erwähnten Pauschale fest. So bestimmt die Kommission unter anderem:

- a) den Zeitraum, für den der Haushalt gilt, wenn dieser Zeitraum weniger als ein Jahr beträgt,
- b) die Kriterien und Modalitäten für die Berechnung des Haushalts,
- c) die Parameter, gemäß denen der Haushalt pro Krankenhaus festgelegt werden kann unter Berücksichtigung des in Artikel 59 erwähnten Finanzmittelhaushalts für das gesamte Königreich für Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten,
- d) die Regeln zur Festlegung der in § 1 erwähnten Quote.

§ 3 - Konnte die Nationale Kommission Ärzte-Krankenkassen vor einem jährlich vom Minister zu bestimmenden Datum keine Vereinbarung schließen oder erlaubt die geschlossene Vereinbarung es nicht, die Grenzen des in Artikel 59 erwähnten Finanzmittelhaushalts einzuhalten, der für das gesamte Königreich für Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten vorgesehen ist, kann der Minister selbst einen Vorschlag machen, den er den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft und den Versicherungsträgern zwecks Stellungnahme vorlegt.

Ihre Stellungnahmen müssen innerhalb einer Frist von fünfzehn vollen Tagen beim Minister eingehen.

Nach Ablauf dieser Frist legt der König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß eine Regelung fest, nachdem der Ministerrat von den vorerwähnten Stellungnahmen Kenntnis genommen hat.

§ 4 - Die Versicherungsträger zahlen dem Dienst, der für die zentrale Einziehung der Honorare sorgt, die in § 1 erwähnte Pauschale.

§ 5 - Die Gewährung der in § 1 erwähnten Pauschale schließt für Leistungen, die durch die vorerwähnte Pauschale gedeckt werden, jede besondere Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten separater Leistungen zugunsten der im Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten während ihres Krankenhausaufenthaltes und an den Kosten von Leistungen, die während eines vom König näher zu bestimmenden Zeitraums vor und nach dem Krankenhausaufenthalt erbracht werden, aus außer für den Teil, der aufgrund von § 1 Absatz 2 nicht durch die Pauschale vergütet wird.

Außer wenn Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Patienten teilweise auf der Grundlage von Pauschalhonoraren gezahlt werden, müssen die in Artikel 53 erwähnten Pflegebescheinigungen nicht für Leistungen ausgestellt werden, die pauschal vergütet werden.

Bevor der in Absatz 1 erwähnte Zeitraum bestimmt wird, holt der Minister die Stellungnahme des Medizinischen Fachrates ein, der über fünfundvierzig Tage verfügt, um seine Stellungnahme abzugeben.

§ 6 - Für Leistungen, die durch die in § 1 erwähnte Pauschale gedeckt werden, darf den Begünstigten keinerlei Betrag angerechnet werden.

Art. 58 - § 1 - Im Hinblick auf die Festlegung des Finanzmittelhaushaltes und der Pauschale pro Pflegetag für jedes Krankenhaus kann der Minister gemäß den vom König festgelegten Bedingungen und Regeln innerhalb einer Frist, die Er bestimmt, alle statistischen und finanziellen Angaben in bezug auf die in Artikel 57 § 1 erwähnten Leistungen anfordern und die Richtigkeit der Angaben überprüfen lassen.

§ 2 - Die Gewährung der in Artikel 57 § 1 erwähnten Pauschale kann gemäß den vom König festgelegten Regeln ganz oder teilweise von der Mitteilung der Angaben abhängig gemacht werden, die gemäß § 1 des vorliegenden Artikels erfolgen muß.

Abschnitt VIII — Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten und der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten

Art. 59 - Der König legt jährlich durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß nach Stellungnahme des Allgemeinen Rates und des Versicherungsausschusses den globalen Finanzmittelhaushalt für das gesamte Königreich für Leistungen der klinischen Biologie, so wie Er sie festgelegt hat, und die Aufteilung dieses Haushalts fest, je nachdem ob die vorerwähnten Leistungen zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten oder der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten erbracht werden.

Abschnitt IX — Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten

Art. 60 - § 1 - Der König kann nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen notwendige Maßnahmen ergreifen, um zu verhindern, daß der Finanzmittelhaushalt für das gesamte Königreich für Leistungen der klinischen Biologie, die zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten erbracht werden, so wie sie in Artikel 59 erwähnt sind, überschritten wird. Diese Stellungnahme muß binnen fünfundvierzig Tagen übermittelt werden. Darüber hinaus kann der König die Kriterien und Modalitäten festlegen, gemäß denen Beträge, um die der Haushalt von den Laboren für klinische Biologie überschritten wird oder werden wird, bei den Laboren für klinische Biologie zurückgefordert werden, sowie die Regeln, gemäß denen die Beträge berechnet werden, die auf die Konten des Instituts zurückgeführt werden müssen.

§ 2 - Die Beteiligung an den Leistungen der klinischen Biologie, so wie sie vom König näher festgelegt werden, kann für die nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten aufgrund von Pauschalhonoraren festgelegt werden.

Der König kann jedoch bestimmen, daß Leistungen, für die die Pauschale anwendbar ist, nur für einen von Ihm zu bestimmenden Teil durch die Pauschale vergütet werden.

§ 3 - Die Nationale Kommission Ärzte-Krankenkassen legt in einer Vereinbarung, so wie sie in Artikel 50 erwähnt ist, fest, wie die in § 2 erwähnte Pauschale festgelegt wird, wie sie berechnet wird, wie sie gezahlt wird sowie jede andere Bestimmung, aufgrund deren diese Pauschale angewendet werden kann.

§ 4 - Konnte die Nationale Kommission Ärzte-Krankenkassen vor einem jährlich vom Minister zu bestimmenden Datum keine Vereinbarung schließen oder erlaubt die geschlossene Vereinbarung es nicht, die Grenzen des in Artikel 59 erwähnten Finanzmittelhaushalts einzuhalten, der für das gesamte Königreich für Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten vorgesehen ist, kann der Minister selbst einen Vorschlag machen, den er den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft und den Versicherungsträgern zwecks Stellungnahme vorlegt.

Ihre Stellungnahmen müssen innerhalb einer Frist von fünfzehn vollen Tagen beim Minister eingehen.

Hat der Ministerrat von den vorerwähnten Stellungnahmen Kenntnis genommen oder ist keine Stellungnahme innerhalb der vorgesehenen Frist abgegeben worden, legt der König nach Ablauf dieser Frist durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß eine Regelung fest.

§ 5 - Die Gewährung der Pauschale schließt für Leistungen, die sie deckt, jede andere spezifische Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten von separaten Leistungen zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten aus außer für den Teil, der aufgrund von § 2 nicht durch die Pauschale vergütet wird.

Außer wenn die betreffenden Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten teilweise auf der Grundlage von Pauschalhonoraren bezahlt werden, müssen die in Artikel 53 erwähnten Pflegebescheinigungen nicht für Leistungen ausgestellt werden, die pauschal vergütet werden.

§ 6 - Im Hinblick auf die Festlegung der Pauschale kann der König gemäß den Bedingungen und Regeln, die Er festlegt, verlangen, daß dem Dienst für Gesundheitspflege alle statistischen und finanziellen Angaben in bezug auf Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten mitgeteilt werden.

Die Gewährung der Pauschale kann gemäß den vom König festgelegten Regeln ganz oder teilweise von der Mitteilung der Angaben abhängig gemacht werden, die gemäß dem vorhergehenden Absatz erfolgen muß.

§ 7 - In Ersetzung von § 1 dritter Satz werden für Leistungen, die seit dem 1. April 1989 erbracht worden sind, die Beträge, um die der Haushalt überschritten wird oder werden wird, bei den Laboren für klinische Biologie gemäß den in Artikel 61 definierten Kriterien und Modalitäten zurückgefordert.

In diesem Fall bleiben die Beträge, die gemäß den Bestimmungen von § 1 dritter Satz vor seiner Ersetzung durch den vorhergehenden Absatz und gemäß seinen Ausführungserlassen vom Institut zurückgefordert worden sind, dem Institut in Höhe der Beträge erhalten, die gemäß dem vorhergehenden Absatz geschuldet werden.

Art. 61 - § 1 - Für die Anwendung der Paragraphen 1 bis 9 ist beziehungsweise sind zu verstehen unter:

a) «Leistungen der klinischen Biologie»: alle Leistungen zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten, die in den Artikeln 3 § 1 Buchstabe A II und Buchstabe C I, 18 § 2 Buchstabe B Buchstabe e und 24 der Anlage zum Königlichen Erlaß vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung erwähnt sind,

b) «Globalhaushalt»: der in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 59 festgelegte Finanzmittelhaushalt für Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten,

c) «Ausgaben für klinische Biologie»: der von der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung geschuldete Betrag für Leistungen der klinischen Biologie, die im Laufe eines bestimmten Rechnungsjahres erbracht werden,

d) «fakturierten Ausgaben für klinische Biologie»: der Betrag für Leistungen der klinischen Biologie, der von den Laboren gemäß den Vorschriften in bezug auf die Gesundheits- und Entschädigungspflichtversicherung insgesamt für alle Quartale eines selben Rechnungsjahres bis einschließlich des für die Anwendung von § 5 berücksichtigten Quartals fakturiert wurde,

e) «Labor»: das in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 63 Nr. 3 zugelassene Labor für klinische Biologie,

f) «Dienst»: der Dienst für Gesundheitspflege des Instituts.

§ 2 - Überschreiten die Ausgaben für klinische Biologie für ein bestimmtes Rechnungsjahr den festgelegten Globalhaushalt um mindestens 2 Prozent, schulden die Labore dem Institut eine Erstattung, deren Höhe gemäß den Bestimmungen von § 3 festgelegt wird.

Unbeschadet der Bestimmungen von § 7 zahlen die Labore Quartalsvorschüsse auf diese Erstattung, deren Höhe gemäß den Paragraphen 4 und 5 berechnet wird.

§ 3 - Die Erstattung wird aufgrund der Ausgaben für klinische Biologie des betreffenden Labors berechnet.

Für die Labore wird die Erstattung festgelegt auf:

1. X mal 0,5 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen 5 und 10 Millionen Franken,
2. X mal 1,25 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen 10 und 25 Millionen Franken,
3. X mal 2,25 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen 25 und 50 Millionen Franken,
4. X mal 3,50 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen 50 und 100 Millionen Franken,
5. X mal 5 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen 100 und 200 Millionen Franken,
6. X mal 7 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen 200 und 400 Millionen Franken,
7. X mal 9 Prozent für den Teil der Ausgaben über 400 Millionen Franken.

Der Wert von X wird getrennt für jedes Rechnungsjahr festgelegt entsprechend der für dieses Rechnungsjahr zurückzufordernden Differenz zwischen den Ausgaben für klinische Biologie und dem Globalhaushalt. Der Wert von X darf auf keinen Fall 10 überschreiten.

Werden mehrere Labore von einer selben natürlichen Person, einer selben juristischen Person oder einer selben zivilrechtlichen Gesellschaft betrieben, wird die Erstattung aufgrund der zusammengerechneten Ausgaben der betreffenden Labore festgelegt.

§ 4 - Für die Berechnung der in § 2 Absatz 2 erwähnten Quartalsvorschüsse wird der Globalhaushalt in Quartalsbeträge aufgeteilt, die auf kumulative Weise berechnet werden unter Berücksichtigung des ungleichen prozentualen Anteils der für jedes Quartal fakturierten Ausgaben an den fakturierten Gesamtausgaben auf Jahresbasis. Der König legt diesen prozentualen Anteil jährlich fest.

Eine Quartalszahlung ist fällig, wenn die fakturierten Gesamtausgaben für klinische Biologie aller Labore:

- den Betrag, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes für das erste Quartal eines bestimmten Rechnungsjahres festgelegt ist, um mindestens 7 Prozent überschreiten,

- den Betrag, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes für das zweite Quartal eines bestimmten Rechnungsjahres festgelegt ist, um mindestens 5 Prozent überschreiten,

- den Betrag, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes für das dritte Quartal eines bestimmten Rechnungsjahres festgelegt ist, um mindestens 3 Prozent überschreiten,

- den Betrag, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes für das vierte Quartal eines bestimmten Rechnungsjahres festgelegt ist, um mindestens 2 Prozent überschreiten.

§ 5 - Die Quartalszahlung wird aufgrund der Ausgaben für klinische Biologie berechnet, die von dem betreffenden Labor insgesamt für alle Quartale dieses Rechnungsjahres fakturiert wurden.

Sie wird festgelegt auf:

1. Z mal 0,5 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen Y x 5 und Y x 10 Millionen Franken,
2. Z mal 1,25 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen Y x 10 und Y x 25 Millionen Franken,
3. Z mal 2,25 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen Y x 25 und Y x 50 Millionen Franken,
4. Z mal 3,50 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen Y x 50 und Y x 100 Millionen Franken,
5. Z mal 5 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen Y x 100 und Y x 200 Millionen Franken,
6. Z mal 7 Prozent für den Teil der Ausgaben zwischen Y x 200 und Y x 400 Millionen Franken,
7. Z mal 9 Prozent für den Teil der Ausgaben über Y x 400 Millionen Franken.

Der Wert von Y entspricht dem kumulativen prozentualen Anteil für das betreffende Quartal, der aufgrund der in Ausführung der Bestimmungen von § 4 Absatz 1 durch Königlichen Erlaß festgelegten prozentualen Anteile berechnet wird.

Der König legt den Wert von Z getrennt für jedes Quartal fest entsprechend der für das betreffende Quartal zurückzufordernden Differenz zwischen den für dieses Quartal fakturierten Ausgaben für klinische Biologie und dem Betrag, der gemäß den Bestimmungen von § 4 Absatz 1 für das betreffende Quartal festgelegt ist. Der Wert von Z darf auf keinen Fall 10 überschreiten.

Die Quartalszahlung, die gemäß den Bestimmungen von Absatz 2 festgelegt ist, wird um die Beträge verringert, die vom Labor für die vorhergehenden Quartale des betreffenden Rechnungsjahres als Quartalszahlung entrichtet worden sind.

Werden mehrere Labore von einer selben natürlichen Person, einer selben juristischen Person oder einer selben zivilrechtlichen Gesellschaft betrieben, wird die Erstattung aufgrund der zusammengerechneten Ausgaben der betreffenden Labore festgelegt.

§ 6 - Der Dienst ist beauftragt, für jedes Labor die in § 5 erwähnten Quartalsvorschüsse festzulegen. Er setzt das betreffende Labor per Einschreibebrief von den als Quartalsvorschuß geschuldeten Beträgen in Kenntnis.

Die Quartalszahlung ist zahlbar binnen dreißig Tagen nach der Notifizierung an das betreffende Labor. Bei Verstreichen dieser Frist wird das Labor von Rechts wegen in Verzug gesetzt, was die Zahlung der noch geschuldeten Beträge betrifft.

Bei Nichtzahlung innerhalb der im vorhergehenden Absatz erwähnten Frist werden ab Verstreichen dieser Frist bis zum Tag der Zahlung Verzugszinsen in Höhe von 12 Prozent im Jahr auf die geschuldeten Beträge berechnet. In diesem Fall behalten die Versicherungsträger auf Antrag des Dienstes die Beträge der Beteiligungen der Gesundheitspflegeversicherung für Leistungen der säumigen Labore ganz oder teilweise als Garantie ein bis in Höhe der geschuldeten Beträge, dies bis zum Tag der Notifizierung an das Institut einer für das Institut ungünstigen rechtskräftig gewordenen definitiven gerichtlichen Entscheidung zur Sache in bezug auf die vorerwähnten Beträge. Der König bestimmt die Ausführungsbedingungen und -modalitäten der vorliegenden Bestimmung, insbesondere hinsichtlich der Unterrichtung der Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung über vorerwähnte Maßnahme. Diese Kürzungen sind auf Beträge anwendbar, die für Leistungen geschuldet werden, die im Zeitraum zwischen dem 1. April 1989 und dem 31. Dezember 1990 erbracht worden sind.

Unter den vom König festgelegten Bedingungen kann von der Anrechnung der im vorhergehenden Absatz erwähnten Verzugszinsen abgesehen werden.

§ 7 - Als Quartalszahlungen für ein bestimmtes Rechnungsjahr entrichtete Beträge werden vollständig mit der für dasselbe Rechnungsjahr geschuldeten Erstattung verrechnet.

Der Dienst setzt jedes Labor per Einschreibebrief von der Erstattung und dem Resultat der in Absatz 1 erwähnten Verrechnung in Kenntnis, wobei er den eventuellen Soll- oder Habensaldo angibt.

Der Sollsaldo ist zahlbar binnen dreißig Tagen nach der Notifizierung an das betreffende Labor. Bei Verstreichen dieser Frist wird das Labor von Rechts wegen in Verzug gesetzt, was die Zahlung der noch geschuldeten Beträge betrifft.

Bei Nichtzahlung innerhalb der im vorhergehenden Absatz erwähnten Frist werden ab Verstreichen dieser Frist bis zum Tag der Zahlung Verzugszinsen in Höhe von 12 Prozent im Jahr auf die geschuldeten Beträge berechnet. In diesem Fall behalten die Versicherungsträger auf Antrag des Dienstes die Beträge der Beteiligungen der Gesundheitspflegeversicherung für Leistungen der säumigen Labore ganz oder teilweise als Garantie ein bis in Höhe der geschuldeten Beträge, dies bis zum Tag der Notifizierung an das Institut einer für das Institut ungünstigen rechtskräftig gewordenen definitiven gerichtlichen Entscheidung zur Sache in bezug auf die vorerwähnten Beträge. Der König bestimmt die Ausführungsbedingungen und -modalitäten der vorliegenden Bestimmung, insbesondere hinsichtlich der Unterrichtung der Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung über vorerwähnte Maßnahme. Diese Kürzungen sind auf Beträge anwendbar, die für Leistungen geschuldet werden, die im Zeitraum zwischen dem 1. April 1989 und dem 31. Dezember 1990 erbracht worden sind.

Unter den vom König festgelegten Bedingungen kann von der Anrechnung der im vorhergehenden Absatz erwähnten Verzugszinsen abgesehen werden.

Die Rückzahlung des eventuellen Habensaldos muß vom betreffenden Labor beim Dienst anhand eines Formulars beantragt werden, das von diesem Dienst zur Verfügung gestellt wird.

Der Habensaldo ist zahlbar binnen dreißig Tagen nach Empfang des im vorhergehenden Absatz erwähnten Antrags. Bei Verstreichen dieser Frist wird das Institut von Rechts wegen in Verzug gesetzt, was die Zahlung der noch geschuldeten Beträge betrifft.

Bei Nichtzahlung innerhalb der im vorhergehenden Absatz erwähnten Frist werden ab Verstreichen dieser Frist bis zum Tag der Zahlung Verzugszinsen in Höhe von 12 Prozent im Jahr auf die geschuldeten Beträge berechnet.

§ 8 - Zeigen die vorläufigen Rechnungen auf, daß die fakturierten Ausgaben für klinische Biologie für ein bestimmtes Rechnungsjahr mindestens 3 Prozent unter dem für das betreffende Rechnungsjahr festgelegten Globalhaushalt liegen, werden die Beträge, die für dieses Rechnungsjahr als Quartalszahlungen entrichtet worden sind, den betreffenden Laboren zurückgezahlt.

§ 9 - Für das Rechnungsjahr 1989 werden für das Zusammenrechnen der in den Paragraphen 4 und 5 erwähnten Quartalsbeträge die Zahlenangaben in bezug auf das erste Quartal nicht berücksichtigt.

§ 10 - Für die Anwendung der Paragraphen 10 bis 17 ist beziehungsweise sind zu verstehen unter:

a) «Leistungen der klinischen Biologie»: alle Leistungen zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten, die in den Artikeln 3 § 1 Buchstabe A II und Buchstabe C I, 18 § 2 Buchstabe B Buchstabe e und 24 der Anlage zum Königlichen Erlaß vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung erwähnt sind,

b) «Globalhaushalt»: der in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 59 festgelegte Finanzmittelhaushalt für Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten,

c) «Ausgaben für klinische Biologie»: der von der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung geschuldete Betrag für Leistungen der klinischen Biologie, die im Laufe eines bestimmten Rechnungsjahres erbracht werden,

d) «fakturierten Ausgaben für klinische Biologie»: der Betrag für Leistungen der klinischen Biologie, der von den Laboren gemäß den Vorschriften in bezug auf die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung insgesamt für alle Quartale eines selben Rechnungsjahres bis einschließlich des für die Anwendung von § 14 berücksichtigten Quartals fakturiert wurde,

e) «Labor»: das in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 63 Nr. 3 zugelassene Labor für klinische Biologie,

f) «Dienst»: der Dienst für Gesundheitspflege des Instituts,

g) «Marktanteilkoeffizienten für das Jahr»: das Verhältnis zwischen den Ausgaben des Labors für das Jahr und den Gesamtausgaben aller Labore für das Jahr, geteilt durch das entsprechende Verhältnis des Vorjahres; ist ein Labor noch keine zwei vollständigen Kalenderjahre zugelassen, werden die Ausgaben für die fehlenden Monate im Zeitraum von zwei Kalenderjahren, der bei Ablauf des betreffenden Kalenderjahres endet, gleichgesetzt mit den durchschnittlichen Ausgaben der ersten drei Monate nach der Zulassung; ist ein Labor noch keine drei Monate zugelassen, ist der Marktanteilkoeffizient gleich 1,

h) «angepaßtem Marktanteilkoeffizienten für das Jahr 1991»: der Marktanteilkoeffizient für das Jahr 1991, der mit einem Korrekturfaktor multipliziert wird, der gleich 1 ist,

i) «angepaßtem Marktanteilkoeffizienten für das Jahr 1992»: der Marktanteilkoeffizient für das Jahr 1992, der mit einem Korrekturfaktor multipliziert wird. Dieser Korrekturfaktor ist gleich 1, außer wenn der Marktanteilkoeffizient für das Jahr 1991 mindestens 1,15 beträgt; in diesem Fall ist der Korrekturfaktor gleich dem angepaßten Marktanteilkoeffizienten für das Jahr 1991 weniger 0,10,

j) «angepaßtem Marktanteilkoeffizienten für das Jahr 1993»: der Marktanteilkoeffizient für das Jahr 1993, der mit einem Korrekturfaktor multipliziert wird. Dieser Korrekturfaktor ist gleich 1, außer wenn der Marktanteilkoeffizient für eines der beiden vorhergehenden Jahre mindestens 1,15 beträgt; in diesem Fall ist der Korrekturfaktor der größte der Marktanteilkoeffizienten der beiden vorhergehenden Jahre weniger 0,10, wenn der größte der von 1992 ist, und weniger 0,25, wenn der größte der von 1991 ist, ohne daß dieser Korrekturfaktor jedoch kleiner als 1,05 sein darf,

k) «angepaßtem Marktanteilkoeffizienten für das Jahr 1994 und folgende»: der Marktanteilkoeffizient für das Jahr 1994, der mit einem Korrekturfaktor multipliziert wird. Dieser Korrekturfaktor ist gleich 1, außer wenn der Marktanteilkoeffizient für eines der drei vorhergehenden Jahre mindestens 1,15 beträgt; in diesem Fall ist der Korrekturfaktor der größte der Marktanteilkoeffizienten der drei vorhergehenden Jahre weniger 0,10, wenn der größte der des Jahres ist, das dem betreffenden Jahr vorangeht, weniger 0,25, wenn der größte der des zweiten Jahres ist, das dem betreffenden Jahr vorangeht, und weniger 0,40, wenn der größte der des dritten Jahres ist, das dem betreffenden Jahr vorangeht, ohne daß dieser Korrekturfaktor jedoch kleiner als 1,05 sein darf,

l) «angepaßten Ausgaben für klinische Biologie eines Labors»: die Ausgaben für klinische Biologie eines Labors, multipliziert mit dem angepaßten Marktanteilkoeffizienten für das Jahr,

m) «Marktanteilkoeffizienten für das Quartal»: das Verhältnis zwischen den fakturierten Ausgaben des Labors während eines Zeitraums von vier aufeinanderfolgenden Quartalen, der mit dem betreffenden Quartal endet, und den fakturierten Gesamtausgaben aller Labore während desselben Zeitraumes, geteilt durch das entsprechende Verhältnis des entsprechenden Quartals des Vorjahres; ist ein Labor noch keine acht aufeinanderfolgenden Quartale zugelassen, werden die Ausgaben für die fehlenden Monate im Zeitraum von acht aufeinanderfolgenden Quartalen, der bei Ablauf des betreffenden Quartals endet, gleichgesetzt mit den durchschnittlichen Ausgaben der ersten drei Monate nach der Zulassung; ist ein Labor noch keine drei Monate zugelassen, ist der Marktanteilkoeffizient gleich 1,

n) «angepaßtem Marktanteilkoeffizienten für die Quartale des Jahres 1991»: der Marktanteilkoeffizient für das betreffende Quartal, der mit einem Korrekturfaktor multipliziert wird, der gleich 1 ist,

o) «angepaßtem Marktanteilkoeffizienten für die Quartale des Jahres 1992»: der Marktanteilkoeffizient für das betreffende Quartal, der mit einem Korrekturfaktor multipliziert wird. Dieser Korrekturfaktor ist gleich 1, außer wenn der Marktanteilkoeffizient eines der vorhergehenden Quartale mindestens 1,15 beträgt; in diesem Fall ist der Korrekturfaktor der größte Marktanteilkoeffizient der vier vorhergehenden Quartale weniger 0,10,

p) «angepaßtem Marktanteilkoeffizienten für die Quartale des Jahres 1993»: der Marktanteilkoeffizient für das betreffende Quartal, der mit einem Korrekturfaktor multipliziert wird. Dieser Korrekturfaktor ist gleich 1, außer wenn der Marktanteilkoeffizient eines der acht vorhergehenden Quartale mindestens 1,15 beträgt; in diesem Fall ist der Korrekturfaktor der größte Marktanteilkoeffizient der acht vorhergehenden Quartale weniger 0,10, wenn der größte der des ersten, zweiten, dritten oder vierten Quartals ist, das dem betreffenden Quartal vorangeht, und weniger 0,25, wenn der größte der des fünften, sechsten, siebten oder achten Quartals ist, das dem betreffenden Quartal vorangeht, ohne daß dieser Korrekturfaktor kleiner als 1,05 sein darf,

q) «angepaßtem Marktanteilkoeffizienten für die Quartale des Jahres 1994 und folgende»: der Marktanteilkoeffizient für das betreffende Quartal, der mit einem Korrekturfaktor multipliziert wird. Dieser Korrekturfaktor ist gleich 1, außer wenn der Marktanteilkoeffizient eines der zwölf vorhergehenden Quartale mindestens 1,15 beträgt; in diesem Fall ist der Korrekturfaktor der größte Marktanteilkoeffizient der zwölf vorhergehenden Quartale weniger 0,10, wenn der größte der des ersten, zweiten, dritten oder vierten Quartals ist, das dem betreffenden Quartal vorangeht, weniger 0,25, wenn der größte der des fünften, sechsten, siebten oder achten Quartals ist, das dem betreffenden Quartal vorangeht, und weniger 0,40, wenn der größte der des neunten, zehnten, elften oder zwölften Quartals ist, das dem betreffenden Quartal vorangeht, ohne daß dieser Korrekturfaktor kleiner als 1,05 sein darf,

r) «angepaßten fakturierten Ausgaben für klinische Biologie eines Labors»: die fakturierten Ausgaben für klinische Biologie des Labors, die mit dem angepaßten Marktanteilkoeffizienten für das Quartal multipliziert werden.

§ 11 - Überschreiten die Ausgaben für klinische Biologie für ein bestimmtes Rechnungsjahr den festgelegten Globalhaushalt um mindestens 2 Prozent, schulden die Labore dem Institut eine Erstattung, deren Höhe gemäß den Bestimmungen von § 12 festgelegt wird.

Unbeschadet der Bestimmungen von § 16 zahlen die Labore Quartalsvorschüsse auf diese Erstattung, deren Höhe gemäß den Paragraphen 14 und 15 berechnet wird.

§ 12 - Die Erstattung wird aufgrund der angepaßten Ausgaben für klinische Biologie des betreffenden Labors berechnet.

Für die Labore wird die Erstattung festgelegt auf :

1. X mal 0,5 Prozent für den Teil der angepaßten Ausgaben zwischen 5 und 10 Millionen Franken,
2. X mal 1,25 Prozent für den Teil der angepaßten Ausgaben zwischen 10 und 25 Millionen Franken,
3. X mal 2,25 Prozent für den Teil der angepaßten Ausgaben zwischen 25 und 50 Millionen Franken,
4. X mal 3,50 Prozent für den Teil der angepaßten Ausgaben zwischen 50 und 100 Millionen Franken,
5. X mal 5 Prozent für den Teil der angepaßten Ausgaben zwischen 100 und 200 Millionen Franken,
6. X mal 7 Prozent für den Teil der angepaßten Ausgaben zwischen 200 und 400 Millionen Franken,
7. X mal 9 Prozent für den Teil der angepaßten Ausgaben über 400 Millionen Franken.

Der Wert von X wird getrennt für jedes Rechnungsjahr festgelegt entsprechend der für dieses Rechnungsjahr zurückzufordernden Differenz zwischen den Ausgaben für klinische Biologie und dem Globalhaushalt. Der Wert von X darf auf keinen Fall 10 überschreiten.

Werden mehrere Labore von einer selben natürlichen Person, einer selben juristischen Person oder einer selben zivilrechtlichen Gesellschaft betrieben, wird die Erstattung aufgrund der zusammengerechneten angepaßten Ausgaben der betreffenden Labore festgelegt.

Bei der Berechnung der Erstattung erhält der angepaßte Marktanteilkoeffizient den Wert 0,70, wenn er unter 0,70 liegt, und den Wert 2,00, wenn er über 2,00 liegt.

§ 13 - Für die Berechnung der in § 11 Absatz 2 erwähnten Quartalsvorschüsse wird der Globalhaushalt in Quartalsbeträge aufgeteilt, die auf kumulative Weise berechnet werden unter Berücksichtigung des ungleichen prozentualen Anteils der für jedes Quartal fakturierten Ausgaben an den fakturierten Gesamtausgaben auf Jahresbasis. Der König legt diesen prozentualen Anteil jährlich fest.

Eine Quartalszahlung ist fällig, wenn die fakturierten Gesamtausgaben für klinische Biologie aller Labore:

- den Betrag, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes für das erste Quartal eines bestimmten Rechnungsjahres festgelegt ist, um mindestens 7 Prozent überschreiten,
- den Betrag, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes für das zweite Quartal eines bestimmten Rechnungsjahres festgelegt ist, um mindestens 5 Prozent überschreiten,
- den Betrag, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes für das dritte Quartal eines bestimmten Rechnungsjahres festgelegt ist, um mindestens 3 Prozent überschreiten,
- den Betrag, der gemäß den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes für das vierte Quartal eines bestimmten Rechnungsjahres festgelegt ist, um mindestens 2 Prozent überschreiten.

§ 14 - Die Quartalszahlung wird aufgrund der angepaßten Ausgaben für klinische Biologie berechnet, die von dem betreffenden Labor insgesamt für alle Quartale dieses Rechnungsjahres fakturiert werden.

Sie wird festgelegt auf:

1. Z mal 0,5 Prozent für den Teil der angepaßten fakturierten Ausgaben zwischen Y x 5 und Y x 10 Millionen Franken,
2. Z mal 1,25 Prozent für den Teil der angepaßten fakturierten Ausgaben zwischen Y x 10 und Y x 25 Millionen Franken,
3. Z mal 2,25 Prozent für den Teil der angepaßten fakturierten Ausgaben zwischen Y x 25 und Y x 50 Millionen Franken,
4. Z mal 3,50 Prozent für den Teil der angepaßten fakturierten Ausgaben zwischen Y x 50 und Y x 100 Millionen Franken,
5. Z mal 5 Prozent für den Teil der angepaßten fakturierten Ausgaben zwischen Y x 100 und Y x 200 Millionen Franken,
6. Z mal 7 Prozent für den Teil der angepaßten fakturierten Ausgaben zwischen Y x 200 und Y x 400 Millionen Franken,
7. Z mal 9 Prozent für den Teil der angepaßten fakturierten Ausgaben über Y x 400 Millionen Franken.

Der Wert von Y entspricht dem kumulativen prozentualen Anteil für das betreffende Quartal, der aufgrund der in Ausführung der Bestimmungen von § 13 Absatz 1 durch Königlichen Erlaß festgelegten prozentualen Anteile berechnet wird.

Der König legt den Wert von Z getrennt für jedes Quartal fest entsprechend der für das betreffende Quartal zurückzufordernden Differenz zwischen den angepaßten Ausgaben für klinische Biologie, die für dieses Quartal fakturiert wurden, und dem Betrag, der gemäß den Bestimmungen von § 13 Absatz 1 für das betreffende Quartal festgelegt ist. Der Wert von Z darf auf keinen Fall 10 überschreiten.

Die Quartalszahlung, die gemäß den Bestimmungen von Absatz 2 festgelegt ist, wird um die Beträge verringert, die vom Labor für die vorhergehenden Quartale des betreffenden Rechnungsjahres als Quartalszahlung entrichtet worden sind.

Werden mehrere Labore von einer selben natürlichen Person, einer selben juristischen Person oder einer selben zivilrechtlichen Gesellschaft betrieben, wird die Quartalszahlung aufgrund der zusammengerechneten angepaßten fakturierten Ausgaben der betreffenden Labore festgelegt.

Bei der Berechnung der Quartalszahlung erhält der angepaßte Marktanteilkoeffizient für das Quartal den Wert 0,70, wenn er unter 0,70 liegt, und den Wert 2,00, wenn er über 2,00 liegt.

§ 15 - Der Dienst ist beauftragt, für jedes Labor die in § 14 erwähnten Quartalsvorschüsse festzulegen. Er setzt das betreffende Labor per Einschreibebrief von den als Quartalsvorschuß geschuldeten Beträgen in Kenntnis.

Die Quartalszahlung ist zahlbar binnen dreißig Tagen nach der Notifizierung an das betreffende Labor. Bei Verstreichen dieser Frist wird das Labor von Rechts wegen in Verzug gesetzt, was die Zahlung der noch geschuldeten Beträge betrifft.

Bei Nichtzahlung innerhalb der im vorhergehenden Absatz erwähnten Frist werden ab Verstreichen dieser Frist bis zum Tag der Zahlung Verzugszinsen in Höhe von 12 Prozent im Jahr auf die geschuldeten Beträge berechnet. In diesem Fall behalten die Versicherungsträger auf Antrag des Dienstes die Beträge der Beteiligungen der Gesundheitspflegeversicherung für Leistungen der säumigen Labore ganz oder teilweise als Garantie ein in Höhe der geschuldeten Beträge, dies bis zum Tag der Notifizierung an das Institut einer für das Institut ungünstigen rechtskräftig gewordenen definitiven gerichtlichen Entscheidung zur Sache in bezug auf die vorerwähnten Beträge. Der König bestimmt die Ausführungsbedingungen und -modalitäten der vorliegenden Bestimmung, insbesondere hinsichtlich der Unterrichtung der Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung über vorerwähnte Maßnahme. Diese Kürzungen sind auf Beträge anwendbar, die für Leistungen geschuldet werden, die ab dem 1. Januar 1991 erbracht worden sind.

Unter den vom König festgelegten Bedingungen kann von der Anrechnung der im vorhergehenden Absatz erwähnten Verzugszinsen abgesehen werden.

§ 16 - Als Quartalszahlungen für ein bestimmtes Rechnungsjahr entrichtete Beträge werden vollständig mit der für dasselbe Rechnungsjahr geschuldeten Erstattung verrechnet.

Der Dienst setzt jedes Labor per Einschreibebrief von der Erstattung und dem Resultat der in Absatz 1 erwähnten Verrechnung in Kenntnis, wobei er den eventuellen Soll- oder Habensaldo angibt.

Der Sollsaldo ist zahlbar binnen dreißig Tagen nach der Notifizierung an das betreffende Labor. Bei Verstreichen dieser Frist wird das Labor von Rechts wegen in Verzug gesetzt, was die Zahlung der noch geschuldeten Beträge betrifft.

Bei Nichtzahlung innerhalb der im vorhergehenden Absatz erwähnten Frist werden ab Verstreichen dieser Frist bis zum Tag der Zahlung Verzugszinsen in Höhe von 12 Prozent im Jahr auf die geschuldeten Beträge berechnet. In diesem Fall behalten die Versicherungsträger auf Antrag des Dienstes die Beträge der Beteiligungen der Gesundheitspflegeversicherung für Leistungen der säumigen Labore ganz oder teilweise als Garantie ein in Höhe der geschuldeten Beträge, dies bis zum Tag der Notifizierung an das Institut einer für das Institut ungünstigen rechtskräftig gewordenen definitiven gerichtlichen Entscheidung zur Sache in bezug auf die vorerwähnten Beträge. Der König bestimmt die Ausführungsbedingungen und -modalitäten der vorliegenden Bestimmung, insbesondere hinsichtlich der Unterrichtung der Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung über vorerwähnte Maßnahme. Diese Kürzungen sind auf Beträge anwendbar, die für Leistungen geschuldet werden, die ab dem 1. Januar 1991 erbracht worden sind.

Unter den vom König festgelegten Bedingungen kann von der Anrechnung der im vorhergehenden Absatz erwähnten Verzugszinsen abgesehen werden.

Die Rückzahlung des eventuellen Habensaldos muß vom betreffenden Labor beim Dienst anhand eines Formulars beantragt werden, das von diesem Dienst zur Verfügung gestellt wird.

Der Habensaldo ist zahlbar binnen dreißig Tagen nach Empfang des im vorhergehenden Absatz erwähnten Antrags. Bei Verstreichen dieser Frist wird das Institut von Rechts wegen in Verzug gesetzt, was die Zahlung der noch geschuldeten Beträge betrifft.

Bei Nichtzahlung innerhalb der im vorhergehenden Absatz erwähnten Frist werden ab Verstreichen dieser Frist bis zum Tag der Zahlung Verzugszinsen in Höhe von 12 Prozent im Jahr auf die geschuldeten Beträge berechnet.

§ 17 - Zeigen die vorläufigen Rechnungen auf, daß die fakturierten Ausgaben für klinische Biologie für ein bestimmtes Rechnungsjahr mindestens 3 Prozent unter dem für das betreffende Rechnungsjahr festgelegten Globalhaushalt liegen, werden die Beträge, die für dieses Rechnungsjahr als Quartalszahlung entrichtet worden sind, an die betreffenden Labore zurückgezahlt.

Art. 62 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß und nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses zusätzliche Modalitäten für die Berechnung der in Artikel 61 erwähnten Quartalsbeträge und Erstattungen festlegen unter Berücksichtigung der tatsächlichen Ausgaben und des genormten Haushaltsplans beziehungsweise Budgets jedes Labors, berechnet aufgrund von nationalen Parametern, die Er festlegt.

Er bestimmt das Datum, an dem diese Modalitäten in Kraft treten.

Abschnitt X — Bedingungen für die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung für bestimmte Leistungen

Art. 63 - Der König kann für Leistungen der klinischen Biologie, so wie sie von Ihm definiert werden, die Beteiligung der Versicherung von der Bedingung abhängig machen, daß diese Leistungen von Laboren erbracht werden, die:

1. gemäß den diesbezüglich geltenden Bestimmungen des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser und seiner Ausführungserlasse eingerichtet und betrieben werden,

2. von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister gemäß einem vom König bestimmten Verfahren zugelassen sind aufgrund technischer Kriterien und aufgrund von Kriterien in bezug auf Qualitätskontrolle und unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Königlichen Erlasses Nr. 143 vom 30. Dezember 1982 zur Festlegung der Bedingungen, denen die Labore entsprechen müssen im Hinblick auf die Beteiligung der Krankenversicherung für Leistungen der klinischen Biologie,

3. vom Minister aufgrund von Kriterien zugelassen sind, die vom König festgelegt werden und die sich insbesondere auf Mengenkontrolle und Finanzierung beziehen können.

Bei der Festlegung der in den Nummern 2 und 3 weiter oben erwähnten Kriterien kann unter anderem der Labortyp, das Volumen und die Art der Aktivitäten des Labors und des Krankenhauses, in dem das Labor eingerichtet ist, berücksichtigt werden.

Art. 64 - Für Leistungen, die mit schweren medizinischen Geräten oder in medizinischen oder medizinisch-technischen Diensten erbracht werden, die in dem am 7. August 1987 koordinierten Gesetz über die Krankenhäuser erwähnt sind, so wie diese Leistungen vom König definiert werden, wird die Beteiligung der Versicherung von der Bedingung abhängig gemacht, daß diese Leistungen mit Geräten oder in Diensten erbracht werden, die:

1. gemäß den diesbezüglich geltenden Bestimmungen in bezug auf Programmierung und Zulassung des vorerwähnten Gesetzes über die Krankenhäuser und dessen Ausführungserlasse installiert und betrieben werden,

2. vom Minister aufgrund von Kriterien zugelassen sind, die vom König festgelegt werden und die sich insbesondere auf Mengenkontrolle und Finanzierung beziehen können.

Unbeschadet der anderen Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes kann der König ebenfalls auf Vorschlag des für die Volksgesundheit zuständigen Ministers Honorare für vorerwähnte Leistungen beschränken, wenn sie mit schweren medizinischen Geräten oder in medizinischen oder medizinisch-technischen Diensten erbracht werden, die ohne Zulassung installiert oder geschaffen worden sind.

Art. 65 - Der König kann für Leistungen der pathologischen Anatomie, so wie sie von Ihm definiert werden, die Beteiligung der Versicherung von der Bedingung abhängig machen, daß diese Leistungen in Laboren erbracht werden, die:

1. von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister aufgrund technischer Kriterien und Kriterien in bezug auf Qualitätskontrolle gemäß einem vom König festgelegten Verfahren zugelassen sind,
2. vom Minister aufgrund von Kriterien zugelassen sind, die vom König festgelegt werden und sich insbesondere auf Mengenkontrolle und Finanzierung beziehen können.

Art. 66 - Der König kann für Leistungen, so wie sie von Ihm definiert werden, die Beteiligung der Versicherung ganz oder teilweise von der Einhaltung qualitativer und quantitativer Normen in bezug auf eine gute medizinische Praxis abhängig machen, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister auf Vorschlag oder nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses festgelegt werden.

Dieser Minister bestimmt nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses ebenfalls das Verfahren für die Festlegung dieser Normen und für die Überwachung ihrer Einhaltung.

Art. 67 - Um die Kosten der in den Artikeln 63, 65 und 66 erwähnten Qualitätskontrollen zu decken, kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe dieser Gebühr wird vom König auf Vorschlag des für die Volksgesundheit zuständigen Ministers festgelegt.

Abschnitt XI — Besondere Bestimmungen in bezug auf Änderungen des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen und die Senkung bestimmter Honorare

Art. 68 - § 1 - Der König bestimmt nach Stellungnahme des zuständigen Fachrates, die binnen dreißig Tagen nach ihrer Beantragung abgegeben werden muß, die in Artikel 34 Nr. 1 Buchstabe *d*) und Nr. 3 erwähnten Leistungen, für die die Honorare, die sich aus dem in Artikel 35 § 1 erwähnten Verzeichnis der Gesundheitsleistungen ergeben, in zwei Teile aufgeteilt werden, wovon der erste mit der Vergütung für die intellektuelle Handlung des Pflegeerbringers übereinstimmt und der zweite mit der Deckung der für die Erbringung dieser Leistungen notwendigen Kosten und der Kosten, die durch die Erbringung dieser Leistungen verursacht werden.

Modalitäten und Verhältnisse dieser Aufteilung werden vom König auf Vorschlag oder nach Stellungnahme des zuständigen Fachrates im Verzeichnis der Gesundheitsleistungen festgelegt.

§ 2 - Der König bestimmt auf Vorschlag oder nach Stellungnahme des Medizinischen Fachrates, die binnen dreißig Tagen nach dem Antrag des Ministers abgegeben werden muß, die in Artikel 34 Nr. 1 Buchstabe *d*) und Nr. 3 erwähnten Leistungen, für die der Teil der Honorare, der der Deckung der Kosten entspricht, für Kategorien von Pflegeerbringern gesenkt werden kann, die während eines bestimmten Zeitraums ein bestimmtes Leistungsvolumen überschreiten. Er kann gemäß demselben Verfahren die Regeln und Modalitäten, gemäß denen die vorerwähnten Honorare gesenkt werden können, festlegen.

§ 3 - Die Regelung oder die Regelungen, die vom König aufgrund der Paragraphen 1 und 2 des vorliegenden Artikels, des Artikels 57 § 3, des Artikels 60 § 4 und des Artikels 69 § 4 getroffen werden, sind ab ihrem Inkrafttreten allen betroffenen Pflegeerbringern gegenüber wirksam.

Abschnitt XII — Leistungen des bildgebenden Diagnoseverfahrens und andere in Artikel 34 erwähnte Leistungen

Art. 69 - § 1 - Die Anwendung der Bestimmungen der Artikel 57, 58, 59 und 60 § 1 kann vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß auf andere in Artikel 34 erwähnte Leistungen ausgedehnt werden mit Ausnahme der in den Nummern 1, 2 und 3 dieses Artikels erwähnten Leistungen, insoweit es sich nicht um Leistungen der klinischen Biologie oder des bildgebenden Diagnoseverfahrens handelt.

§ 2 - Die Anwendung der Bestimmung von Artikel 60 § 2 kann vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß auf alle in Artikel 34 erwähnten Leistungen ausgedehnt werden.

§ 3 - Je nach den in den Paragraphen 1 und 2 erwähnten Leistungen wird die Nationale Kommission Ärzte-Krankenkassen durch die zuständige Kommission ersetzt, die mit dem Abschluß der Vereinbarungen und Abkommen beauftragt ist, und wird der Medizinische Fachrat durch den in Artikel 27 erwähnten zuständigen Fachrat oder in Ermangelung eines solchen Fachrates durch den Versicherungsausschuß ersetzt.

§ 4 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß und nach Stellungnahme des Allgemeinen Rates und des Versicherungsausschusses jährlich den globalen Finanzmittelhaushalt für die in Artikel 34 Nr. 11 und 12 erwähnten Leistungen festlegen.

Der König bestimmt auf Vorschlag oder nach Stellungnahme der zuständigen Abkommenskommission, die binnen dreißig Tagen nach dem Antrag des Ministers abgegeben werden muß, wie und nach welchen Kriterien der Finanzmittelhaushalt pro Dienst oder Einrichtung für die im vorhergehenden Absatz erwähnten Leistungen berechnet wird und wie dieser Haushalt pro Pflegetag berechnet wird unter Berücksichtigung des im vorhergehenden Absatz erwähnten Globalhaushaltes.

§ 5 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß und nach Stellungnahme des Allgemeinen Rates und des Versicherungsausschusses jährlich den globalen Finanzmittelhaushalt für die in Artikel 34 Nr. 5 Buchstabe *b*) und *c*) erwähnten Leistungen und die Verteilung dieses Haushalts je nach den Leistungen, die zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen oder der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten erbracht werden, festlegen.

Abschnitt XIII — Von einem Subunternehmer erbrachte Gesundheitsleistungen

Art. 70 - Unter Gesundheitsleistungen, die von einem Subunternehmer erbracht werden, sind Leistungen zu verstehen, die zu einer Beteiligung der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung führen und deren Erbringung, die einem Pflegeerbringer, einem Dienst oder einer Anstalt einschließlich der Labore für klinische Biologie anvertraut ist, einem anderen Pflegeerbringer, einem anderen Dienst oder einer anderen Anstalt einschließlich der Labore für klinische Biologie überlassen wird. Den von einem Subunternehmer erbrachten Gesundheitsleistungen werden Leistungen gleichgesetzt, die auf Antrag einer Pflegeanstalt, die nicht über ein integriertes Labor für klinische Biologie verfügt, von einem Labor für klinische Biologie erbracht werden; dieses Labor für klinische Biologie wird als Subunternehmer angesehen.

Der König kann nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß spezifische Erstattungsbedingungen für diese Leistungen festlegen. So kann Er die Bedingungen und Modalitäten festlegen, denen Verschreibung, Bescheinigung und Fakturierung dieser Leistungen entsprechen müssen. Darüber hinaus kann Er bestimmen, an wen die Zahlung für diese Leistungen zu entrichten ist.

Wenn derjenige, der die Ausführung dieser Leistungen einem Subunternehmer anvertraut, die Beteiligung der Versicherung auf der Grundlage von Pauschalhonoraren einnimmt, kann der König aufgrund von Regeln, die Er bestimmt, den Betrag festlegen, den ersterer an diesen Subunternehmer zu entrichten verpflichtet ist.

Abschnitt XIV — Rehabilitationsleistungen

Art. 71 - Der König kann nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses allgemeine Bedingungen festlegen, denen die in Artikel 22 Nr. 6 erwähnten Rehabilitationsabkommen unterworfen sind.

Der König legt gemäß den von Ihm bestimmten Modalitäten und Bedingungen durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß auf Vorschlag des Allgemeinen Rates und nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses das jährliche Haushaltsziel für die in Artikel 34 Nr. 7 und 8 erwähnten Rehabilitationsleistungen fest. Wenn gemäß den vom König festgelegten Modalitäten festgestellt wird, daß das Haushaltsziel überschritten zu werden droht, verfügt der Versicherungsausschuß über eine Frist von zwei Monaten, um Korrekturmaßnahmen zu ergreifen.

Abschnitt XV — Verträge in bezug auf Neufertigarzneimittel

Art. 72 - Der für die Sozialfürsorge zuständige Minister und der für Wirtschaftsangelegenheiten zuständige Minister können - im gemeinsamen Einvernehmen - mit Herstellern, Importeuren oder Verpackern von Neufertigarzneimitteln Verträge abschließen, die Verpflichtungen beinhalten, um die jährlichen Ausgaben der Gesundheitspflegeversicherung für die in diesen Verträgen aufgenommenen Fertigarzneimittel in vorher definierten Grenzen zu halten.

Diese Verträge enthalten Bestimmungen in bezug auf Preise und Erstattungstarife der Neufertigarzneimittel für einen bestimmten Zeitraum, dies innerhalb der Grenzen eines Haushaltsbetrags, der jährlich unter Berücksichtigung des jährlichen Teilhaushaltsziels für pharmazeutische Produkte und der Entwicklung der Preise und der vorgeschriebenen Volumen berechnet wird.

Sie enthalten eine ausdrückliche Verpflichtung seitens des betreffenden pharmazeutischen Betriebs, der Gesundheitspflegeversicherung einen Betrag zurückzuzahlen, dessen Höhe der Überschreitung des Volumens, dem Erstattungssatz und den Entwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt Rechnung trägt.

Diese Verträge dürfen nur nach Stellungnahme des Fachrates für die Beziehungen mit der Arzneimittelindustrie, des in Artikel 27 erwähnten Fachrates für Fertigarzneimittel und der in Artikel 31 erwähnten Arzneimittelkommission geschlossen werden.

Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die Bedingungen und Modalitäten für die Anwendung des vorliegenden Artikels, insbesondere was die Definition des Begriffs der Neufertigarzneimittel, die Vertragsdauer und den der Gesundheitspflegeversicherung zurückzuzahlenden Betrag betrifft.

Abschnitt XVI — Pflichten der Pflegebringer

Art. 73 - Der Arzt und die Fachkraft der Zahnheilkunde befinden nach bestem Wissen und völlig frei über die zugunsten der Patienten zu erbringende Pflege. Sie achten darauf, die medizinische Pflege in sorgsamer Zuwendung und fachkundig im Interesse des Patienten zu erbringen unter Berücksichtigung der ihnen von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten globalen Mittel.

Sie sehen davon ab, zu Lasten der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherungsregelung unnötig teure Untersuchungen und Behandlungen zu verschreiben und überflüssige Leistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen.

Pflegebringer, die nicht in Absatz 1 erwähnt sind, sehen ebenfalls davon ab, unnötig teure oder überflüssige Leistungen zu Lasten der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherungsregelung zu erbringen, wenn sie ermächtigt sind, selbst die Initiative zu diesen Leistungen zu ergreifen.

Der unnötig teure Charakter der Untersuchungen und Behandlungen und der überflüssige Charakter der Leistungen müssen im Vergleich zu den Untersuchungen, Behandlungen und Leistungen, die ein Pflegebringer unter ähnlichen Umständen verschreibt, erbringt oder erbringen läßt, abgeschätzt werden.

Verschreiber der in Artikel 34 Nr. 5 erwähnten Leistungen sind für nicht in einem Krankenhaus aufgenommene Begünstigte verpflichtet, Verschreibungsformulare zu benutzen, deren Muster vom König festgelegt ist und auf denen die Erkennungsnummer des Verschreibers beim Institut in Form eines Strichcodes aufgedruckt ist.

Art. 74 - Der Facharzt oder die Fachkraft der Zahnheilkunde übermittelt dem Hausarzt mit Zustimmung des Kranken das Protokoll seiner Untersuchungen. Er übermittelt dem Vertrauensarzt des Versicherungsträgers eine Abschrift dieses Protokolls, wenn dieser es im Rahmen seiner Kontrollaufgabe beantragt. Der Facharzt oder die Fachkraft der Zahnheilkunde holt jedoch die Zustimmung des Kranken ein, wenn er/sie dies für nötig hält.

Art. 75 - Der König kann auf Vorschlag des Medizinischen Fachrates eine Unterlage einführen, die jedem Arzt, der von einem Begünstigten konsultiert wird, die Möglichkeit bietet, sich zu vergewissern, ob technische Untersuchungen ausgeführt worden sind, ob wiederholt dieselbe Pflege erbracht worden ist, ob Prothesen verschrieben worden sind, so daß er sich über die Ergebnisse dieser Untersuchungen und dieser Behandlungen informieren kann. Er legt den Inhalt der Unterlage auf Vorschlag des vorerwähnten Fachrates fest.

Gegebenenfalls kann die Benutzung dieser Unterlage auf bestimmte Regionen, bestimmte Kategorien von Begünstigten oder bestimmte Leistungen begrenzt werden.

Der Minister kann in diesem Zusammenhang ebenfalls einen Vorschlag des Fachrates beantragen. Wird der Vorschlag nicht in der aufgrund von Absatz 5 festgelegten Frist abgegeben oder schließt sich der Minister dem ihm übermittelten Vorschlag nicht an, kann er dem Fachrat seinen Vorschlag zwecks Stellungnahme vorlegen.

Der König kann die in Absatz 1 erwähnte Unterlage auf der Grundlage des Vorschlags des Ministers einführen, ob dieser Vorschlag der Stellungnahme des Fachrates entsprechend abgeändert wurde oder nicht.

Der König kann die Frist festlegen, innerhalb deren die Stellungnahme und der Vorschlag vom Fachrat abgegeben werden müssen. Es wird davon ausgegangen, daß sie abgegeben worden sind, wenn sie nicht innerhalb der festgelegten Frist abgegeben wurden.

Abschnitt XVII — Pflichten der heilhilfsberuflichen Mitarbeiter

Art. 76 - Heilgymnasten und Fachkräfte für Krankenpflege sind gemäß den vom König zu bestimmenden Modalitäten verpflichtet, alle Leistungen, die sie erbringen, in einem Leistungsregister festzuhalten.

Abschnitt XVIII — Finanzielle Verantwortung der verschreibenden Ärzte

Art. 77 - § 1 - Der König kann nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen, die innerhalb einer von Ihm bestimmten Frist abgegeben wird, die Bedingungen und Regeln festlegen, in denen bestimmt wird, inwieweit Ärzten gegenüber, durch deren Verschreibungsverhalten im Bereich der klinischen Biologie und des bildgebenden Diagnoseverfahrens die Normen überschritten werden, die aufgrund von Kriterien und Parametern

festgelegt sind, die Er bestimmt, Honorare, die von den Honoraren abweichen, die in den in Artikel 50 erwähnten Vereinbarungen vorgesehen sind, angewendet werden für Gesundheitsleistungen, die von ihnen erbracht werden und in Artikel 34 Nr. 1 Buchstabe a) vorgesehen sind. Der König kann nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen die Anwendung der vorliegenden Bestimmung gemäß Modalitäten, die Er bestimmt, auf andere in Artikel 34 erwähnte Leistungen ausdehnen.

§ 2 - Der König kann nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen, die innerhalb einer von ihm bestimmten Frist abgegeben wird, festlegen, daß die in Artikel 60 erwähnten Pauschalhonorare, die Er bestimmt, weder der Gesundheitspflegeversicherung noch den Begünstigten angerechnet werden dürfen, wenn die Verschreibungen, die zu diesen Honoraren führen, von Ärzten ausgehen, durch deren Verschreibungsverhalten die Normen überschritten werden, die vom König aufgrund von Kriterien und Parametern, die Er bestimmt, festgelegt werden.

§ 3 - Der König bestimmt, welche Instanz das Überschreiten der in den Paragraphen 1 und 2 erwähnten Normen feststellt und die Modalitäten, gemäß denen Ärzte Berufung gegen den Beschluß einlegen können, den diese Instanz aufgrund dieser Paragraphen gefaßt hat.

Der Widerspruch wird bei der zu diesem Zweck bei der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen geschaffenen Kommission eingelegt.

Diese Kommission setzt sich zusammen aus einem zweisprachigen Präsidenten und einem zweisprachigen stellvertretenden Präsidenten, die unter den Magistraten der Appellationshöfe und der Arbeitsgerichtshöfe mit Ausnahme der Mitglieder der Staatsanwaltschaft ausgewählt werden.

Darüber hinaus setzt sie sich aus ordentlichen Mitgliedern und Ersatzmitgliedern zusammen, von denen die eine Hälfte niederländischsprachig und die andere Hälfte französischsprachig ist.

Diese Mitglieder sind:

a) zwei ordentliche Mitglieder und zwei Ersatzmitglieder, die unter den Magistraten der Appellationshöfe und der Arbeitsgerichtshöfe mit Ausnahme der Mitglieder der Staatsanwaltschaft ausgewählt werden,

b) vier ordentliche Mitglieder und vier Ersatzmitglieder, die Ärzte sind und die Berufsorganisationen der Ärzteschaft vertreten,

c) vier ordentliche Mitglieder und vier Ersatzmitglieder, die Ärzte sind und die Versicherungsträger vertreten.

Der König ernennt den Präsidenten und die Mitglieder der Kommission.

§ 4 - Die Kommission entscheidet, nachdem der betreffende verschreibende Arzt vorgeladen und angehört worden ist.

Der Betreffende kann sich von einem Anwalt oder von jeder anderen Person seiner Wahl beistehen lassen.

Zur Vermeidung der Nichtigkeit muß jeder Beschluß mit Gründen versehen werden.

§ 5 - Der König bestimmt die Modalitäten für die Notifizierung der aufgrund des vorliegenden Artikels gefaßten Beschlüsse.

§ 6 - Der von der in § 3 Absatz 1 erwähnten Instanz gefaßte Beschluß ist ungeachtet jeglicher Berufung vollstreckbar ab der Notifizierung an den betreffenden Arzt und, was die Anwendung von § 2 betrifft, an die Pflegerbringer.

§ 7 - In Abweichung von § 6 kann der betreffende Arzt gemäß den vom König festgelegten Modalitäten die Aussetzung des in § 3 erwähnten Beschlusses beantragen.

Die Aussetzung kann nur bewilligt werden, wenn:

- gewichtige Gründe geltend gemacht werden,

- die unmittelbare Ausführung einen schwerwiegenden schwer gutzumachenden Nachteil verursachen würde.

Die in § 3 erwähnte Kommission entscheidet unverzüglich über den Aussetzungsantrag. Sie entscheidet über den Hauptantrag binnen einer Frist von drei Monaten ab der Notifizierung des Beschlusses, mit dem über den Aussetzungsantrag entschieden wird.

§ 8 - Der König bestimmt die anderen Verfahrensregeln, die die Arbeitsweise der in § 3 erwähnten Kommission regeln, und die Dauer des Mandats ihrer Mitglieder.

TITEL IV — Entschädigungsversicherung

KAPITEL I — Organe

Abschnitt I — Dienst für Entschädigungen

Art. 78 - Beim Institut wird ein Dienst für Entschädigungen eingesetzt, der mit der Verwaltung der Entschädigungsversicherung beauftragt ist.

Abschnitt II — Geschäftsführender Ausschuß

Art. 79 - Der Dienst für Entschädigungen wird von einem Geschäftsführenden Ausschuß verwaltet, der sich aus einer gleichen Zahl Vertreter der repräsentativen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen zusammensetzt.

Darüber hinaus besteht der Geschäftsführende Ausschuß aus Vertretern der Versicherungsträger, die im Rahmen der Entschädigungsversicherung Befugnisse ausüben; jeder Versicherungsträger hat Anrecht auf mindestens einen Vertreter.

Nur die in Absatz 1 erwähnten Mitglieder des Geschäftsführenden Ausschusses sind stimmberechtigt in bezug auf die in Artikel 80 Nr. 2 erwähnte Angelegenheit.

Der König bestimmt die Zahl der ordentlichen Vertreter und der Ersatzvertreter und ernennt sie. Er ernennt den Präsidenten und die Vizepräsidenten. Er legt die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des Geschäftsführenden Ausschusses fest.

Der König kann an die Stelle des Geschäftsführenden Ausschusses treten, wenn dieser einen Monat, nachdem er vom Minister dazu aufgefordert worden ist, keinen gültigen Beschluß in bezug auf die Ausübung der Aufgaben gefaßt hat, die ihm aufgrund des vorliegenden koordinierten Gesetzes anvertraut sind.

Es wird davon ausgegangen, daß die vom Geschäftsführenden Ausschuß abzugebenden Stellungnahmen abgegeben worden sind, wenn er sie einen Monat nach ihrer Beantragung nicht erteilt hat.

Drei Regierungskommissare, die vom König auf Vorschlag des für die Sozialfürsorge zuständigen Ministers, des für die Beschäftigung und die Arbeit zuständigen Ministers beziehungsweise des für den Haushalt zuständigen Ministers ernannt werden, wohnen den Versammlungen des Ausschusses bei.

Art. 80 - Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen:

1. schließt die Rechnungen der Entschädigungsversicherung ab und stellt ihren Haushaltsplan auf; dieser Haushaltsplan und diese Rechnungen führen die Entschädigungen wegen primärer Arbeitsunfähigkeit, die Invaliditätsentschädigungen und das Mutterschaftsgeld getrennt auf; separate Veranschlagungen werden für die Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen oder das Mutterschaftsgeld und das Bestattungsgeld aufgestellt,

2. verwaltet den Rücklagenfonds, der mit dem Überschuß aus der Geschäftsführung des Zweigs Entschädigungen gebildet wird,

3. stellt nach Abschluß jedes Rechnungsjahres einen ausführlichen Jahresbericht über das Rechnungsjahr auf und teilt dem Minister innerhalb der vom König festgelegten Frist die Maßnahmen mit, die er ausgehend von diesem Bericht vorschlägt oder festgelegt hat,

4. legt die Bedingungen fest, unter denen den Versicherungsträgern Geldmittel vorgestreckt werden, die sie brauchen, um die Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen oder das Mutterschaftsgeld und das Bestattungsgeld zu zahlen,

5. arbeitet die im vorliegenden koordinierten Gesetz erwähnten Verordnungen aus, die sich insbesondere beziehen auf:

a) die Eröffnung des Anrechts auf Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen oder Mutterschaftsgeld und Bestattungsgeld,

b) die Modalitäten für die Berechnung der Entschädigungen,

c) die Modalitäten für die Zahlung der Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen oder des Mutterschaftsgelds und des Bestattungsgelds,

6. legt die Modalitäten fest, gemäß denen die Versicherungsträger ihre Rechnungen beim Dienst für Entschädigungen einreichen und rechtfertigen,

7. untersucht die Berichte, die ihm in Ausführung der Artikel 141 § 1 Nr. 14 und 161 Absatz 1 Nr. 4 vom Dienst für medizinische Kontrolle und vom Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle übermittelt werden; er erstattet dem Minister in den vom König festgelegten Fristen über die Maßnahmen Bericht, die er beschlossen hat oder vorschlägt,

8. entscheidet im Rahmen seiner Zuständigkeit über die Erhebung von Rechtsklagen.

Im Dringlichkeitsfall kann der leitende Beamte des Dienstes für Entschädigungen über die Erhebung von Rechtsklagen entscheiden. Diese Klagen werden dem in Artikel 79 erwähnten Geschäftsführenden Ausschuß bei seiner nächsten Sitzung zur Genehmigung vorgelegt. Wird diese Genehmigung verweigert, ist eine eingeleitete Klage zurückzunehmen,

9. erstellt seine Geschäftsordnung und legt sie dem König zur Billigung vor,

10. nimmt auf gleichlautende Stellungnahme des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle die Zulassung oder den Entzug der Zulassung der von einem oder mehreren Arbeitgebern organisierten Dienste für medizinische Kontrolle vor, die in Artikel 91 erwähnt sind,

11. beschließt bei Wiederaufnahme einer nicht erlaubten Arbeit, in welchen interessierenden Fällen ganz oder teilweise auf den einzutreibenden Betrag verzichtet werden kann,

12. schlägt dem Allgemeinen Ausschuß den Haushaltsplan der Verwaltungskosten des Dienstes für Entschädigungen vor,

13. schlägt dem Allgemeinen Ausschuß Anwerbung, Ernennung, Zuweisung, Beförderung, Entlassung und Entfernung aus dem Dienst des Personals des Dienstes für Entschädigungen und Disziplinarstrafen, die gegen dieses Personal zu verhängen sind, vor.

Abschnitt III — Medizinischer Invaliditätsrat

Art. 81 - Beim Dienst für Entschädigungen wird ein Medizinischer Invaliditätsrat eingesetzt, der eine hohe Kommission und regionale Kommissionen, deren Zahl und territorialer Zuständigkeitsbereich vom König bestimmt werden, umfaßt.

Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des Medizinischen Invaliditätsrates werden vom König festgelegt, der den Präsidenten und die Mitglieder dieses Rates ernannt.

Art. 82 - Der Medizinische Invaliditätsrat:

1. führt die Aufgaben aus, die ihm aufgrund von Artikel 94 auferlegt sind, und notifiziert seine Beschlüsse den vom König bestimmten Personen und Einrichtungen unter den Bedingungen und in den Fristen, die Er festlegt,

2. untersucht die Fragen in bezug auf den Zeitraum der Invalidität, die ihm vom Minister, vom Geschäftsführenden Ausschuß oder vom leitenden Beamten des Dienstes für Entschädigungen und von den Versicherungsträgern, die im Rahmen der Entschädigungsversicherung Befugnisse ausüben, zwecks Stellungnahme übermittelt werden,

3. arbeitet mit dem in Artikel 23 § 1 erwähnten Kollegium der Ärzte-Direktoren zusammen, indem er ihm alle Berechtigten mitteilt, die für eine Rehabilitations- oder Umschulungsleistung in Betracht kommen, und indem er ihm alle Informationen übermittelt, die dieses Kollegium für die Ausübung seiner Aufgabe beantragt.

Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen die Entscheidungsbefugnis in bezug auf einen Invaliditätszustand oder die Befugnis, diese Entscheidungen zu notifizieren, von einem oder mehreren Ärzten ausgeübt wird, die Mitglieder der hohen Kommission oder einer regionalen Kommission sind. Die Entscheidungsbefugnis darf auf keinen Fall ausschließlich von Ärzten ausgeübt werden, die vom Versicherungsträger beschäftigt werden, bei dem der betreffende Berechtigte angeschlossen oder eingetragen ist.

Abschnitt IV — Krankenkassenfachrat

Art. 83 - Beim Dienst für Entschädigungen wird ein Krankenkassenfachrat eingesetzt, dessen Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise vom König festgelegt werden; der König ernannt seinen Präsidenten und seine Mitglieder, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens einen Vertreter hat.

Art. 84 - Der Krankenkassenfachrat hat als Aufgabe, Stellungnahmen über Probleme in bezug auf die Bedingungen für die Gewährung der in Titel IV erwähnten Entschädigungen abzugeben im Hinblick auf deren Prüfung im Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen.

Abschnitt V — Evaluationskommission

Art. 85 - Beim Dienst für Entschädigungen wird eine Evaluationskommission eingesetzt, die als Aufgabe hat, anhand statistischer Daten in bezug auf die Arbeitsunfähigkeit Untersuchungen durchzuführen und Stellungnahmen abzugeben über Probleme in bezug auf die Arbeitsweise der Arbeitslosenversicherung und insbesondere über die Anwendung der diesbezüglichen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen.

Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise dieser Kommission werden vom König festgelegt, der ebenfalls den Präsidenten und die Mitglieder ernennt.

KAPITEL II — Anwendungsbereich

Art. 86 - § 1 - Begünstigte der in Titel IV Kapitel III des vorliegenden koordinierten Gesetzes definierten Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen unter den durch dieses Gesetz vorgesehenen Bedingungen sind als Berechtigte:

1. a) Arbeitnehmer, auf die die Gesundheitspflegepflichtversicherung aufgrund des Gesetzes vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzes vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer anwendbar ist, einschließlich der Arbeitnehmer, die eine Entschädigung aufgrund einer ordnungswidrigen Vertragsauflösung beziehen, die ab dem 1. Juli 1970 erfolgt ist, während des durch diese Entschädigung gedeckten Zeitraums, oder Arbeitnehmer, auf die der Gesetzeserlass vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen anwendbar ist,

b) vorerwähnte Arbeitnehmerinnen während der in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 4 erwähnten Ruhezeit,

c) Arbeitnehmer, die sich in einer der in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 3 und 5 erwähnten Lagen befinden,

2. Arbeitnehmer, die während eines Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit oder Mutterschaftsruhe, so wie im vorliegenden koordinierten Gesetz definiert, die in Nr. 1 Buchstabe a) erwähnte Eigenschaft als Berechtigte verlieren,

3. Arbeitnehmer bei Ablauf des in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 6 erwähnten Zeitraums fortgesetzter Versicherung, die die in Nr. 1 erwähnte Eigenschaft besessen haben, unter der Bedingung, daß sie spätestens am ersten Werktag nach Ablauf der vorerwähnten Periode arbeitsunfähig geworden sind oder daß spätestens an diesem Tag die Mutterschaftsruhe eingesetzt hat.

§ 2 - Begünstigte des Bestattungsgelds, das beim Tod des in Artikel 110 erwähnten Berechtigten gezahlt wird, sind die vom König bestimmten Personen, die die Bestattungskosten, tatsächlich bezahlt haben.

§ 3 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß eine Entschädigungsversicherung vorsehen zugunsten der in Artikel 33 Absatz 1 Nr. 1 erwähnten Personen und der freiwillig versicherten Personen, die in Artikel 7 Nr. 1 des Königlichen Erlasses Nr. 38 vom 27. Juli 1967 zur Einführung des Sozialstatuts der Selbständigen erwähnt sind.

Er bestimmt, unter welchen Bedingungen diese Versicherung anwendbar ist, den Umfang der gezahlten Entschädigungen und die Höhe der staatlichen Subvention, die für diese Versicherung bestimmt ist.

Für Angelegenheiten in bezug auf die in Absatz 1 erwähnte Entschädigungsversicherung wird der Dienst für Entschädigungen von einem separaten Geschäftsführenden Ausschuß verwaltet, der sich aus Vertretern der repräsentativen Selbständigenorganisationen und der Versicherungsträger zusammensetzt. Der König bestimmt Befugnisse, Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise dieses Geschäftsführenden Ausschusses. Er ernennt den Präsidenten, die Vizepräsidenten und die Mitglieder.

Drei Regierungskommissare, die vom König auf Vorschlag des für die Sozialfürsorge zuständigen Ministers, des für den Mittelstand zuständigen Ministers beziehungsweise des für den Haushalt zuständigen Ministers ernannt werden, wohnen den Versammlungen des Ausschusses bei.

Der König richtet ein Koordinationsbüro ein, das beauftragt ist, sowohl für den in Artikel 79 erwähnten als auch für den im vorliegenden Paragraphen erwähnten Geschäftsführenden Ausschuß Stellungnahmen in bezug auf Fragen abzugeben, die von gemeinsamem Interesse für die Entschädigungsversicherung der Arbeitnehmer und die der Selbständigen sind, damit beide Geschäftsführenden Ausschüsse übereinstimmende Beschlüsse fassen. Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise dieses Koordinationsbüros werden vom König bestimmt.

Der König bestimmt die Zusammensetzung des in Abschnitt IV erwähnten Krankenkassenfachausschusses, wenn sich die Stellungnahmen, die dieser Rat abzugeben hat, auf die Bedingungen für die Gewährung von Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen an Selbständige beziehen.

*KAPITEL III — Leistungen**Abschnitt I — Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit*

Art. 87 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 97 erhält der in Artikel 86 § 1 erwähnte Berechtigte, der arbeitsunfähig ist, so wie in Artikel 100 definiert, für jeden Werktag eines einjährigen Zeitraums, der mit Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit einsetzt, oder für jeden Tag desselben Zeitraums, der durch eine Verordnung des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen einem Werktag gleichgesetzt wird, eine «Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit» genannte Entschädigung, die nicht weniger als 60 Prozent des Lohnausfalls betragen darf, berechnet auf einen Bezugszeitraum, der durch die in Artikel 80 Nr. 5 erwähnte Verordnung festgelegt ist, wobei der berücksichtigte Lohn den vom König festgelegten Betrag nicht überschreiten darf; dieser Höchstbetrag ist ebenfalls anwendbar, wenn der Berechtigte von mehreren Arbeitgebern beschäftigt wird. Für die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe c) erwähnten Berechtigten und für Berechtigte, die aufgrund von Artikel 131 die vorerwähnte Eigenschaft behalten, darf die Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit während eines vom König zu bestimmenden Zeitraums nicht über dem Arbeitslosengeld liegen, auf das sie Anspruch gehabt hätten, wenn sie nicht arbeitsunfähig gewesen wären; diese Bestimmung ist nicht anwendbar auf zeitweilige Arbeitslose oder auf Arbeitslose, die vom König den zeitweiligen Arbeitslosen gleichgestellt werden. Außer in den vom König vorgesehenen Ausnahmefällen bleiben die vorerwähnten Berechtigten in der Arbeitslosenkategorie, die gemäß den Bestimmungen von Artikel 110 des Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 zur Regelung der Arbeitslosigkeit zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit festgelegt worden ist.

Hört der Berechtigte während eines Zeitraums von weniger als vierzehn Tagen auf, sich in einem Zeitraum primärer Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Artikel 100 zu befinden, unterbricht dieser Zeitraum, während dessen keine Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit gezahlt wird, nicht den Zeitraum primärer Arbeitsunfähigkeit.

Die in Artikel 114 erwähnten Zeiträume der Mutterschaftsruhe, die sich innerhalb eines Zeitraums primärer Arbeitsunfähigkeit befinden, unterbrechen diesen Zeitraum ebensowenig.

Für Arbeitnehmer, die Anspruch auf eine Invaliditätspension haben, die Bergarbeitern oder ihnen gleichgestellten Personen bewilligt wird, läuft das Anrecht auf Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit am Ende des sechsten Monats der Arbeitsunfähigkeit aus. Die Rechte dieser Arbeitnehmer während der ersten sechs Monate, die auf den vorerwähnten Zeitraum folgen, werden jedoch vom König festgelegt. Der König bestimmt ebenfalls die Modalitäten, gemäß denen der sechste Monat der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende des Kalendermonats verlängert oder verkürzt wird.

Der Satz der Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit wird vom König festgelegt.

Art. 88 - Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen legt fest, gemäß welchen Regeln und innerhalb welcher Fristen der Berechtigte den Vertrauensarzt seines Versicherungsträgers von jeder Arbeitsunfähigkeit in Kenntnis setzten muß.

Er legt ebenfalls die Regeln fest, die im Hinblick auf die Verlängerung eines Zeitraums anerkannter Arbeitsunfähigkeit eingehalten werden müssen.

Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen bestimmt den Tag, an dem das Anrecht auf Entschädigungen einsetzt, wenn der Berechtigte die Mitteilungen und Anträge, die ihm aufgrund des vorliegenden Artikels auferlegt sind, nicht innerhalb der festgelegten Fristen einreicht.

Art. 89 - Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen bestimmt, unter welchen Bedingungen dem Berechtigten, der während eines bestimmten Zeitraums wiederholt Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder -erklärungen eingereicht hat, Verpflichtungen auferlegt werden können, die von den Verpflichtungen abweichen, die aufgrund von Artikel 88 festgelegt sind. Er bestimmt ebenfalls den Tag, an dem das Anrecht auf Entschädigungen einsetzt, wenn diese Verpflichtungen nicht eingehalten werden.

Art. 90 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 91 stellt der Vertrauensarzt des Versicherungsträgers das Vorhandensein der in Artikel 100 erwähnten primären Arbeitsunfähigkeit fest, er legt deren Dauer fest und notifiziert seinen Beschluß unter den Bedingungen und innerhalb der Fristen, die vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen vorgesehen sind.

Auf Antrag des Vertrauensarztes kann der Berechtigte ebenfalls vom Arzt-Inspektor des Dienstes für medizinische Kontrolle untersucht werden. Dieser Arzt-Inspektor faßt in diesem Fall den Beschluß in bezug auf das Vorhandensein der Arbeitsunfähigkeit und notifiziert diesen dem Berechtigten und dem Vertrauensarzt unter den Bedingungen und innerhalb der Fristen, die vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen festgelegt sind.

Art. 91 - Wenn ein oder mehrere Arbeitgeber Dienste organisieren im Hinblick auf die medizinische Kontrolle ihrer Arbeitnehmer während eines Zeitraums, für den die Zahlung eines Lohnes geschuldet wird, kann der König festlegen, unter welchen Bedingungen diese Dienste zugelassen werden können, um die Arbeitsunfähigkeit der Berechtigten festzustellen, die von den Arbeitgebern beschäftigt werden, die diese Dienste in Anspruch nehmen. Die Modalitäten dieser Feststellung in bezug auf den Anfangszeitraum, der zur Gewährung von Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen führen kann, werden vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen festgelegt.

Die Versicherungsträger sind durch den Beschluß der zugelassenen Dienste für medizinische Kontrolle gebunden, bis der Vertrauensarzt oder der Arzt-Inspektor gemäß den Regeln und innerhalb der Fristen, die vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen festgelegt werden, einen anderen Beschluß in bezug auf das Vorhandensein einer Arbeitsunfähigkeit faßt.

Art. 92 - Zu Beginn eines Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit, der Anrecht auf Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit gibt, kann eine sogenannte «Karenzzeit» von maximal drei Werktagen angewendet werden, für die die Entschädigung nicht geschuldet wird. Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen legt die Dauer dieser Karenzzeit und die Bedingungen für ihre Anwendung fest.

Abschnitt II — Invaliditätsentschädigung

Art. 93 - Dauert die Arbeitsunfähigkeit über den Zeitraum primärer Arbeitsunfähigkeit hinaus an, wird für jeden Werktag der Arbeitsunfähigkeit oder für jeden Tag, der durch eine Verordnung des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen einem Werktag gleichgesetzt wird, eine «Invaliditätsentschädigung» genannte Entschädigung gezahlt.

Hört der Berechtigte während eines Zeitraums von weniger als drei Monaten auf, sich in einem Invaliditätszustand im Sinne von Artikel 100 zu befinden, unterbricht dieser nicht entschädigte Zeitraum nicht den Invaliditätszeitraum.

Die in Artikel 114 erwähnten Zeiträume der Mutterschaftsruhe, die sich innerhalb eines Invaliditätszeitraums befinden, unterbrechen diesen Invaliditätszeitraum ebensowenig.

Die Invaliditätsentschädigung wird nicht den Berechtigten gezahlt, die Anspruch haben auf eine Invaliditätspension, die Bergarbeitern oder ihnen gleichgestellten Personen bewilligt wird.

Der König legt den Satz und den Höchstbetrag der Invaliditätsentschädigung fest sowie den Mindestbetrag der Invaliditätsentschädigung, die unter den von ihm zu bestimmenden Bedingungen bestimmten Kategorien regelmäßiger Arbeitnehmer bewilligt werden kann.

Dieser Satz beträgt mindestens 60 Prozent des Lohns, so wie er in Artikel 87 Absatz 1 definiert ist, für Berechtigte, die Personen zu Lasten haben, und mindestens 40 Prozent desselben Lohns für Berechtigte, die keine Personen zu Lasten haben.

Der König bestimmt, was unter «regelmäßigem Arbeitnehmer» und «Arbeitnehmer mit Personen zu Lasten» zu verstehen ist und unter welchen Bedingungen dem Berechtigten, der nicht als «Arbeitnehmer mit Personen zu Lasten» angesehen wird, eine höhere Entschädigung wegen Verlust des einzigen Einkommens bewilligt werden kann.

Art. 94 - Gemäß den Bestimmungen von Artikel 82 stellt der Medizinische Invaliditätsrat aufgrund eines Berichts, der vom Vertrauensarzt des Versicherungsträgers erstellt wird, den Invaliditätszustand im Sinne von Artikel 100 fest und bestimmt seine Dauer.

Der Vertrauensarzt und der Arzt-Inspektor, wenn er den Berechtigten auf Antrag des Vertrauensarztes untersucht, können das Ende des Invaliditätszustands feststellen und bei erneuter Arbeitsunfähigkeit innerhalb dreier Monate nach Ende eines Invaliditätszeitraums diese Arbeitsunfähigkeit abweisen oder für einen begrenzten Zeitraum, der vom König festgelegt wird, anerkennen. In diesen Fällen notifizieren sie ihren Beschluß unter den Bedingungen und innerhalb der Fristen, die vom König festgelegt werden.

Die Beschlüsse des Vertrauensarztes, des Arzt-Inspektors oder des Medizinischen Invaliditätsrates in bezug auf die Feststellung des Endes eines Invaliditätszustands haben keine rückwirkende Kraft.

Art. 95 - Der König legt die Modalitäten in bezug auf Anerkennung und Verlängerung des Invaliditätszustands fest.

Die Bestimmungen der Artikel 88 Absatz 1 und 3 und 89 sind auch anwendbar in den Fällen, in denen das Wiedereinsetzen der Arbeitsunfähigkeit innerhalb dreier Monate nach Beendigung des Invaliditätszustands auftritt.

Abschnitt III — Lehre in Berufen, die von Lohnempfängern ausgeübt werden

Art. 96 - Für jeden Werktag oder für jeden hiermit gleichgesetzten Tag des in Artikel 87 erwähnten Zeitraums primärer Arbeitsunfähigkeit erhält der Lehrling, der zu Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit durch einen Lehrvertrag gebunden ist, der im Gesetz vom 19. Juli 1983 über die Lehre in Berufen, die von Lohnempfängern ausgeübt werden, erwähnt ist, eine Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit, die dem Betrag der Übergangentschädigung entspricht, die ihm in Anwendung der Vorschriften in bezug auf das Arbeitslosengeld bewilligt worden wäre, wenn er nicht arbeitsunfähig gewesen wäre.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit über den Zeitraum primärer Arbeitsunfähigkeit hinaus an, wird ihm für jeden Werktag oder hiermit gleichgesetzten Tag eine Invaliditätsentschädigung gezahlt, die aufgrund eines Referenzlohns berechnet wird, der vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen durch Verordnung festgelegt wird. Der König trifft die notwendigen Maßnahmen zur Ausführung dieser Bestimmungen.

Abschnitt IV — Möglichkeit der Aufwertung bestimmter Entschädigungen

Art. 97 - Werden aus einem anderen Grund als dem der Schwankungen des Verbraucherpreisindex die Lohngrenzen erhöht, die bei der Berechnung der Beiträge für die Entschädigungspflichtversicherung aufgrund des Gesetzes vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer oder aufgrund des Gesetzerlasses vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen berücksichtigt werden, kann der König unter Bedingungen, die Er bestimmt, Regeln vorsehen zur Anpassung der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung zugunsten von Personen, denen eine höhere Entschädigung bewilligt worden wäre, wenn die vorerwähnte Erhöhung der Lohngrenzen auf den in Artikel 87 erwähnten Bezugszeitraum hätte angewendet werden können.

Art. 98 - § 1 - Unbeschadet der Aufwertung der in Artikel 97 vorgesehenen Entschädigungen und vor Anwendung des Mindestbetrags, der aufgrund von Artikel 93 Absatz 5 festgelegt wird, wird ab dem 1. Januar 1975 am 1. Januar jeden Jahres ein Aufwertungskoeffizient auf die Invaliditätsentschädigungen angewendet, der vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß festgelegt wird.

§ 2 - Die in § 1 vorgesehenen Aufwertungen dürfen nicht die Überschreitung des aufgrund von Artikel 93 Absatz 5 festgelegten Höchstbetrags zur Folge haben.

Art. 99 - Ist die Entschädigung niedriger als der aufgrund von Artikel 93 Absatz 5 festgelegte Mindestbetrag, kann der König unter Bedingungen, die Er bestimmt, Regeln zur Anpassung dieser Entschädigungen festlegen. Diese Maßnahme darf jedoch nicht die Überschreitung des vorerwähnten Mindestbetrags zur Folge haben.

Abschnitt V — Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Entschädigungen

Art. 100 - § 1 - Als arbeitsunfähig anerkannt im Sinne des vorliegenden koordinierten Gesetzes wird der Arbeitnehmer, der jede Tätigkeit eingestellt hat als direkte Folge des Auftretens oder der Verschlimmerung von Schäden oder funktionellen Störungen, für die anerkannt ist, daß sie eine Verringerung seiner Erwerbsfähigkeit auf ein Drittel oder weniger dessen bewirken, was eine Person in derselben Position mit derselben Ausbildung durch ihre Arbeit verdienen kann in der Berufskategorie, zu der die Berufstätigkeit gehört, die der Betreffende zum Zeitpunkt des Auftretens der Arbeitsunfähigkeit ausübte, oder in den verschiedenen Berufen, die er aufgrund seiner Berufsausbildung ausgeübt hat beziehungsweise hätte ausüben können.

Hat dieser Arbeitnehmer während eines Umschulungszeitraums eine zusätzliche Berufsausbildung erworben, wird diese neue Ausbildung bei der Taxierung der Verringerung seiner Erwerbsfähigkeit berücksichtigt.

Während der ersten sechs Monate des Zeitraums primärer Arbeitsunfähigkeit wird die Verringerung der Erwerbsfähigkeit jedoch im Vergleich zum gewöhnlichen Beruf des Betreffenden taxiert, insofern sich das ursächliche Leiden günstig entwickeln kann oder innerhalb ziemlich kurzer Zeit heilbar ist.

Wird der Arbeitnehmer in einer von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister zugelassenen Pflgeanstalt oder in einem Militärkrankenhaus aufgenommen, wird davon ausgegangen, daß er den erforderlichen Arbeitsunfähigkeitsgrad erreicht hat.

Der König kann auf Vorschlag des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen die Bedingungen ausdehnen, unter denen davon ausgegangen wird, daß ein Arbeitnehmer den erforderlichen Arbeitsunfähigkeitsgrad erreicht hat.

Der König kann auf Vorschlag des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen und in Abweichung von den vorhergehenden Bestimmungen Sonderbedingungen und spezifische Taxierungskriterien für Arbeitnehmerkategorien festlegen, die Er bestimmt.

§ 2 - Als arbeitsunfähig anerkannt wird der Arbeitnehmer, der eine vorher erlaubte Arbeit unter Bedingungen wiederaufnimmt, die in der in Artikel 80 Nr. 5 erwähnten Verordnung festgelegt werden, vorausgesetzt, daß in medizinischer Hinsicht eine Verringerung seiner Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 Prozent bestehen bleibt.

Art. 101 - Der als arbeitsunfähig anerkannte Arbeitnehmer, der ohne die in Artikel 100 § 2 erwähnte vorherige Erlaubnis eine Arbeit verrichtet, die mit seinem Gesundheitszustand vereinbar ist, dessen Erwerbsfähigkeit in medizinischer Hinsicht aber um mindestens 50 Prozent verringert bleibt, ist verpflichtet, die Entschädigungen zurückzuzahlen, die er für die Tage oder den Zeitraum erhalten hat, während deren er die nicht erlaubte Arbeit verrichtet hat.

Es wird jedoch davon ausgegangen, daß er arbeitsunfähig geblieben ist, und die Tage, für die die Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen in Anwendung von Absatz 1 zurückgefordert werden, werden mit Tagen gleichgesetzt, für die eine Entschädigung bewilligt worden ist, was die Festlegung des Anrechts des Berechtigten und der Personen zu seinen Lasten auf Leistungen der sozialen Sicherheit betrifft.

Außer bei betrügerischer Absicht kann der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen in interessierenden Fällen ganz oder teilweise auf die in Absatz 1 vorgesehene Rückforderung verzichten.

Art. 102 - Für den als arbeitsunfähig anerkannten Arbeitnehmer, der vor Inkrafttreten von Artikel 101 eine Arbeit ohne die in Artikel 100 § 2 erwähnte vorherige Erlaubnis verrichtet hat und demnach zum Zeitpunkt des Inkrafttretens von Artikel 101 die Bedingungen nicht mehr erfüllt, die das Anrecht auf die in Titel IV erwähnten Leistungen eröffnen, wird dennoch davon ausgegangen, daß er bis zum Inkrafttreten von Artikel 101 arbeitsunfähig geblieben ist, insofern die Verringerung seiner Erwerbsfähigkeit in medizinischer Hinsicht bei mindestens 50 Prozent geblieben ist und die ausgeübte Tätigkeit mit seinem Gesundheitszustand vereinbar war.

Der gemäß Absatz 1 als arbeitsunfähig angesehene Arbeitnehmer kann erst erneut Anspruch auf die in Titel IV erwähnten Leistungen erheben ab Inkrafttreten von Artikel 101, wenn er von diesem Zeitpunkt an gemäß den Bestimmungen von Artikel 100 § 1 oder 2 als arbeitsunfähig anerkannt worden ist.

Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen kann unter den in Artikel 101 Absatz 3 festgelegten Bedingungen ganz oder teilweise auf die Rückforderung der Entschädigungen verzichten, die dem Arbeitnehmer vor Inkrafttreten von Artikel 101 infolge der Ausführung einer nicht erlaubten Arbeit unrechtmäßig gewährt und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens von Artikel 101 noch nicht erstattet worden sind. Der Versicherungsausschuß kann ganz oder teilweise auf die Rückforderung der Gesundheitsleistungen verzichten, die dem Arbeitnehmer und den Personen zu dessen Lasten vor Inkrafttreten von Artikel 101 infolge der Ausführung einer nicht erlaubten Arbeit unrechtmäßig gewährt und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens von Artikel 101 noch nicht erstattet worden sind.

Art. 103 - § 1 - Der Arbeitnehmer hat keinen Anspruch auf Entschädigungen:

1. für den Zeitraum, für den er Anrecht auf eine Entlohnung hat. Der Begriff Entlohnung wird in Artikel 2 des Gesetzes vom 12. April 1965 über den Schutz der Entlohnung der Arbeitnehmer bestimmt.

Der König kann jedoch den so bestimmten Begriff ausdehnen oder beschränken,

2. für den durch das Urlaubsgeld gedeckten Zeitraum. Der König bestimmt, was unter «durch das Urlaubsgeld gedecktem Zeitraum» zu verstehen ist,

3. für den Zeitraum, für den er Anspruch auf eine Entschädigung wegen Bruch des Arbeitsvertrages hat,

4. für den Zeitraum, während dessen er eine Entschädigung bezieht, die ihm aufgrund eines belgischen oder ausländischen Gesetzes gewährt wird wegen zeitweiliger oder definitiver Unterbrechung seiner gewöhnlichen beruflichen Tätigkeit, die schädlich für seine Gesundheit ist oder zu werden droht,

5. für den Zeitraum, während dessen er aufgrund belgischer oder ausländischer Rechtsvorschriften Arbeitslosengeld in Anspruch nehmen kann,

6. für den Zeitraum, während dessen er in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 23 des Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle oder von Artikel 34 der am 3. Juni 1970 koordinierten Gesetze über die Entschädigung für Berufskrankheiten eine Entschädigung für vollständige zeitweilige Arbeitsunfähigkeit wegen Beendigung einer Wiederbeschäftigung erhält,

7. für den Zeitraum, während dessen er in Anwendung des Artikels 100 des Sanierungsgesetzes vom 22. Januar 1985 zur Festlegung sozialer Bestimmungen eine Laufbahnunterbrechungszulage in Anspruch nehmen kann.

§ 2 - Die in Artikel 86 § 1 erwähnte Berechtigte hat keinen Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen für den Zeitraum, während dessen sie das in Artikel 113 erwähnte Mutterschaftsgeld bezieht.

§ 3 - In Abweichung von den Bestimmungen von § 1 kann der König unter Bedingungen, die Er bestimmt, dem Arbeitnehmer erlauben, Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen zu beziehen, wenn er Anrecht auf einen der in § 1 aufgezählten Vorteile hat oder bis er einen dieser Vorteile bezieht.

Für die Eintreibung der Entschädigungen, die der Versicherungsträger in Anwendung der vorliegenden Bestimmung gezahlt hat, tritt dieser an die Stelle des Begünstigten.

Art. 104 - Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang Entschädigungen bewilligt werden:

1. wenn sie während der Arbeitsunfähigkeit zusammen mit einem beruflichen Einkommen bezogen werden,

2. wenn sie zusammen mit einer in Anwendung des Gesetzes vom 27. Juni 1969 über die Gewährung von Behindertenbeihilfen gewährten Beihilfe bezogen werden.

Art. 105 - Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang Entschädigungen bewilligt werden, wenn der Berechtigte, der im Sinne von Artikel 93 letzter Absatz keine Person zu Lasten hat, inhaftiert oder in einer Einrichtung zum Schutz der Gesellschaft interniert ist.

Art. 106 - Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang Entschädigungen bewilligt werden, wenn der Berechtigte sich weigert, sich Rehabilitations- oder Umschulungsmaßnahmen zu unterziehen, die ihm vom zuständigen Arzt oder von der zuständigen Einrichtung vorgeschlagen werden.

Art. 107 - Die Entschädigungen werden unter den vom König bestimmten Bedingungen den Schwankungen des Verbraucherpreisindex angepaßt gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 2. August 1971 zur Einführung einer Regelung, mit der Gehälter, Löhne, Pensionen, Beihilfen und Zuschüsse zu Lasten der Staatskasse, bestimmte Sozialleistungen, für die Berechnung bestimmter Beiträge der Sozialversicherung der Arbeitnehmer zu berücksichtigende Entlohnungsgrenzen sowie den Selbständigen im Sozialbereich auferlegte Verpflichtungen an den Verbraucherpreisindex gebunden werden.

Art. 108 - Die Entschädigungen werden dem Berechtigten verweigert:

1. vom ersten Tag des Monats an, der dem Monat folgt, im Laufe dessen der Berechtigte männlichen Geschlechts das Alter von 65 Jahren und die Berechtigte weiblichen Geschlechts das Alter von 60 Jahren erreicht,

2. vom ersten Tag des zweiten Monats an, der dem Monat folgt, im Laufe dessen die Arbeitsunfähigkeit eingesetzt hat, wenn es einen Berechtigten betrifft, der nach dem in Nr. 1 erwähnten Alter weitergearbeitet hat,

3. vom ersten Tag des Monats an, der dem Monat folgt, im Laufe dessen er auf gleich welcher Grundlage seine Ansprüche auf eine Alters-, Ruhestands- oder Dienstalterspension oder auf jeden anderen als solchen geltenden Vorteil geltend machen kann, die/der entweder von einem belgischen oder ausländischen Sozialversicherungsträger oder von einer öffentlichen Behörde, einer öffentlichen Einrichtung oder einer gemeinnützigen Einrichtung gewährt wird. Der König kann jedoch bestimmen, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang Entschädigungen gewährt werden können, wenn sie zusammen mit einer solchen Pension oder einem solchen Vorteil bezogen werden.

Art. 109 - In Abweichung von den Bestimmungen von Artikel 108 bezieht die Berechtigte, die nach dem sechzigsten Lebensjahr weiterarbeitet, aber das Alter von 65 Jahren noch nicht erreicht hat, bei Arbeitsunfähigkeit Entschädigungen für einen Zeitraum, der nicht mehr als drei Monate betragen darf und der am ersten Tag des dritten Monats endet, der dem Monat folgt, im Laufe dessen die Arbeitsunfähigkeit begonnen hat.

Bei Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit während mindestens vierzehn Tagen dürfen die Entschädigungen gemäß dem vorhergehenden Absatz nur noch einmal für einen neuen Zeitraum von höchstens drei Monaten gewährt werden.

Abschnitt VI — Bestattungsgeld

Art. 110 - Bei Ableben eines in Artikel 86 § 1 erwähnten Entschädigungsberechtigten, ob als arbeitsunfähig anerkannt oder nicht, oder eines in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 und 8 erwähnten Berechtigten zahlt der Versicherungsträger dem in Artikel 86 § 2 erwähnten Begünstigten eine «Bestattungsgeld» genannte Zulage, deren Gewährungsmodalitäten und deren Höhe der König bestimmt.

TITEL V — Mutterschaftsversicherung**KAPITEL I — Einrichtungen**

Art. 111 - Die Mutterschaftsversicherung wird von den für die Entschädigungsversicherung zuständigen Einrichtungen und Organen geleitet und verwaltet.

Insofern die Bestimmungen des vorliegenden Titels keine Abweichung vorsehen, haben diese Einrichtungen und Organe hinsichtlich der Mutterschaftsversicherung dieselben Zuständigkeiten wie für die Entschädigungsversicherung.

KAPITEL II — Anwendungsbereich

Art. 112 - Begünstigte des Anrechts auf Mutterschaftsgeld, so wie es in Titel V Kapitel III des vorliegenden koordinierten Gesetzes definiert ist, sind unter den in diesem Gesetz vorgesehenen Bedingungen die in Artikel 86 § 1 erwähnten Berechtigten.

KAPITEL III — Mutterschaftsgeld

Art. 113 - Die in Artikel 112 erwähnte Berechtigte erhält für jeden Werktag der in Artikel 114 erwähnten Zeiträume der Mutterschaftsruhe und für jeden Tag derselben Zeiträume, der aufgrund einer Verordnung des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen einem Werktag gleichgesetzt wird, eine «Mutterschaftsgeld» genannte Leistung.

Der König legt für Kategorien von Berechtigten, die Er bestimmt, den oder die Sätze des Mutterschaftsgelds fest, das für die gesamte Dauer der vorerwähnten Zeiträume oder für einen Teil dieser Zeiträume bewilligt wird.

Der für die Berechnung dieser Entschädigung berücksichtigte Lohnausfall wird durch die in Artikel 80 Nr. 5 erwähnte Verordnung festgelegt. Der Höchstbetrag, in Höhe dessen der Lohn berücksichtigt wird, ist der Betrag, der aufgrund von Artikel 87 Absatz 1 festgelegt ist.

Die Begrenzung des Lohnausfalls auf diesen Höchstbetrag ist für die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe a) und b) erwähnten Berechtigten jedoch erst anwendbar ab dem einunddreißigsten Tag des in Artikel 114 definierten Zeitraums der Mutterschaftsruhe; für die ersten dreißig Tage dieses Zeitraums kann der König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß und auf Vorschlag des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen einen Höchstbetrag festlegen, der auf keinen Fall niedriger sein darf als der Betrag, der im vorhergehenden Absatz erwähnt ist.

Für die in Artikel 93 erwähnten Berechtigten darf der Betrag des Mutterschaftsgelds nicht niedriger als der Betrag der Invaliditätsentschädigung sein, auf den sie Anspruch gehabt hätten, wenn sie nicht in Mutterschaftsruhe gewesen wären.

Für Berechtigte unter kontrollierter Vollarbeitslosigkeit besteht das Mutterschaftsgeld aus einer Basisentschädigung und einer Zusatzentschädigung, deren Sätze vom König festgelegt werden; der Betrag der Basisentschädigung darf den Satz des Arbeitslosengelds nicht übersteigen, auf das die vorerwähnten Berechtigten Anspruch gehabt hätten, wenn sie nicht in Mutterschaftsruhe gewesen wären.

KAPITEL IV — Zeiträume der Mutterschaftsruhe

Art. 114 - Die pränatale Ruhe beginnt auf Antrag der Berechtigten frühestens ab der siebten Woche vor dem voraussichtlichen Entbindungsdatum. Zu diesem Zweck übergibt die Berechtigte ihrem Versicherungsträger ein ärztliches Attest, in dem bescheinigt wird, daß sie normalerweise am Ende der beantragten Ruhezeit entbinden wird. Findet die Entbindung nach dem vom Arzt vorgesehenen Datum statt, wird die pränatale Ruhe bis zum tatsächlichen Entbindungsdatum verlängert.

Die postnatale Ruhe erstreckt sich über einen Zeitraum von acht Wochen, der am Tag der Entbindung beginnt. Dieser Zeitraum kann im Verhältnis zum Zeitraum verlängert werden, während dessen die Berechtigte weitergearbeitet oder sich unter kontrollierter Arbeitslosigkeit befunden hat zwischen einschließlich der siebten und der zweiten Woche vor der Entbindung. Der König kann die Zeiträume bestimmen, die für die Verlängerung der postnatalen Ruhezeit mit einem Zeitraum gleichgesetzt werden dürfen, während dessen die Berechtigte innerhalb des obenerwähnten Zeitraums weitergearbeitet hat beziehungsweise arbeitslos war.

Die Verlängerung der postnatalen Ruhe beginnt entweder bei Ablauf der acht Wochen nach der Entbindung oder zu dem Zeitpunkt, wo das Neugeborene nach Hause kommt oder stirbt, wenn Artikel 39 Absatz 4 oder 5 des Gesetzes vom 16. März 1971 über die Arbeit zur Anwendung kommt.

Stirbt die Mutter oder ist sie im Krankenhaus, so kann ein Teil der postnatalen Ruhe unter Bedingungen und gemäß Modalitäten, die vom König bestimmt werden, in einen Vaterschaftsurlaub zugunsten des in Artikel 86 § 1 erwähnten Berechtigten umgewandelt werden, der der Vater des Kindes ist und die in den Artikeln 128 bis 132 vorgesehenen Bedingungen erfüllt. Die Entschädigung, die diesem Berechtigten bewilligt wird, wird vom König bestimmt.

Art. 115 - In Artikel 114 erwähnte Zeiträume der Mutterschaftsruhe können nur berücksichtigt werden, sofern die Berechtigte jegliche Tätigkeit eingestellt oder die kontrollierte Arbeitslosigkeit unterbrochen hat.

KAPITEL V. — Bewilligungsbedingungen**Besondere Bestimmung in bezug auf die Mutterschaftsversicherung**

Art. 116 - Um Anrecht auf die in Titel V vorgesehenen Leistungen zu haben, müssen die in Artikel 112 erwähnten Berechtigten die in den Artikeln 128 bis 132 vorgesehenen Bedingungen erfüllen.

Der König kann nach Stellungnahme des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen Kategorien von Berechtigten, die Er bestimmt, von den in Artikel 128 vorgesehenen Bedingungen in bezug auf die Wartezeit befreien oder diese Bedingungen anpassen.

KAPITEL VI — Allgemeine Bestimmung

Art. 117 - Insofern durch vorliegenden Titel keine Abweichung vorgesehen wird, sind die Bestimmungen der Titel I, II, IV, VI bis X und XII in bezug auf die Entschädigungsversicherung auch für die Mutterschaftsversicherung anwendbar.

Für die Anwendung der Bestimmungen in bezug auf die Finanzierung wird das Mutterschaftsgeld einer Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit gleichgesetzt; wird die Entschädigung einer in Artikel 93 erwähnten Berechtigten bewilligt, wird sie jedoch einer Invaliditätsentschädigung gleichgesetzt.

TITEL VI — *Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen*KAPITEL I — *Allgemeine Bestimmungen*

Art. 118 - Begünstigte müssen einer Krankenkasse angeschlossen sein oder bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung oder bei der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen eingeschrieben sein.

Vorbehaltlich der Abweichung, die durch die im Statut des Personals der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen festgelegten Regeln in bezug auf die Einschreibung bei der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen vorgesehen ist, ist die Wahl des Versicherungsträgers für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 und 15 erwähnten Begünstigten frei. Die Wahl der in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 erwähnten Begünstigten bestimmt die Wahl der Personen zu ihren Lasten. Die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 15 erwähnten Begünstigten müssen beim selben Versicherungsträger angeschlossen oder eingeschrieben sein, den sie frei wählen.

Der König legt fest, wie man sich einer Krankenkasse anschließt oder bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung oder bei der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen einschreibt.

Art. 119 - Der König definiert, was unter «Beitragsbelegen» zu verstehen ist; das Muster dieser Belege wird vom Minister festgelegt.

Der König bestimmt, von welchen Personen und Stellen und unter welchen Bedingungen die Beitragsbelege erstellt und den Berechtigten ausgehändigt werden.

Art. 120 - Die Arbeitgeber müssen den Berechtigten alle Unterlagen zur Verfügung stellen, die die Stellen, die mit der Ausführung des vorliegenden koordinierten Gesetzes betraut sind, benötigen, damit die Arbeitnehmer ihr Anrecht auf Leistungen der Versicherung nachweisen können.

KAPITEL II — *Besondere Bestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung*

Art. 121 - § 1 - In Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 und 16 erwähnte Berechtigte haben für sich selber und für Personen zu ihren Lasten Anrecht auf die in Titel III erwähnten Leistungen.

Der König bestimmt den oder die Beitragsbelege, anhand deren die Eigenschaft der Betroffenen als Berechtigte nachgewiesen wird, und die Häufigkeit, gemäß der dieser Beitragsbeleg/diese Beitragsbelege dem Versicherungsträger übergeben werden müssen.

§ 2 - Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen bestimmte Kategorien von Berechtigten eine Wartezeit absolvieren müssen, um die obenerwähnten Leistungen beziehen zu können.

Die Dauer dieser Wartezeit beträgt höchstens 6 Monate.

Der König bestimmt das Referenzdatum, das berücksichtigt werden muß, um den Beginn der Wartezeit zu bestimmen.

Beiträge im Zweig Gesundheitspflege müssen für die Dauer dieser Wartezeit gezahlt worden sein.

Diese Beiträge müssen einen vom König festgelegten Mindestbetrag erreichen oder unter den von Ihm festgelegten Bedingungen durch Eigenbeiträge ergänzt werden.

Der König bestimmt ebenfalls die Weise, wie der Nachweis dieser Zahlungen erbracht werden muß.

Art. 122 - Berechtigte und Personen zu ihren Lasten, deren Rechte gemäß den Bestimmungen von Artikel 121 eröffnet werden, behalten diese Rechte bis zum 30. Juni des Jahres, das dem Jahr folgt, im Laufe dessen ihre Rechte eröffnet werden.

Art. 123 - In Artikel 122 erwähnte Berechtigte können für sich selbst und für Personen zu ihren Lasten die in Titel III erwähnten Leistungen ein Jahr weiterbeziehen, und zwar zwischen dem 1. Juli und dem 30. Juni des folgenden Jahres, wenn sie für das Kalenderjahr, das dem Beginn dieses Zeitraums vorangeht und «Bezugsjahr» genannt wird,

- entweder ihrem Versicherungsträger unter den vom König festgelegten Bedingungen Beitragsbelege über einen Wert übergeben haben, der einen vom König festgelegten Mindestbetrag erreicht oder der unter den von Ihm bestimmten Bedingungen eventuell durch Eigenbeiträge ergänzt wird,

- oder ihrem Versicherungsträger Eigenbeiträge gezahlt haben, die aufgrund des vorliegenden koordinierten Gesetzes geschuldet werden.

Während des in Absatz 1 erwähnten Zeitraums beziehen die Berechtigten und die Personen zu ihren Lasten, die in Anwendung des vorliegenden koordinierten Gesetzes von der Zahlung von Beiträgen befreit sind, die in Titel III erwähnten Leistungen weiter.

Für Zeiträume des Bezugsjahres, während deren der Berechtigte entweder Arbeitnehmer im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 2, 3 und 4 oder Person zu Lasten im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 13 bis 15 war oder sich in anderen vom König definierten Situationen befunden hat, wird davon ausgegangen, daß sie durch Beiträge gedeckt sind, die für den betreffenden Zeitraum dem in Absatz 1 erwähnten Mindestbetrag entsprechen.

Art. 124 - Der König kann Abweichungen von den Bestimmungen des vorliegenden Kapitels vorsehen:

1. für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 erwähnten Berechtigten, die der Verpflichtung, die im folgenden Artikel vorgesehenen Beiträge zu zahlen, nicht unterliegen, und für ihren Ehepartner,

2. für bestimmte Kategorien von Kindern, die Personen zu Lasten eines in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 und 16 erwähnten Berechtigten sind.

Art. 125 - Der König bestimmt nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses die Bedingungen, die Personen zu Lasten erfüllen müssen, um Gesundheitsleistungen beziehen zu können, und legt andererseits den Betrag der Eigenbeiträge fest, die für Verwandte in aufsteigender Linie zu Lasten verlangt werden können.

Er legt ebenfalls den Eigenbeitrag der in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7, 11 und 12 erwähnten Berechtigten fest, die eine Pension für eine Berufslaufbahn beziehen, die kürzer als ein Drittel einer vollständigen oder einer als solchen angesehenen Berufslaufbahn ist.

Art. 126 - Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen Personen, die:

1. nacheinander oder gleichzeitig die in Artikel 32 Absatz 1 erwähnte Eigenschaft eines Berechtigten oder einer Person zu Lasten und die eines Berechtigten oder einer Person zu Lasten aufgrund eines Erlasses zur Ausführung von Artikel 33 Absatz 1 - oder umgekehrt - besitzen

2. oder die während eines zu bestimmenden Zeitraums weder die in Artikel 32 Absatz 1 erwähnte Eigenschaft eines Berechtigten oder einer Person zu Lasten noch die eines Berechtigten oder einer Person zu Lasten aufgrund eines Erlasses zur Ausführung von Artikel 33 Absatz 1 Nr. 1 besitzen,

das Anrecht auf Gesundheitsleistungen, die entweder in Artikel 34 oder in einem Erlaß zur Ausführung von Artikel 33 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 erwähnt sind, erhalten oder behalten.

Art. 127 - § 1 - Um die in Artikel 34 erwähnten Gesundheitsleistungen zu erhalten, wenden sich die Begünstigten frei:

- a) an jede Person, die gesetzlich ermächtigt ist, einen der Zweige der Heilkunst auszuüben,
- b) an jede Person, die befugt ist, die in Artikel 34 Nr. 1 Buchstabe b) und c) und Nr. 4 erwähnten Leistungen zu erbringen, und die in der in Artikel 22 Nr. 7 erwähnten Liste aufgeführt ist,
- c) an jede Pflegeanstalt, jedes Alten- und Pflegeheim oder jeden in Artikel 34 Nr. 11 und 12 erwähnten Dienst, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister zugelassen sind.

§ 2 - Weder die in § 1 erwähnten Pflegeerbringer noch alle anderen natürlichen oder juristischen Personen, die für die Verwaltung der Einrichtung, in der die Leistungen erbracht werden, verantwortlich oder mitverantwortlich sind, dürfen für die Organisation der Erbringung der in Artikel 34 erwähnten Gesundheitsleistungen Werbung machen, die nicht innerhalb der Grenzen bleibt, die durch vorliegenden Artikel festgelegt werden.

§ 3 - Werbung, die auf die Unentgeltlichkeit der in Artikel 34 erwähnten Gesundheitsleistungen oder auf die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den Kosten dieser Leistungen hinweist, ist in jedem Fall verboten.

§ 4 - Werbung in bezug auf die in Artikel 34 Nr. 1 bis 3 und 5 bis 13 erwähnten Gesundheitsleistungen, die ungeachtet des benutzten Mittels bestimmte Pflegeerbringer begünstigt, ist ebenfalls verboten.

§ 5 - Unbeschadet restriktiverer Rechtsvorschriften oder Berufspflichten stellt folgendes keine verbotene Werbung dar:

- a) Veröffentlichung der Namen und Adressen aller Pflegeerbringer desselben Berufs, die in einer Gemeinde, einer Region oder im Land praktizieren,
- b) Bekanntmachung der Pflegeerbringer an die Begünstigten der Versicherung durch Anschlag in ihren Praxen und im allgemeinen in den Räumen, in denen sie ihre Tätigkeiten ausüben und die den Kunden zugänglich sind, daß sie sich verpflichtet haben, die Bestimmungen der in Titel III Kapitel V Abschnitte I und II erwähnten Abkommen und Vereinbarungen einzuhalten.

§ 6 - Ebensowenig gilt als verbotene Werbung die interne Information und die Information, die von den in § 2 erwähnten Personen und Einrichtungen ausgeht und die Patienten und betroffene Pflegeerbringer informieren soll über:

- a) Eröffnung,
- b) Adressenänderung,
- c) Änderung der Öffnungszeiten einer Praxis, eines Dienstes oder einer Pflegeanstalt.

Diese Information darf nur einmal während eines Zeitraums erteilt werden, der fünfzehn Tage vor Eintreten der in Buchstabe a), b) und c) erwähnten Situationen beginnt und fünfzehn Tage danach endet.

Insofern sich die Information der Pflegeanstalten oder ihrer Träger in den periodischen Veröffentlichungen, die ihnen eigen sind und für ihre Patienten bestimmt sind, auf die Mitteilung der Öffnungszeiten der Dienste beschränkt und die Namen der Pflegeerbringer nicht erwähnt werden, wird dies nicht als verbotene Werbung angesehen. Diese Information darf nur einmal pro Quartal wiederholt werden.

Jede Information, die im vorliegenden Paragraphen erwähnt wird, muß in bezug auf Form und Inhalt diskret sein.

§ 7 - Für die Organisation der Erbringung der in Artikel 34 Nr. 4 erwähnten Gesundheitsleistungen darf unter Berücksichtigung der in § 3 festgelegten Einschränkungen Werbung gemacht werden. Der Versicherungsausschuß kann auf Vorschlag der Zulassungsräte, die für die Berufe eingesetzt sind, die die in Artikel 34 Nr. 4 erwähnten Gesundheitsleistungen erbringen, andere Regeln ausarbeiten, die die Freiheit beschränken, für vorerwähnte Leistungen Werbung zu machen.

§ 8 - Eine administrative Geldstrafe von 5000 Franken wird für jeden Verstoß gegen die Bestimmungen von § 2 auferlegt, der von den in diesem Paragraphen erwähnten natürlichen oder juristischen Personen, die nicht die Eigenschaft eines Pflegeerbringers haben, begangen wird.

Begeht der Zuwiderhandelnde innerhalb einer Frist von drei Jahren ab dem Datum, an dem ihm die administrative Geldstrafe auferlegt worden ist, einen Verstoß derselben Art wie der, der zur Anwendung der administrativen Geldstrafe geführt hat, wird der Betrag der zuvor auferlegten Geldstrafe jedesmal verdoppelt. Bei Zusammentreffen von Verstößen gegen das Werbeverbot werden die Geldstrafen kumuliert.

Der König legt nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses das Verfahren zur Feststellung der Verstöße und zur Verkündung der vorerwähnten Geldstrafen fest.

Der Ertrag dieser Geldstrafen fließt dem Institut zu.

§ 9 - Unbeschadet der Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 9. Juli 1984 über die Aufklärung und Werbung in bezug auf Arzneimittel darf für die im Rahmen der Gesundheitspflegeversicherung zugelassenen pharmazeutischen Produkte keine Werbung gemacht werden.

Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß, unter welchen Bedingungen von dieser Bestimmung abgewichen werden darf und die Maßnahmen, mit denen Verstöße gegen diese Bestimmungen geahndet werden.

KAPITEL III — *Besondere Bestimmungen in bezug auf die Entschädigungsversicherung*

Art. 128 - § 1 - Um Anrecht auf die in Titel IV vorgesehenen Leistungen zu haben, müssen die in Artikel 86 § 1 erwähnten Berechtigten unter folgenden Bedingungen eine Wartezeit absolvieren:

1. Sie müssen während eines Zeitraums von sechs Monaten vor dem Datum der Erlangung des Rechts eine vom König bestimmte Zahl Arbeitstage erreicht haben. Tage beruflicher Inaktivität, die mit Arbeitstagen gleichgesetzt werden können, werden vom König definiert. Er bestimmt ebenfalls, was unter « Arbeitstag » zu verstehen ist.

2. Sie müssen unter den vom König bestimmten Bedingungen den Beweis erbringen, daß in bezug auf denselben Zeitraum die Beiträge für den Zweig Entschädigungen wirklich gezahlt worden sind; diese Beiträge müssen einen vom König festgelegten Mindestbetrag erreichen oder unter den von Ihm bestimmten Bedingungen durch Eigenbeiträge ergänzt werden.

§ 2 - Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen die Wartezeit aufgehoben oder verkürzt werden kann.

Er kann auch die Bedingungen für die Absolvierung der Wartezeit für Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer ändern. Er bestimmt, was unter «Saisonarbeiter», «Gelegenheitsarbeiter» und «Teilzeitarbeitnehmer» zu verstehen ist.

Art. 129 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 131 bestimmt der König, unter welchen Bedingungen:

1. Berechtigte, die gemäß Artikel 128 die Wartezeit beendet haben, ein Anrecht auf die in Titel IV erwähnten Leistungen bis zum Ende des Quartals behalten, das dem Quartal folgt, im Laufe dessen sie ihre Wartezeit beendet haben,

2. Berechtigte, die gemäß den Bestimmungen von Artikel 128 § 2 von der Absolvierung der Wartezeit befreit worden sind, Anrecht auf dieselben Leistungen bis zum Ende des dritten Quartals haben, das dem Quartal folgt, im Laufe dessen sie die Eigenschaft eines Berechtigten erlangt haben.

Art. 130 - Im vorhergehenden Artikel erwähnte Berechtigte können die in Titel IV vorgesehenen Leistungen weiterbeziehen, vorausgesetzt, daß sie für das zweite und dritte Quartal, das dem Quartal vorangeht, im Laufe dessen sie auf diese Leistungen zurückgreifen, unter den vom König bestimmten Bedingungen den Beweis erbringen, daß:

1. sie in irgendeiner Weise während einer Anzahl Werktagen, die der in Artikel 128 § 1 Nr. 1 vorgesehenen Zahl Arbeitstage entspricht, die in Artikel 86 § 1 definierte Eigenschaft eines Berechtigten behalten haben,

2. die Beiträge für den Zweig Entschädigungen und gegebenenfalls die Beiträge der fortgesetzten Versicherung gezahlt worden sind.

Diese Beiträge müssen einen vom König festgelegten Mindestbetrag erreichen oder unter den von Ihm festgelegten Bedingungen durch Eigenbeiträge ergänzt werden. Diese Bedingung wird für die in Artikel 86 § 1 Nr. 2 erwähnten Berechtigten nicht verlangt.

Der Berechtigte, der am Ende eines Quartals Entschädigungen bezieht, bezieht diese weiter bis zum Ende der laufenden Arbeitsunfähigkeit.

Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer die in Absatz 1 erwähnten Leistungen weiterbeziehen.

Art. 131 - Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen werden den Berechtigten nur unter der Bedingung geschuldet, daß kein durchgehender Zeitraum von mehr als dreißig Tagen zwischen dem Datum des Beginns ihrer Arbeitsunfähigkeit und dem letzten Tag eines Zeitraums vergangen ist, während dessen sie die in Artikel 86 § 1 erwähnte Eigenschaft eines Berechtigten besaßen oder im Sinne des vorliegenden koordinierten Gesetzes als arbeitsunfähig anerkannt waren.

Art. 132 - Für die Anwendung der Artikel 128 bis 131 werden die Modalitäten der Beweisführung durch eine Verordnung des Geschäftsführenden Ausschusses festgelegt.

Art. 133 - Das Bestattungsgeld wird für die in Artikel 110 erwähnten Berechtigten gezahlt mit Ausnahme der in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 und 8 erwähnten Pensionierten, insofern sie am Todestag die in Artikel 131 vorgesehene Bedingung erfüllen.

Art. 134 - Die Gewährung der in Titel IV erwähnten Leistungen wird verweigert, wenn die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines vom Berechtigten absichtlich begangenen Fehlers ist.

KAPITEL IV — *Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung und die Entschädigungsversicherung*

Art. 135 - Der König definiert die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 6 erwähnten Kategorien von Arbeitnehmern. Er bestimmt, welche Bedingungen die Berechtigten, die die fortgesetzte Versicherung beantragen, erfüllen müssen, und insbesondere den Betrag der erforderlichen Eigenbeiträge.

Art. 136 - § 1 - Vorbehaltlich der vom König vorgesehenen Ausnahmen werden die im vorliegenden koordinierten Gesetz vorgesehenen Leistungen nicht bewilligt, wenn der Begünstigte sich zum Zeitpunkt, wo er die Leistungen in Anspruch nimmt, nicht tatsächlich auf belgischem Staatsgebiet befindet oder wenn die Gesundheitsleistungen außerhalb des belgischen Staatsgebietes erbracht worden sind.

§ 2 - Die im vorliegenden koordinierten Gesetz vorgesehenen Leistungen werden verweigert, wenn der Schaden, der von einer Krankheit, von Schäden, von funktionellen Störungen oder vom Tod herrührt, aufgrund einer anderen belgischen Rechtsvorschrift, einer ausländischen Rechtsvorschrift oder aufgrund des allgemeinen Rechts entschädigt wird. Sind die Beträge, die aufgrund dieser Rechtsvorschriften oder des allgemeinen Rechts bewilligt werden, jedoch niedriger als die Leistungen der Versicherung, hat der Begünstigte Anrecht auf die Differenz zu Lasten der Versicherung.

Für die Anwendung des vorliegenden Paragraphen ist der Betrag der Leistungen, der aufgrund einer anderen Rechtsvorschrift gebilligt wird, der Bruttobetrag, verringert um den Betrag der Sozialversicherungsbeiträge, die auf diese Leistungen einbehalten werden.

Diese Leistungen werden unter den vom König bestimmten Bedingungen bewilligt, bis der Schaden tatsächlich aufgrund einer anderen belgischen Rechtsvorschrift, einer ausländischen Rechtsvorschrift oder aufgrund des allgemeinen Rechts entschädigt wird.

Der Versicherungsträger tritt von Rechts wegen an die Stelle des Begünstigten in Höhe der bewilligten Leistungen für die Gesamtheit der Beträge, die aufgrund einer belgischen Rechtsvorschrift, einer ausländischen Rechtsvorschrift oder aufgrund des allgemeinen Rechts geschuldet werden und die den in Absatz 1 erwähnten Schaden ganz oder teilweise entschädigen.

Abkommen, die zwischen demjenigen, der den Schadensersatz zu leisten hat, und dem Begünstigten geschlossen werden, sind dem Versicherungsträger gegenüber ohne dessen Einverständnis nicht wirksam.

Derjenige, der den Schadensersatz zu leisten hat, setzt den Versicherungsträger von seinem Vorhaben, den Begünstigten zu entschädigen, in Kenntnis; er übermittelt dem Versicherungsträger, wenn dieser nicht als Partei auftritt, eine Abschrift der geschlossenen Vereinbarungen oder der gerichtlichen Entscheidungen. Haftpflichtversicherungsgesellschaften werden demjenigen, der den Schadensersatz zu leisten hat, gleichgesetzt.

Versäumt derjenige, der den Schadensersatz zu leisten hat, den Versicherungsträger gemäß dem vorhergehenden Absatz zu benachrichtigen, kann er ihm gegenüber die zugunsten des Begünstigten geleisteten Zahlungen nicht geltend machen; werden diese Zahlungen zweimal geleistet, bleiben sie dem Begünstigten endgültig erhalten.

Der Versicherungsträger hat gegenüber dem in Artikel 49 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen erwähnten Gemeinsamen Garantiefonds in den in Artikel 50 dieses Gesetzes erwähnten Fällen ein eigenes Rückforderungsrecht, was bewilligte Leistungen betrifft.

§ 3 - Die Gewährung der im vorliegenden koordinierten Gesetz vorgesehenen Leistungen wird verweigert, wenn der Gesundheitsschaden anlässlich eines Sportwettkampfes oder einer Sportvorführung entstanden ist, für den/die der Veranstalter Eintrittsgeld erhebt und die Teilnehmer eine Entlohnung in irgendeiner Form erhalten. Vorbereitungen und Trainings im Hinblick auf diese Sportwettkämpfe und -vorführungen werden diesen Wettkämpfen oder Vorführungen gleichgesetzt.

Der vorliegende Paragraph ist sowohl auf kurative und präventive als auch auf Kontrolleleistungen anwendbar.

§ 4 - Die Gewährung der im vorliegenden koordinierten Gesetz vorgesehenen Leistungen wird eingestellt, solange der Begünstigte den Kontrollverpflichtungen nicht nachkommt, die ihm von jeder aufgrund des vorliegenden koordinierten Gesetzes befugten Person auferlegt werden.

Art. 137 - Der König kann den Mindestbetrag der in den Artikeln 121, 123, 128 § 1 und 130 erwähnten Eigenbeiträge und die Bedingungen, unter denen diese Eigenbeiträge gekürzt oder gestrichen werden können, festlegen.

TITEL VII — Kontrolle und Streitsachen

KAPITEL I — Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf den Dienst für medizinische Kontrolle und den Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle

Art. 138 - Der Versicherungsträger stellt aus eigener Initiative oder auf Antrag der Kontrolldienste des Instituts an Hand elektronisch gespeicherter oder verarbeiteter Daten Listen der Leistungen in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung auf, für die die Drittzahlerregelung angewendet worden ist.

Nach Beglaubigung durch einen Bevollmächtigten, der vom Versicherungsträger bestimmt und vom leitenden Beamten des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle zugelassen wird, gelten diese Listen, die die für die korrekte Identifizierung der erbrachten Pflege notwendigen Daten beinhalten, bis zum Beweis des Gegenteils auch gegenüber Dritten als Beweismittel für die im Rahmen des vorliegenden koordinierten Gesetzes angerechneten Leistungen.

KAPITEL II — Medizinische Kontrolle

Abschnitt I — Dienst für medizinische Kontrolle

Art. 139 - Beim Institut wird ein Dienst für medizinische Kontrolle eingesetzt, dessen Aufgabe darin besteht:

1. zu kontrollieren, ob Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung und der Entschädigungsversicherung tatsächlich erbracht worden sind und mit den Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes und seiner Ausführungserlasse übereinstimmen,

2. die verschriebene oder erbrachte Pflege quantitativ zu beurteilen und die von den in Artikel 142 erwähnten Kommissionen gefaßten Beschlüsse ausführen zu lassen.

Art. 140 - Der Dienst für medizinische Kontrolle wird von einem Ausschuß geleitet, der sich zusammensetzt aus:

1. einem Präsidenten, der Gerichtsrat am Appellationshof oder am Arbeitsgerichtshof oder Mitglied der Generalstaatsanwaltschaft beim Appellationshof oder des Generalauditors beim Arbeitsgerichtshof ist; ihm stehen zwei ordentliche Vizepräsidenten und zwei stellvertretende Vizepräsidenten bei, die Gerichtsräte am Appellationshof oder am Arbeitsgerichtshof sind,

2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die Doktoren der Medizin sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird deren jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat hat,

3. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die Doktoren der Medizin sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden.

Um die Vertretung der repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft zu bestimmen, werden eventuelle Minderheiten berücksichtigt,

4. vier ordentlichen Mitgliedern und vier Ersatzmitgliedern, die Mitglieder der Räte der Ärztekammer sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate vom Nationalen Rat der Ärztekammer vorgeschlagen werden,

5. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Fachkräfte der Zahnheilkunde vorgeschlagen werden,

6. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die Apotheker sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Apothekerschaft vorgeschlagen werden,

7. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Pflegeanstalten vorgeschlagen werden,

8. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Hebammen vorgeschlagen werden,

9. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Fachkräfte für Krankenpflege vorgeschlagen werden,

10. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Heilgymnasten vorgeschlagen werden,

11. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Bandagisten vorgeschlagen werden,

12. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Orthopäden vorgeschlagen werden,

13. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Gehörprothesenhersteller vorgeschlagen werden,

14. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Optiker vorgeschlagen werden,

15. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Logopäden vorgeschlagen werden,

16. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Orthoptisten vorgeschlagen werden,

17. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Lieferer von Implantaten vorgeschlagen werden,

18. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Lizientiaten der Wissenschaften vorgeschlagen werden, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister dazu ermächtigt sind, im Sinne des vorliegenden koordinierten Gesetzes Leistungen zu erbringen,

19. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Rehabilitationszentren vorgeschlagen werden,

20. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Pflegeerbringer, die ermächtigt sind, die in Artikel 34 Nr. 11 erwähnten Leistungen zu erbringen, vorgeschlagen werden,

21. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Pflegeerbringer, die ermächtigt sind, die in Artikel 34 Nr. 12 erwähnten Leistungen zu erbringen, vorgeschlagen werden.

Der König ernennt den Präsidenten, die Vizepräsidenten und die Mitglieder.

Die in Absatz 1 Nr. 5 bis 21 erwähnten Mitglieder tagen nur, wenn Fragen untersucht werden, die für die Gruppe, die sie vorgeschlagen hat, von direktem Interesse sind.

Zwei Regierungskommissare, die vom König auf Vorschlag des für die Sozialfürsorge zuständigen Ministers beziehungsweise des für die Volksgesundheit zuständigen Ministers vorgeschlagen werden, wohnen den Versammlungen des Ausschusses bei.

Der Ausschuß wird von seinem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Antrag des Ministers oder auf Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen.

Der Ausschuß tagt rechtsgültig, wenn außer dem Präsidenten oder einem Vizepräsidenten mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist, unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 141 § 2 in bezug auf die Zusammensetzung der beschränkten Kammern.

Der Präsident oder in seiner Abwesenheit ein Vizepräsident und die Mitglieder sind stimmberechtigt.

Die Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der Teilnehmer an der Abstimmung gefaßt, Enthaltungen werden nicht berücksichtigt.

Art. 141 - § 1 - Der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle ist damit beauftragt:

1. unter Mitwirkung des Personals dieses Dienstes die medizinische Kontrolle der Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung und der Entschädigungsversicherung wahrzunehmen. Was die in Artikel 139 Nr. 2 erwähnte Aufgabe betrifft, ist die Befugnis des Ausschusses auf die Ausübung der Kontrolle der verwaltungstechnischen Ausführung dieser Aufgabe beschränkt,

2. Normen und Richtlinien im Hinblick auf die Organisation der medizinische Kontrolle festzulegen,

3. das Verfahren zu bestimmen, gemäß dem die in Artikel 146 Absatz 4 erwähnten Untersuchungen eingeleitet und ausgeführt werden, und ebenfalls eine Kontrolle dieser Untersuchungen auszuüben, ohne daß dabei jedoch das Initiativrecht des Dienstes für medizinische Kontrolle und das Untersuchungsgeheimnis beeinträchtigt werden dürfen, solange diese Untersuchung nicht abgeschlossen ist,

4. die Regelung für die Zulassung der Vertrauensärzte festzulegen,

5. dem König Statut und Besoldung der Vertrauensärzte vorzuschlagen,

6. die Zahl der Begünstigten festzulegen, im Verhältnis zu der die Versicherungsträger verpflichtet sind, einen Vertrauensarzt anzustellen,

7. alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um die medizinische Kontrolle für den Fall zu gewährleisten, daß Versicherungsträger nicht die erforderliche Zahl Vertrauensärzte innerhalb der in Artikel 154 erwähnten Fristen anstellen,

8. die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des Dienstes für medizinische Kontrolle auszuarbeiten,

9. die Feststellungen, die zu Lasten von Personen oder Anstalten gemacht werden, die ermächtigt sind, Gesundheitsleistungen zu erbringen, und gegen die die in Artikel 156 erwähnten Sanktionen verhängt werden können, an die in § 2 erwähnten beschränkten Kammern zu verweisen,

10. in der Berufungsinstanz über Streitfälle medizinischer Art, die zwischen Vertrauensärzten und Ärzte-Inspektoren auftreten, zu entscheiden, außer in Fällen, die die Rechte der Begünstigten betreffen,

11. die Disziplinalgewalt über die in Artikel 146 erwähnten Ärzte-Inspektoren und Apotheker-Inspektoren und die in Artikel 153 erwähnten Vertrauensärzte auszuüben,

12. Modalitäten für die Erstattung der Kosten vorzuschlagen, die der Dienst für die Erfüllung anderer Aufgaben ausgelegt hat, die ihm vom König anvertraut werden,

13. innerhalb der vom König festgelegten Fristen Berichte zu erstellen, die sich insbesondere beziehen auf:

- a) die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeit,
- b) Feststellungen, die er hinsichtlich der Anwendung der Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung gemacht hat,

14. die in Nr. 13 erwähnten Berichte zusammen mit den Anregungen zu übermitteln, die er aus seinen Feststellungen abgeleitet hat, erstere dem Minister, dem Allgemeinen Ausschuß und dem Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen, letztere dem Minister, dem Allgemeinen Ausschuß und dem Allgemeinen Rat,

15. dem Allgemeinen Ausschuß den Haushaltsplan der Verwaltungskosten des Dienstes für medizinische Kontrolle vorzuschlagen,

16. dem Allgemeinen Ausschuß Anwerbung, Ernennung, Zuweisung, Beförderung, Entlassung und Entfernung aus dem Dienst des Personals des Dienstes für medizinische Kontrolle und gegen das Personal zu verhängende Disziplinarstrafen in den Fällen vorzuschlagen, wo dieser Ausschuß dafür zuständig ist,

17. im Rahmen seiner Zuständigkeit über die Erhebung von Rechtsklagen zu entscheiden.

Im Dringlichkeitsfall kann der leitende Beamte des Dienstes für medizinische Kontrolle über die Erhebung von Rechtsklagen entscheiden. Diese Klagen werden dem Ausschuß bei seiner nächsten Sitzung zur Genehmigung vorgelegt. Wird die Genehmigung verweigert, ist eine eingeleitete Klage zurückzunehmen,

18. seine Geschäftsordnung zu erstellen.

Erfüllt der Ausschuß die Aufgaben, die ihm aufgrund von Absatz 1 Nr. 2, 8 und 18 auferlegt sind, nicht, wird er vom Minister dazu aufgefordert.

Wird dieser Aufforderung nicht innerhalb einer Frist von dreißig Tagen Folge geleistet, ergreift der Minister Maßnahmen an Stelle des Ausschusses, um der Untätigkeit des Ausschusses abzuhelfen.

Der König kann nach Stellungnahme des Ausschusses dem Dienst für medizinische Kontrolle andere medizinische Aufgaben anvertrauen; Er legt ebenfalls fest, wie die mit diesen Aufgaben verbundenen Kosten vergütet werden.

§ 2 - Der Ausschuß richtet in seiner Mitte mindestens zwei beschränkte Kammern ein, die allein mit der Anwendung der in § 1 Absatz 1 Nr. 9 und 10 angeführten Bestimmungen beauftragt sind.

In diesen Kammern führt ein Vizepräsident des Ausschusses oder sein Stellvertreter den Vorsitz; darüber hinaus bestehen sie aus einem der in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 4 erwähnten Mitglieder und aus zwei Mitgliedern, die mit einfacher Mehrheit von jeder der in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 2 und 3 erwähnten Gruppen bestimmt werden. Diese Kammern bestehen des weiteren aus ebenso vielen Ersatzmitgliedern, die gemäß demselben Verfahren wie die ordentlichen Mitglieder bestimmt werden. Die Zahl der Ersatzmitglieder ist jedoch niemals kleiner als zwei.

Der tagende Präsident und die tagenden Mitglieder sind stimmberechtigt.

Untersuchen diese Kammern Akten in bezug auf Fachkräfte der Zahnheilkunde, Pflegeanstalten, Einrichtungen oder Fachkräfte der Berufe, die in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 8 bis 21 erwähnt sind, werden die Mitglieder, die von der in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 3 erwähnten Gruppe bestimmt worden sind, durch die Mitglieder der entsprechenden Gruppen ersetzt, die in Nr. 5 und Nr. 7 bis 21 des vorerwähnten Artikels erwähnt sind, während das in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 4 erwähnte Mitglied nicht tagt, außer wenn die untersuchte Akte einen Pflegebringer betrifft, der unter anderem die Eigenschaft eines Arztes hat. Untersuchen diese Kammern eine Akte in bezug auf einen Pflegebringer, der zu verschiedenen Gruppen gehört, bestimmen die betreffenden Gruppen im gemeinsamen Einvernehmen die Mitglieder, deren Qualifikation am passendsten ist. Mangels Einvernehmen nimmt der Präsident diese Bestimmung vor.

Untersuchen die Kammern Akten in bezug auf Apotheker, werden die Mitglieder, die von der in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 3 erwähnten Gruppe bestimmt worden sind, durch die Mitglieder der Gruppe ersetzt, die in Nr. 6 des vorerwähnten Artikels erwähnt ist; darüber hinaus wird das in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 4 erwähnte Mitglied von einem Apotheker ersetzt, der vom Nationalen Rat der Apothekerkammer bestimmt wird.

Alle Mitglieder werden zu jeder Sitzung eingeladen; ist ein ordentliches Mitglied verhindert, wird ein Ersatzmitglied aufgefordert, es zu ersetzen.

Ist dieses Verfahren befolgt worden, tagt eine Kammer rechtsgültig, wenn neben dem Präsidenten und dem Mitglied des Rates der Kammer und unbeschadet der Bestimmungen von Absatz 8 ebenfalls eines der in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 2 erwähnten Mitglieder und gemäß den in Absatz 6 und 8 erwähnten Unterscheidungen entweder ein in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 3 erwähntes Mitglied oder ein Mitglied der in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 5 bis 21 erwähnten Gruppen anwesend ist.

Jedesmal, wenn die Mitglieder einer der beiden Gruppen, die in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 2 und 3 erwähnt sind, zahlreicher anwesend sind als die der anderen Gruppe, bestimmt die Kammer zur Wiederherstellung der Gleichheit im gemeinsamen Einvernehmen das Mitglied der zahlreicheren Gruppe, das nicht stimmberechtigt ist; mangels Einvernehmen wird dem jüngsten Mitglied dieser Gruppe das Stimmrecht entzogen. Auf dieselbe Weise wird vorgegangen, wenn die in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 3 erwähnten Mitglieder durch die Mitglieder einer der in Artikel 140 Absatz 1 Nr. 5 bis 21 erwähnten Gruppen ersetzt werden.

Beschlüsse werden mit der Mehrheit der Stimmen der Teilnehmer an der Abstimmung gefaßt; bei Stimmgleichheit ist die Stimme des Präsidenten ausschlaggebend.

Art. 142 - § 1 - Beim Dienst für medizinische Kontrolle wird eine Kontrollkommission eingesetzt, die unbeschadet der Befugnisse der Disziplinarinstanzen beauftragt ist, Verstöße gegen die Bestimmungen von Artikel 73 Absatz 2, 3 und 4 festzustellen.

Diese Kommission umfaßt zehn Abteilungen, worunter eine pro Provinz. In der Provinz Brabant werden zwei Abteilungen eingesetzt; die eine erkennt in Sachen, die in Französisch behandelt werden, und die andere in Sachen, die in Niederländisch behandelt werden. Alle Abteilungen haben ihren Sitz in den Räumlichkeiten des Hauptsitzes des Instituts in Brüssel.

§ 2 - Beim Dienst für medizinische Kontrolle wird eine Berufungskommission eingesetzt, die als Aufgabe hat, über Berufungsanträge, die gegen Entscheidungen der Kontrollkommission eingelegt werden, zu befinden.

Die Berufungskommission tagt in Brüssel. Sie setzt sich aus zwei Abteilungen zusammen. Eine dieser Abteilungen ist niederländischsprachig und erkennt in Sachen, die in Niederländisch behandelt werden, die andere ist französischsprachig und erkennt in Sachen, die in Französisch behandelt werden, und in Sachen, die in Deutsch eingereicht werden.

§ 3 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß für Pflegerbringer, die keine Ärzte sind, beim Dienst für medizinische Kontrolle entweder spezifische Kontrollkommissionen und Berufungskommissionen einsetzen, die als Aufgabe haben, die verschriebene oder erbrachte Pflege quantitativ zu beurteilen, und spezifische Regeln in bezug auf Zusammensetzung und Arbeitsweise dieser Kommissionen bestimmen oder Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise der in den Paragraphen 1 und 2 erwähnten Kommissionen anpassen.

Art. 143 - § 1 - Die in Artikel 142 erwähnten Kommissionen setzen sich aus Magistraten und Vertretern der Versicherungsträger und der Pflegerbringer zusammen.

§ 2 - Der König ernennt den Präsidenten, den stellvertretenden Präsidenten, die ordentlichen Mitglieder und die Ersatzmitglieder. Das Mandat des Präsidenten und der Mitglieder hat eine Dauer von sechs Jahren; es ist erneuerbar.

Die Präsidenten und Mitglieder, die ernannt werden, um verstorbene oder ausscheidende Präsidenten oder Mitglieder zu ersetzen, beenden das Mandat derjenigen, die sie ersetzen.

Das Höchstalter der Mitglieder mit Ausnahme der Präsidenten wird auf 65 Jahre festgelegt.

§ 3 - Das Mandat des Präsidenten, des stellvertretenden Präsidenten, der ordentlichen Mitglieder und der Ersatzmitglieder einer in Artikel 142 erwähnten Kommission ist unvereinbar mit einem Mandat im Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle oder mit einem Mandat in einer in Artikel 30 erwähnten Profilkommission.

§ 4 - Die Kontrollkommission und die Berufungskommission werden jede von einem ordentlichen Sekretär und einem oder mehreren stellvertretenden Sekretären beigegeben, die vom Arzt-Generaldirektor des Dienstes für medizinische Kontrolle unter dem Personal dieses Dienstes bestimmt werden.

Art. 144 - § 1 - Die in Artikel 142 § 1 erwähnte Kontrollkommission setzt sich zusammen aus einem zweisprachigen Präsidenten und einem zweisprachigen stellvertretenden Präsidenten, die unter den Magistraten der Gerichte erster Instanz und der Arbeitsgerichte ausgewählt werden - unter Ausschluß der Untersuchungsrichter und der Mitglieder der Staatsanwaltschaft - und aus ordentlichen Mitgliedern und Ersatzmitgliedern, von denen die eine Hälfte französischsprachig und die andere niederländischsprachig ist.

Diese Mitglieder sind:

1. zwei ordentliche Mitglieder und zwei Ersatzmitglieder, die unter den Magistraten der Gerichte erster Instanz - unter Ausschluß der Untersuchungsrichter und der Mitglieder der Staatsanwaltschaft - und unter den ordentlichen Richtern bei den Arbeitsgerichten ausgewählt werden,

2. zwei ordentliche Mitglieder und zwei Ersatzmitglieder, die Ärzte sind und von den repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft bestimmt werden,

3. zwei ordentliche Mitglieder und zwei Ersatzmitglieder, die Ärzte sind und von den Versicherungsträgern bestimmt werden.

Darüber hinaus setzt sie sich pro Abteilung zusammen aus:

1. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Ärzte aus der betreffenden Provinz sind und von den repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft bestimmt werden,

2. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Ärzte sind und von den Versicherungsträgern bestimmt werden.

Jede Abteilung kann Sachverständige hinzuziehen.

§ 2 - Die in Artikel 142 § 2 erwähnte Berufungskommission setzt sich aus einem zweisprachigen Präsidenten und einem zweisprachigen stellvertretenden Präsidenten zusammen, die unter den Magistraten der Appellationshöfe und Arbeitsgerichtshöfe - unter Ausschluß der Mitglieder der Staatsanwaltschaft - ausgewählt werden.

Darüber hinaus setzt sie sich aus ordentlichen Mitgliedern und Ersatzmitgliedern zusammen, von denen die eine Hälfte französischsprachig und die andere niederländischsprachig ist.

Diese Mitglieder sind:

a) zwei ordentliche Mitglieder und zwei Ersatzmitglieder, die unter den Magistraten der Appellationshöfe und Arbeitsgerichtshöfe - unter Ausschluß der Mitglieder der Staatsanwaltschaft - ausgewählt werden,

b) vier ordentliche Mitglieder und vier Ersatzmitglieder, die Ärzte sind und von den repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft bestimmt werden,

c) vier ordentliche Mitglieder und vier Ersatzmitglieder, die Ärzte sind und von den Versicherungsträgern bestimmt werden.

Nur die Mitglieder, die Magistrate sind, sind stimmberechtigt.

Die Berufungskommission kann sich von Sachverständigen beistehen lassen.

§ 3 - Der König kann die Zusammensetzung der Kontrollkommission und der Berufungskommission ändern, indem er zwei ordentliche Mitglieder und zwei Ersatzmitglieder hinzufügt, die von den repräsentativen Organisationen aller Arbeitnehmer und aller Arbeitgeber bestimmt werden. Diese Mitglieder haben nur beratende Stimme.

§ 4 - Wenn eine beziehungsweise mehrere repräsentative Organisationen, die für die Zusammensetzung der in Artikel 142 erwähnten Kommissionen berücksichtigt werden, versäumen, ihre Vertreter zur Ernennung vorzuschlagen oder zu bestimmen, nachdem der Minister sie zweimal aufgefordert hat, einen Vorschlag oder eine Bestimmung vorzunehmen, und dazu eine Frist gesetzt hat, werden die Vertreter, die für die Zusammensetzung der vorerwähnten Organe vorgesehen waren, für die Zusammensetzung des Organs oder die Beschlußfassung nicht berücksichtigt.

Stellt der Präsident einer der im vorhergehenden Absatz erwähnten Kommissionen bei zwei aufeinanderfolgenden Versammlungen fest, daß es wegen der Abwesenheit von Mitgliedern unmöglich ist zu tagen, werden diese Mitglieder für die Zusammensetzung des Organs oder für die Beschlußfassung ab der dritten Versammlung, die in ihrer Abwesenheit gehalten wird, nicht mehr berücksichtigt.

Art. 145 - § 1 - Ist der Dienst für medizinische Kontrolle oder eine in Artikel 30 erwähnte Profilkommission oder ein Versicherungsträger der Ansicht, daß ein Pflegerbringer gegen die Bestimmungen von Artikel 73 verstößt, kann er/sie die Abteilung der Kontrollkommission der Provinz, in der der Pflegerbringer seine Haupttätigkeit ausübt, oder das zuständige Organ, das aufgrund von Artikel 142 § 3 geschaffen worden ist, anrufen.

§ 2 - Der Arzt-Generaldirektor des Dienstes für medizinische Kontrolle oder sein Beauftragter bestimmt unter dem Personal dieses Dienstes den Arzt-Inspektor, der beauftragt ist, der zuständigen Abteilung Bericht zu erstatten. Er kann anordnen, daß ein Arzt-Inspektor eine vorherige Untersuchung vornimmt.

Der Berichterstatter legt den Sachverhalt dar, der dem Betroffenen zur Last gelegt wird. Er kann in die Verhandlungen eingreifen.

§ 3 - Die Abteilungen der Kontrollkommission können erst einen Beschluß fassen, nachdem die Betroffenen zur Sitzung vorgeladen worden sind. Der Betroffene darf sich in allen Handlungen des Verfahrens und in der Sitzung von einem Anwalt oder von jeder anderen Person seiner Wahl beistehen lassen.

Jeder Beschluß wird mit Gründen versehen, andernfalls ist er nichtig.

§ 4 - Der Pflegeerbringer, der Dienst für medizinische Kontrolle und der Versicherungsträger können gegen den Beschluß der Kontrollkommission bei der Berufungskommission Berufung einlegen in der Form und innerhalb der Fristen, die vom König festgelegt werden.

Die Berufung hat aufschiebende Wirkung.

§ 5 - Innerhalb sieben Tagen nach der Verkündung eines Beschlusses sendet der Sekretär per Einschreiben eine Abschrift dieses Beschlusses folgenden Personen zu:

1. den Parteien,
2. dem Arzt-Generaldirektor des Dienstes für medizinische Kontrolle.

Darüber hinaus wird eine Abschrift von jedem definitiv gewordenen Beschluß vom Sekretär der betreffenden Kontrollkommission oder Berufungskommission per Einschreiben an das zuständige Disziplinarorgan übermittelt.

Die anderen Verfahrensregeln in bezug auf die Arbeitsweise der Kontrollkommission und der Berufungskommission werden vom König bestimmt.

§ 6 - Die Kontrollkommission und die Berufungskommission erstellen jede für ihren Bereich ihre Geschäftsordnung, die dem König zur Billigung vorgelegt wird.

Art. 146 - Um die in Artikel 141 § 1 Absatz 1 Nr. 1 erwähnte Aufgabe zu erfüllen, verfügt der Dienst für medizinische Kontrolle über Ärzte-Inspektoren, Apotheker-Inspektoren, Krankenpfleger-Kontrolleure, die verschiedene Dienstgrade innehaben, und über Kontrolleure, beigeordnete Kontrolleure und Verwaltungsbedienstete. Kontrolleure und beigeordnete Kontrolleure haben als Aufgabe, das gesetzwidrige Zusammentreffen des Bezugs von Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen mit dem Ausüben einer beruflichen Tätigkeit oder der Verrichtung von Schwarzarbeit zu ermitteln und festzustellen.

Weiter kontrollieren sie auf administrativer Ebene die im Rahmen der Gesundheitspflegeversicherung und der Entschädigungsversicherung ausgestellten Belege.

Die Zahl der Ärzte-Inspektoren wird auf einen Arzt pro vollständige Gruppe von 80 000 Begünstigten festgelegt.

Der Dienst für medizinische Kontrolle nimmt jede Untersuchung oder Feststellung vor entweder aus eigener Initiative oder auf Antrag seines Ausschusses oder auf ordnungsgemäß mit Gründen versehenen Antrag des Ministers, des Dienstes für Gesundheitspflege, des Dienstes für Entschädigungen, des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle, der Versicherungsträger oder einer im Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle vertretenen Berufsorganisation. Im Rahmen der Kontrolle der Gesundheitspflegeversicherung macht der Dienst für medizinische Kontrolle die Bemerkungen, die er in bezug auf Personen und Anstalten, die ermächtigt sind, Gesundheitsleistungen zu erbringen, für nützlich hält.

Abschnitt II — Ärzte-Inspektoren, Apotheker-Inspektoren, Krankenpfleger-Kontrolleure, Kontrolleure und beigeordnete Kontrolleure

Art. 147 - Ärzte-Inspektoren haben als Aufgabe, die Erfüllung der Aufgaben, die den Vertrauensärzten aufgetragen sind, zu kontrollieren. Zu diesem Zweck nehmen sie alle notwendigen Untersuchungen und gegebenenfalls die körperliche Untersuchung des Begünstigten vor.

Gemäß den Bestimmungen der Artikel 90 und 94 dürfen Ärzte-Inspektoren Begünstigte untersuchen und einen Beschluß in bezug auf ihre Arbeitsunfähigkeit fassen.

Art. 148 - Unbeschadet der Aufgabe, die Vertrauensärzten anvertraut ist, nehmen Ärzte-Inspektoren in individuellen Fällen die medizinische Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit vor entweder auf Antrag des Arbeitgebers oder des Landesamts für Arbeitsbeschaffung oder aufgrund der Berichte über die Untersuchungen, die die mit der Kontrolle beauftragten Beamten der Dienste für medizinische Kontrolle und für verwaltungstechnische Kontrolle im Rahmen ihrer Aufgaben, so wie sie in den Artikeln 146 und 162 definiert sind, verrichten.

In diesem Fall fassen die Ärzte-Inspektoren den Beschluß in bezug auf die Arbeitsunfähigkeit und notifizieren diesen unter den in Artikel 149 festgelegten Bedingungen.

Art. 149 - Beschlüsse der Ärzte-Inspektoren in bezug auf die Arbeitsunfähigkeit werden am selben Tag dem Berechtigten und dem Vertrauensarzt unter den vom Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle bestimmten Bedingungen notifiziert. Diese Beschlüsse sind sofort vollstreckbar.

Art. 150 - Arbeitgeber, Versicherungsträger, Pflegeanstalten, Tariffestsetzungsämter und ihre Angestellten oder Beauftragten, Personen, die ermächtigt sind, die durch das vorliegende koordinierte Gesetz definierten Gesundheitsleistungen zu erbringen, und Begünstigte sind verpflichtet, den Ärzte-Inspektoren, Apotheker-Inspektoren, Krankenpfleger-Kontrolleuren, Kontrolleuren und beigeordneten Kontrolleuren alle Auskünfte und Unterlagen zu geben, die sie brauchen, um ihre Kontrollaufgabe zu erfüllen. Die Mitteilung und Benutzung dieser Auskünfte und Unterlagen sind der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht unterworfen. Die Erteilung beziehungsweise Vorlage der im vorliegenden Artikel erwähnten Auskünfte und Unterlagen darf auf keinen Fall beinhalten, daß die für die Ausübung der Kontrollaufgabe notwendigen Aktenstücke entfernt werden.

Was die Versicherungsträger betrifft, muß die Mitteilung von Auskünften und Unterlagen innerhalb einer Frist von höchstens dreißig Tagen ab Antragsdatum erfolgen.

Der Dienst für medizinische Kontrolle hat Zugang zu allen Daten und Unterlagen, die von den Versicherungsträgern, Pflegeerbringern, Pflegeanstalten und anderen Anstalten oder Diensten für Gesundheitspflege im Rahmen des vorliegenden koordinierten Gesetzes übermittelt werden müssen.

Der Dienst für medizinische Kontrolle hat unmittelbaren Zugriff auf die Profildaten und deren Verarbeitung beim Dienst für Gesundheitspflege und beim Dienst für Entschädigungen.

Kontrolleure und beigeordnete Kontrolleure dürfen für die Ausübung ihrer Aufgabe zu jeder Tages- und Nachtzeit ohne vorherige Ankündigung alle Gebäude, Niederlassungen, Räumlichkeiten und Arbeitsplätze frei betreten, von denen sie vernünftigerweise annehmen können, daß dort Personen beschäftigt sind, die Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen beziehen.

Art. 151 - Die Ärzte-Hauptinspektoren und Ärzte-Inspektoren werden in jeder Provinz unter die verwaltungstechnische Leitung eines dienstleitenden Arzt-Hauptinspektors gestellt.

Die dienstleitenden Ärzte-Hauptinspektoren werden unter die verwaltungstechnische Leitung von zwei Ärzte-Generalinspektoren gestellt.

Art. 152 - Streitfälle medizinischer Art zwischen Vertrauensärzten und Ärzte-Inspektoren außer denjenigen, die die Rechte der Begünstigten betreffen, werden dem dienstleitenden Arzt-Hauptinspektor zur Beschlußfassung vorgelegt.

Die Betroffenen können gegen Beschlüsse des dienstleitenden Arzt-Hauptinspektors beim Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle Berufung einlegen.

Der König bestimmt, gemäß welchen Formen und innerhalb welcher Fristen der dienstleitende Arzt-Hauptinspektor und der Ausschuß zu entscheiden haben.

Der Widerspruch beim dienstleitenden Arzt-Hauptinspektor und die Berufung beim Ausschuß haben aufschiebende Wirkung.

Abschnitt III — Vertrauensärzte

Art. 153 - Vertrauensärzte haben als Aufgabe, gemäß den Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes die medizinische Kontrolle der primären Arbeitsunfähigkeit und der Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. Unter den Bedingungen und innerhalb der Fristen, die vom König festgelegt werden, senden sie die in Artikel 94 Absatz 1 erwähnten Berichte dem Medizinischen Invaliditätsrat zu. Sie haben ebenfalls die Befugnisse, die ihnen aufgrund der Artikel 23 § 1 und 94 Absatz 2 aufgetragen sind. Die Kontrolle in bezug auf die Gewährung der in Artikel 37 § 12 erwähnten Beteiligung kann ebenfalls durch Königlichen Erlaß einem vom König eingesetzten Kollegium der Vertrauensärzte anvertraut werden. Der König bestimmt Zusammensetzung und Arbeitsweise dieses Kollegiums und unter welchen Bedingungen es seine Aufgaben erfüllt.

Die Vertrauensärzte übermitteln dem Dienst für medizinische Kontrolle innerhalb der von ihm festgelegten Fristen Berichte über die Kontrolle der Arbeitsunfähigkeiten und der Gesundheitsleistungen. Das Muster dieser Berichte wird vom Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle festgelegt.

Die Vertrauensärzte haben bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Richtlinien des Dienstes für medizinische Kontrolle zu befolgen.

Die Beschlüsse der Vertrauensärzte sind bindend für die Versicherungsträger.

Art. 154 - Vertrauensärzte werden von den Versicherungsträgern angestellt und besoldet.

Das Amt als Vertrauensarzt darf jedoch nur den vom Dienst für medizinische Kontrolle vereidigten Ärzten anvertraut werden. Vertrauensärzte leisten den Eid vor dem Präsidenten des Ausschusses dieses Dienstes. Um zur Eidesleistung als Vertrauensarzt zugelassen zu werden, muß man zuvor von einem Versicherungsträger vorgeschlagen und vom Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle zugelassen werden.

Bevor ein Vertrauensarzt zugelassen wird, beantragt der Ausschuß die Stellungnahme des zuständigen Provinzialen Rates der Ärztekammer; gibt der Provinziale Rat der Ärztekammer seine Stellungnahme nicht innerhalb der vom Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle festgelegten Frist ab, wird davon ausgegangen, daß diese Formalität erfüllt worden ist.

Versicherungsträger dürfen Vertrauensärzte nur entlassen beziehungsweise ihnen kündigen, wenn der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle den Entzug ihrer Zulassung ausgesprochen hat oder, bei Stellenstreichung, mit Zustimmung des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle und gemäß den Bedingungen, die durch das Statut der Vertrauensärzte vorgesehen sind.

Statut und Besoldung der Vertrauensärzte werden vom König auf Vorschlag des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle nach Konsultation der Versicherungsträger und der repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen festgelegt. Außer dieser Besoldung dürfen Vertrauensärzte keinerlei Vorteile in irgendeiner Form beziehen. Vertrauensärzte dürfen ohne Erlaubnis des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle, die, wurde sie erteilt, jederzeit widerruflich ist, keine anderen medizinischen Tätigkeiten ausüben.

Machen Versicherungsträger in den vom Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle festgelegten Fristen keinen Vorschlag oder stellen sie die erforderliche Zahl Vertrauensärzte nicht an, kann der Ausschuß alle Maßnahmen ergreifen, um die medizinische Kontrolle zu gewährleisten.

Der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle kann entweder aus eigener Initiative oder auf Antrag des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle oder eines Versicherungsträgers einen oder mehrere Ärzte-Inspektoren mit der zeitweiligen Ausführung der Aufgaben des Vertrauensarztes beauftragen, sofern bedeutende Mängel in der Organisation oder Ausführung der medizinischen Kontrolle festgestellt werden oder bei einstweiliger Amtsenthebung oder vorbeugender einstweiliger Amtsenthebung des Vertrauensarztes, so wie in Artikel 155 erwähnt.

Abschnitt IV — Disziplinarmaßnahmen

Art. 155 - Der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle kann den in Artikel 154 erwähnten Vertrauensärzten und den in Artikel 146 erwähnten Ärzte-Inspektoren und Apotheker-Inspektoren, die die Versicherungsregeln oder die Richtlinien des Ausschusses nicht befolgen, folgende Disziplinarstrafen auferlegen: Verwarnung, Tadel, Rüge und für Vertrauensärzte darüber hinaus die Aussetzung des Rechts, ihr Amt auszuüben während einer Frist, die zwei Jahre nicht übersteigen darf, und das definitive Verbot, dieses Amt auszuüben.

Im Statut der Vertrauensärzte werden die Modalitäten festgelegt, gemäß denen die Versicherungsträger von den aufgrund von Absatz 1 verhängten Disziplinarstrafen in Kenntnis gesetzt werden.

Gegen Disziplinarbeschlüsse des Ausschusses kann bei den zu diesem Zweck eingesetzten Berufungskommissionen Berufung eingelegt werden; die Berufung setzt die Vollstreckung der Disziplinarstrafe aus.

Darüber hinaus kann der Ausschuß diese Vertrauensärzte im Rahmen einer vorbeugenden Maßnahme einstweilig für höchstens zwei Monate ihres Amtes entheben, wenn das Interesse des Dienstes oder das Gemeinwohl dies erforderlich macht.

Der König kann die in Artikel 146 erwähnten Ärzte-Inspektoren und Apotheker-Inspektoren auf Vorschlag des Ausschusses einstweilig ihres Amtes entheben oder entlassen.

Die Berufungskommissionen setzen sich zusammen aus:

a) drei vom König ernannten Magistraten des gerichtlichen Standes,

b) drei Mitgliedern, die vom König aus Listen mit je zwei Kandidaten ernannt werden, die von den entsprechenden Gruppen vorgeschlagen werden, die in Artikel 140 Nr. 2, 3 und 5 bis 21 erwähnt werden. Diese Mitglieder tagen nur für Angelegenheiten, die die Gruppe, die sie vorgeschlagen hat, direkt betreffen. Sie haben nur beratende Stimme.

Das Mandat der Mitglieder der Berufungskommissionen ist unvereinbar mit dem eines Mitglieds des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle.

Der König legt die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise der Berufungskommissionen fest.

Sowohl vor dem Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle als auch vor den Berufungskommissionen muß der Arzt vorher angehört werden und darf sich von einer Person seiner Wahl beistehen lassen.

Der Minister kann auf Vorschlag des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle die in Artikel 146 erwähnten Ärzte-Inspektoren und Apotheker-Inspektoren im Rahmen einer vorbeugenden Maßnahme einstweilig für höchstens zwei Monate ihres Amtes entheben, wenn das Interesse des Dienstes oder das Gemeinwohl dies erforderlich macht; der Minister entscheidet für jeden Fall, ob die vorbeugende einstweilige Amtsenthebung mit der Aussetzung der Zahlung des gesamten oder eines Teils des Gehalts einhergeht oder nicht.

Diese einstweilige Amtsenthebung kann nach einer mit Gründen versehenen Stellungnahme einer der Berufungskommissionen erneuert werden.

Abschnitt V — Verbot der Beteiligung an den Kosten der Gesundheitsleistungen

Art. 156 - Unbeschadet einer eventuellen Strafverfolgung oder eines eventuellen Disziplinarverfahrens und ungeachtet der Bestimmungen der in Titel III vorgesehenen Abkommen oder Verpflichtungen können die in Artikel 141 § 2 erwähnten beschränkten Kammern den Versicherungsträgern für einen Zeitraum von fünf Tagen bis zu einem Jahr die Beteiligung an den Kosten der Gesundheitsleistungen verbieten, wenn diese von einem Pflegeerbringer erbracht werden, der die Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung nicht befolgt.

Die beschränkten Kammern dürfen erst einen Beschluß fassen, nachdem die Betroffenen angehört worden sind; versäumen sie oder weigern sie sich jedoch zu erscheinen, können die beschränkten Kammern das im vorhergehenden Absatz erwähnte Verbot rechtsgültig aussprechen.

Gegen den Beschluß kann bei einer der in Artikel 155 Absatz 3 vorgesehenen Berufungskommissionen Berufung eingelegt werden.

Sowohl vor den beschränkten Kammern als auch vor den Berufungskommissionen dürfen sich die Betroffenen von einer Person ihrer Wahl beistehen lassen.

Der König bestimmt entweder auf Vorschlag der in Artikel 50 § 2 erwähnten Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen und der Nationalen Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen oder auf Vorschlag der in Artikel 26 vorgesehenen zuständigen Abkommenskommission, wie die definitiven Beschlüsse der beschränkten Kammern oder der Berufungskommissionen, mit denen ein Beteiligungsverbot ausgesprochen wird, bekanntgemacht werden; nur der Tenor der Beschlüsse wird bekanntgemacht.

Art. 157 - Nach Feststellung eines Verstoßes gegen die Bestimmungen von Artikel 73 fordern die in Artikel 142 erwähnten Kommissionen unbeschadet einer Strafverfolgung oder eines Disziplinarverfahrens die Ausgaben in bezug auf Leistungen zu Lasten der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung vom Pflegeerbringer ganz oder teilweise zurück.

Gleichzeitig mit diesen Rückforderungen können sie die Anwendung der Drittzahlerregelung für Leistungen, die vom betreffenden Pflegeerbringer erbracht werden, verbieten.

Definitive Beschlüsse der Kontrollkommission und der Berufungskommission sind von Rechts wegen vollstreckbar. Auf die Beträge werden von Rechts wegen Zinsen ab dem ersten Tag nach Ablauf der Rückzahlungsfrist, die durch den Beschluß festgelegt wird, angerechnet. Gerät der Schuldner in Verzug, kann die Mehrwertsteuer-, Registrierungs- und Domänenverwaltung mit der Eintreibung der Beträge beauftragt werden gemäß den Bestimmungen von Artikel 94 der am 17. Juli 1991 koordinierten Gesetze über die Staatsbuchführung.

Der König bestimmt die Modalitäten der Bekanntmachung der definitiven Beschlüsse in bezug auf das in Absatz 2 erwähnte Verbot.

Eingetriebene Beträge werden als Einnahmen der Gesundheitspflegeversicherung gebucht.

Abschnitt VI - Bestimmungen in bezug auf die Vertrauensärzte der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen

Art. 158 - Der König legt alle Regeln fest, die auf Vertrauensärzte der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen anwendbar sind, und Er bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß, unter welchen Bedingungen die in den Abschnitten I, II, III und IV erwähnten Bestimmungen in bezug auf die Vertrauensärzte auf sie ausgedehnt werden.

KAPITEL III — Verwaltungstechnische Kontrolle

Abschnitt I — Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle

Art. 159 - Beim Institut wird ein Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle eingesetzt, der beauftragt ist, die verwaltungstechnische Kontrolle der Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung, Entschädigungsversicherung und Mutterschaftsversicherung und die verwaltungstechnische Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes und seiner Ausführungserlasse zu gewährleisten; die Angelegenheiten, die im Gesetz vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände erwähnt sind, werden jedoch von dieser Kontrolle ausgeschlossen.

Art. 160 - Der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle erhält seine technischen Richtlinien von einem Ausschuß, der sich aus einem Präsidenten und einer gleichen Zahl Vertreter der repräsentativen Arbeitgeberorganisationen, der repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen und der Versicherungsträger zusammensetzt.

Der König bestimmt die Zahl der ordentlichen Vertreter und der Ersatzvertreter und ernennt sie; Er ernennt den Präsidenten und die Vizepräsidenten.

Er legt die Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise des Ausschusses fest.

Ein Vertreter des in Artikel 49 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände erwähnten Kontrollamts wohnt den Versammlungen des Ausschusses mit beratender Stimme bei.

Art. 161 - Der Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle:

1. erstellt die technischen Richtlinien im Hinblick auf die Organisation der verwaltungstechnischen Kontrolle,
2. gibt Stellungnahmen und Vorschläge zu den Vorschriften in bezug auf die verwaltungstechnische Kontrolle ab,
3. erstellt in den vom König festgelegten Fristen Berichte über seine Feststellungen in bezug auf die Anwendung seitens der Versicherungsträger der Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen in bezug auf:

- a) die Gesundheitspflegeversicherung,
- b) die Entschädigungsversicherung und die Mutterschaftsversicherung,

4. übermittelt die in Nr. 3 erwähnten Berichte zusammen mit Vorschlägen, die auf seinen Feststellungen beruhen, erstere dem Minister und dem Allgemeinen Rat, letztere dem Minister und dem Geschäftsführenden Ausschuss des Dienstes für Entschädigungen,

5. schlägt dem Allgemeinen Ausschuss die verwaltungstechnischen und statistischen Regeln vor, die die Versicherungsträger einhalten müssen, damit der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle seine Aufgabe ausüben kann,

6. erteilt dem Minister Stellungnahmen über die Kriterien für die Zulassung der in Artikel 165 erwähnten Tariffestsetzungsämter,

7. schlägt dem Allgemeinen Ausschuss Modalitäten für die Rückzahlung der Kosten vor, die der Dienst für die Erfüllung anderer Aufgaben, die ihm von König anvertraut werden, ausgelegt hat,

8. schlägt dem Allgemeinen Ausschuss den Haushaltsplan der Verwaltungskosten des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle vor,

9. schlägt dem Allgemeinen Ausschuss Anwerbung, Ernennung, Zuweisung, Beförderung, Entlassung und Entfernung aus dem Dienst des Personals des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle und gegen das Personal zu verhängende Disziplinarstrafen vor in den Fällen, wo dieser Ausschuss dafür zuständig ist,

10. entscheidet im Rahmen seiner Zuständigkeit über die Erhebung von Rechtsklagen.

Im Dringlichkeitsfall kann der leitende Beamte des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle über die Erhebung von Rechtsklagen entscheiden. Diese Klagen werden dem in Artikel 160 erwähnten Ausschuss bei seiner nächsten Sitzung zur Genehmigung vorgelegt. Wird die Genehmigung verweigert, ist eine eingeleitete Klage zurückzunehmen,

11. erstellt seine Geschäftsordnung, die dem König zwecks Billigung vorgelegt wird.

Die Vertreter der in Artikel 160 erwähnten Versicherungsträger tagen mit beratender Stimme, was die in Absatz 1 Nr. 1, 9 und 10 erwähnten Angelegenheiten betrifft.

Der König kann auf Vorschlag des Allgemeinen Ausschusses nach Stellungnahme des in Artikel 160 erwähnten Ausschusses dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle andere Aufgaben anvertrauen im Hinblick auf die Anwendung der Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung.

Art. 162 - Um die in Artikel 159 erwähnte Aufgabe zu erfüllen, verfügt der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle über Inspektoren, beigeordnete Inspektoren, die verschiedene Dienstgrade innehaben, und Verwaltungsbedienstete.

Er nimmt jede Untersuchung oder Feststellung entweder aus eigener Initiative oder auf Antrag des Ministers, des Dienstes für Gesundheitspflege, des Dienstes für Entschädigungen, des Dienstes für medizinische Kontrolle oder eines Versicherungsträgers vor.

Der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle notifiziert den Versicherungsträgern binnen dreißig Tagen die Feststellungen, die er bei der Erfüllung seiner Aufgabe gemacht hat.

Art. 163 - Arbeitgeber, Versicherungsträger, Pflegeanstalten, Tariffestsetzungsämter und ihre Angestellten oder Beauftragten, Personen, die ermächtigt sind, die durch das vorliegende Gesetz definierten Gesundheitsleistungen zu erbringen, und Begünstigte sind verpflichtet, den in Artikel 162 erwähnten Inspektoren und beigeordneten Inspektoren alle verwaltungstechnischen Auskünfte zu erteilen, die sie zur Erfüllung ihrer Kontrollaufgabe benötigen. Die Erteilung beziehungsweise Vorlage der im vorliegenden Artikel erwähnten Auskünfte und Unterlagen darf auf keinen Fall behindern, daß die für die Ausübung der Kontrollaufgabe notwendigen Aktenstücke entfernt werden.

Die Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes sind nicht auf Ärzte, Fachkräfte der Zahnheilkunde und Apotheker anwendbar.

Verwaltungsunterlagen und Ausgaben- und Einnahmenbelege werden zusammengetragen:

- bei der Krankenkasse, was die Landesverbände betrifft,
- beim regionalen Amt, was die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung betrifft,
- bei der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen.

Abschnitt II — Rückforderung unrechtmäßig gezahlter Leistungen

Art. 164 - Unter Vorbehalt der Bestimmungen von Absatz 2 des vorliegenden Artikels ist derjenige, der infolge Irrtums oder Betrugs Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung, Entschädigungsversicherung oder Mutterschaftsversicherung unrechtmäßig bezogen hat, verpflichtet, den Wert dieser Leistungen dem Versicherungsträger, der sie bewilligt hat, zurückzuzahlen. Der Wert einer Leistung, die einem Begünstigten unrechtmäßig bewilligt worden ist, wird jedoch von demjenigen zurückgezahlt, der die Pflegeleistungen erbracht hat oder bestätigt hat, daß er sie erbracht hat, wenn die Unrechtmäßigkeit der Leistungen darauf zurückzuführen ist, daß der Betreffende nicht die erforderliche Eigenschaft hatte, um sie zu erbringen, oder infolge Irrtums oder Betrugs die Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen, die er einhalten muß, nicht eingehalten hat. Wenn jedoch die Honorare in bezug auf unrechtmäßig bewilligte Leistungen nicht gezahlt worden sind, haften der Pflegeerbringer und der Begünstigte der Leistungen gesamtschuldnerisch für die Rückzahlung unrechtmäßig bewilligter Leistungen. Leistungen, die auf Bescheinigungen, Rechnungen oder Magnetträgern vermerkt sind und nicht gemäß den diesbezüglich vom König oder durch Verordnung festgelegten Modalitäten eingereicht oder berichtigt worden sind, werden als unrechtmäßig bewilligte Leistungen angesehen und müssen daher von dem betreffenden Pflegeerbringer oder Dienst oder der betreffenden Pflegeanstalt zurückgezahlt werden.

Im Rahmen der Drittzahlerregelung unrechtmäßig gezahlte Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung werden entweder vom Pflegeerbringer oder von der natürlichen oder juristischen Person, die sie für eigene Rechnung eingenommen hat, zurückgezahlt, außer wenn die Unrechtmäßigkeit der Leistungen ohne Wissen der vorerwähnten Personen darauf zurückzuführen ist, daß derjenige, der die Pflegeleistungen erhalten hat, nicht die Eigenschaft eines Begünstigten hatte oder die Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen nicht eingehalten hatte. In diesen Fällen sind die Leistungen von der Person, die die Pflegeleistungen erhalten hat, zurückzuzahlen.

Alle Beitreibungen unrechtmäßiger Zahlungen, die sich aus vorliegendem Artikel ergeben, können gemäß dem in Artikel 704 Absatz 1 des Gerichtsgesetzbuches vorgesehenen Verfahren eingeleitet werden.

Alle unrechtmäßig gezahlten Leistungen werden auf ein Sonderkonto gebucht. Diese Leistungen werden von dem Versicherungsträger, der sie bewilligt hat, innerhalb der vom König festgelegten Fristen auf dem Rechtsweg einschließlich des Klageweges eingetrieben.

Der König kann jedoch den Versicherungsträger von der Eintreibung bestimmter sehr geringer Beträge befreien gemäß den Modalitäten und innerhalb der Fristen, die Er bestimmt.

Stellt der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle fest, daß eine unrechtmäßige Zahlung geleistet worden ist oder daß eine Leistung gezahlt oder ergänzt werden muß, kann der Versicherungsträger binnen zwei Monaten nach der in Artikel 162 vorgesehenen Notifizierung die eventuelle Streitsache vor das Arbeitsgericht bringen.

Der König kann in bestimmten Fällen, in denen sich in einer falschen Eigenschaft angeschlossen oder eingeschrieben wird, den Begünstigten unrechtmäßiger Leistungen von der Rückzahlung ihres Werts befreien. In diesem Fall kann Er ebenfalls die Nichtrückzahlung unrechtmäßig erhaltener Beiträge vorsehen.

Diese Bestimmung ist nicht anwendbar, wenn das Anschließen beziehungsweise Einschreiben in einer falschen Eigenschaft auf betrügerische Handlungen zurückzuführen ist.

Abschnitt III — Tariffestsetzungsämter

Art. 165 - Wird die Beteiligung der Versicherungsträger an den Kosten der von Apothekern erbrachten Lieferungen den Berechtigten nicht unmittelbar von den Versicherungsträgern erstattet, müssen alle Tariffestsetzungsarrangements und alle Zahlungen der Versicherungsträger für Lieferungen, die von Apothekern erbracht werden, über Tariffestsetzungsämter erfolgen, die vom Minister zugelassen werden.

Der König bestimmt die Kriterien für die Zulassung dieser Tariffestsetzungsämter nach Stellungnahme der in Artikel 26 erwähnten Kommission, insoweit sie Apotheker betrifft.

Diese Ämter sind ermächtigt, von den Apothekern eine Beteiligung an ihren Verwaltungskosten zu verlangen.

Die Tariffestsetzungsämter sind verpflichtet, dem Institut auf dessen Antrag Daten in bezug auf Lieferungen zu erteilen, für die sie die Tariffestsetzungsarrangements vornehmen. Diese Daten müssen über die Versicherungsträger übermittelt werden, die für deren Anonymität zu sorgen haben.

Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass, der mit 1. Juli 1983 wirksam wird, in welchen Fällen und unter welchen Bedingungen Kosten, die auf die vorerwähnte Verpflichtung zurückzuführen sind, auf den Haushaltsplan der Verwaltungskosten des Instituts angerechnet und vom Zweig Gesundheitspflege vollständig übernommen werden können.

Für die Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Artikels werden Ärzte und Pflegeanstalten, die ein Arzneimitteldepot führen, mit Apothekern gleichgestellt.

Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass fest, unter welchen Bedingungen Tariffestsetzungsämter den Versicherungsträgern die pharmazeutischen Lieferungen in Rechnung stellen, die der Öffentlichkeit zugängliche Apotheken an Begünstigte abgeben, die in Altenheimen, Alten- und Pflegeheimen oder in Anstalten für Jugendliche, Rekonvaleszenten oder Behinderte untergebracht sind. Der Tarif der pharmazeutischen Lieferungen, auf die der vorliegende Absatz anwendbar ist, wird vom König bestimmt. Die Anwendung der vorliegenden Bestimmung darf keine Erhöhung des Eigenanteils der Begünstigten zur Folge haben.

Abschnitt IV — Auf Versicherungsträger und Tariffestsetzungsämter anwendbare Sanktionen

Art. 166 - Unter den vom König bestimmten Bedingungen verhängt der Ausschuss des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle in einer Sondersitzung in Abwesenheit der Vertreter der Versicherungsträger administrative Geldstrafen von 1.000 bis 10.000 Franken zu Lasten der Versicherungsträger oder der Tariffestsetzungsämter bei Verstößen gegen die Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes und seiner Ausführungserlasse oder -verordnungen.

Die administrativen Geldstrafen sind von Rechts wegen vollstreckbar.

Die Versicherungsträger oder Tariffestsetzungsämter können gegen den Beschluß des Ausschusses des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle beim Arbeitsgericht unter den in Artikel 167 vorgesehenen Bedingungen Berufung einlegen.

KAPITEL IV — Rechtsprechungsorgane und Sanktionen

Abschnitt I — Rechtsprechungsorgane

Art. 167 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 52 § 3 ist das Arbeitsgericht zuständig für Streitfälle in bezug auf die Rechte und Verpflichtungen, die aus den Rechtsvorschriften und Regelungen in bezug auf die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung hervorgehen.

Angefochtene administrative Rechtshandlungen müssen zur Vermeidung des Verfalls innerhalb eines Monats nach ihrer Notifizierung dem zuständigen Arbeitsgericht vorgelegt werden.

Die beim Arbeitsgericht eingeleitete Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

In Angelegenheiten, für die ein medizinischer Gutachter bestimmt wird, werden Vorschüsse, Honorare und Kosten für diesen Gutachter, die in der Aufstellung enthalten sind, das er gemäß den Bestimmungen des Gerichtsgesetzbuches erstellt, unter Anwendung des vom König festgelegten Tarifs angegeben.

Abschnitt II — Verwaltungssanktionen und strafrechtliche Sanktionen

Art. 168 - Der König bestimmt auf Vorschlag oder nach Stellungnahme des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle die Verwaltungssanktionen, die bei Verstößen gegen die Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes oder dessen Ausführungserlasse und -verordnungen anwendbar sind.

Der König bestimmt ebenfalls die Modalitäten der Anwendung dieser Sanktionen.

Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 52 des Gesetzes vom 14. Februar 1961 über den Wirtschaftsaufschwung, den sozialen Fortschritt und die Sanierung der Finanzen werden für Ärzte und Fachkräfte der Zahnheilkunde, die die Honorare und anderen Beträge nicht einhalten, die aus den Bestimmungen von Artikel 50 § 11 hervorgehen, und für Hebammen, heilhilfsberufliche Mitarbeiter und Verwalter der Pflegeanstalten, die die Honorare und Preise nicht einhalten, die auf die Bestimmungen von Artikel 49 § 5 zurückzuführen sind, die Verwaltungssanktionen gemäß Absatz 1 festgelegt.

Bei Verstoß gegen die Bestimmungen von Artikel 76 wird die administrative Geldstrafe den Heilgymnasten oder den Fachkräften für Krankenpflege auferlegt, zu Lasten deren der Verstoß festgestellt wird. Die Person, die gemäß Artikel 1384 des Zivilgesetzbuches zivilrechtlich haftet, ist jedoch zur Zahlung der Geldstrafe, die ihrem Angestellten auferlegt wird, verpflichtet.

Definitive Beschlüsse, die in Ausführung der in den vorhergehenden Absätzen erwähnten Bestimmungen ausgesprochen werden, sind von Rechts wegen vollstreckbar. Gerät der Schuldner in Verzug, kann die Mehrwertsteuer-, Registrierungs- und Domänenverwaltung mit der Eintreibung der administrativen Geldstrafe beauftragt werden gemäß den Bestimmungen von Artikel 94 der am 17. Juli 1991 koordinierten Gesetze über die Staatsbuchführung.

Inspektoren des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle sind befugt, festzustellen, daß eine Pflegebescheinigung oder Rechnung nicht gemäß den geltenden Vorschriften ausgestellt worden ist.

Diese Feststellungen gelten bis zum Beweis des Gegenteils.

Der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle verhängt - zu Lasten des Pflegeerbringers und unter den vom König zu bestimmenden Bedingungen - eine Sanktion von 5 000 Franken pro fehlerhaft ausgestellte Bescheinigung oder Rechnung.

Art. 169 - Unbeschadet der Befugnisse der Gerichtspolizeioffiziere erstellen die in Artikel 146 erwähnten Ärzte-Inspektoren, Apotheker-Inspektoren, Krankenpfleger-Kontrolleure, Kontrolleure und beigeordneten Kontrolleure, die in Artikel 162 erwähnten Inspektoren und beigeordneten Inspektoren sowie die Inspektoren und beigeordneten Inspektoren der Sozialinspektion des Ministeriums der Sozialfürsorge, die im Rahmen ihrer Kontrollaufgabe Verstöße gegen die Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung oder Entschädigungsversicherung feststellen, Protokolle, die bis zum Beweis des Gegenteils Beweiskraft haben. Die Inspektoren und beigeordneten Inspektoren der vorerwähnten Sozialinspektion sind nur zur Feststellung der in Artikel 120 erwähnten Verstöße befugt.

Diese Beamten üben diese Kontrolle gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 16. November 1972 über die Arbeitsinspektion aus.

Art. 170 - Mit einer vom Polizeigericht zu verhängenden Geldstrafe von 26 bis 500 Franken pro Verstoß werden belegt:

a) Arbeitgeber, ihre Angestellten oder Beauftragten, die den Berechtigten die Unterlagen nicht zur Verfügung stellen, die sie benötigen, um den Ausführungsorganen des vorliegenden koordinierten Gesetzes ihren Anspruch auf Leistungen der Versicherung zu beweisen,

b) Fachkräfte der Heilkunst, heilhilfsberufliche Mitarbeiter und Verwalter der Pflegeanstalten, die sich auch nach Verwarnung, die von den Bediensteten zugestellt wird, die befugt sind, Verstöße festzustellen, wiederholt weigern, den Begünstigten in den festgelegten Formen die durch das vorliegende koordinierte Gesetz und seine Ausführungserlasse und -verordnungen vorgeschriebenen Unterlagen auszuhändigen,

c) Ärzte und Fachkräfte der Zahnheilkunde, die die Honorare nicht berücksichtigen, die in Anwendung von Artikel 52 des Gesetzes vom 14. Februar 1961 über den Wirtschaftsaufschwung, den sozialen Fortschritt und die Sanierung der Finanzen festgelegt worden sind, und Hebammen, heilhilfsberufliche Mitarbeiter und Verwalter der Pflegeanstalten, die die Honorare nicht einhalten, die in Anwendung des vorerwähnten Artikels oder durch Artikel 151 des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung festgelegt worden sind,

d) Fachkräfte der Heilkunst, Verwalter der Pflegeanstalten und heilhilfsberufliche Mitarbeiter, die eine Pflege- oder Lieferbescheinigung für Leistungen ausstellen, die während der Dauer des in Artikel 156 erwähnten Verbots der Beteiligung an den Kosten der Gesundheitsleistungen erbracht worden sind,

e) derjenige, der den Schadensersatz zu leisten hat und versäumt, den Versicherungsträger gemäß Artikel 136 § 2 Absatz 6 zu benachrichtigen,

f) Fachkräfte der Heilkunst, Verwalter der Pflegeanstalten und heilhilfsberufliche Mitarbeiter, die eine Pflegebescheinigung ausstellen, obwohl die Bestimmungen, die ihnen aufgrund des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen auferlegt sind, nicht erfüllt sind.

Art. 171 - Unbeschadet der Anwendung der Artikel 269 bis einschließlich 274 des Strafgesetzbuches wird mit einer vom Polizeigericht zu verhängenden Geldstrafe von 26 bis 500 Franken belegt, wer die Erfüllung der Aufgabe der in den Artikeln 153, 146, 151 und 162 erwähnten Vertrauensärzte, Ärzte-Inspektoren, Apotheker-Inspektoren, Krankenpfleger-Kontrolleure, Kontrolleure, beigeordneten Kontrolleure, Inspektoren beziehungsweise beigeordneten Inspektoren oder der von ihnen beauftragten Bediensteten, der gemäß Artikel 191 Nr. 7 und 8 bestimmten Beamten oder der Inspektoren oder beigeordneten Inspektoren der Sozialinspektion des Ministeriums der Sozialfürsorge behindert oder unrichtige Angaben macht.

Kein Verstoß liegt jedoch vor, wenn der Arzt oder die Fachkraft der Zahnheilkunde sich auf die ärztliche Schweigepflicht als Rechtfertigung der im vorhergehenden Absatz vorgesehenen Taten beruft und wenn der Richter diese Entschuldigung für begründet hält. Um zu beurteilen, ob das Anführen der ärztlichen Schweigepflicht begründet ist, kann der Magistrat ein Mitglied des Rates der Ärztekammer des Bereichs als Sachverständigen bestimmen.

Ein Verstoß liegt ebensowenig vor, wenn der Apotheker sich auf das Berufsgeheimnis im medizinischen Bereich beruft, um die Nichtmitteilung bestimmter Angaben zu begründen. Um zu beurteilen, ob die angeführte Rechtfertigung begründet ist, kann der Magistrat ein Mitglied des Rates der Apothekerkammer des Bereichs als Sachverständigen bestimmen.

Art. 172 - Bei Rückfälligkeit binnen fünf Jahren ab der vorigen Verurteilung kann die Strafe auf das Doppelte der in den Artikeln 170 und 171 vorgesehenen Höchststrafen erhöht werden.

Art. 173 - Die Bestimmungen von Buch I des Strafgesetzbuches, Kapitel VIII und Artikel 85 nicht ausgenommen, sind anwendbar auf Verstöße, die im vorliegenden koordinierten Gesetz vorgesehen sind.

KAPITEL V — Verjährung

Art. 174 - 1. Ansprüche auf Zahlung von Leistungen der Entschädigungsversicherung verjähren in zwei Jahren ab Ende des Monats, auf den sich diese Entschädigungen beziehen.

2. Ansprüche derjenigen, die Leistungen der Entschädigungsversicherung bezogen haben, auf Zahlung von Beträgen, die diese Leistungen erhöhen würden, verjähren in zwei Jahren ab Ende des Monats, im Laufe dessen die Leistungen gezahlt worden sind.

3. Ansprüche auf Zahlung von Gesundheitsleistungen verjähren in zwei Jahren ab Ende des Monats, im Laufe dessen diese Pflegeleistungen erbracht worden sind, ob diese Leistungen im Rahmen der Drittzahlerregelung gezahlt wurden oder nicht.

4. Ansprüche auf Zahlung von Beträgen, die bewilligte Zahlungen von Gesundheitsleistungen erhöhen würden, verjähren in zwei Jahren ab Ende des Monats, im Laufe dessen diese Zahlungen geleistet worden sind.

5. Ansprüche auf Rückforderung des Wertes der unrechtmäßig zu Lasten der Entschädigungsversicherung bewilligten Leistungen verjähren in zwei Jahren ab Ende des Monats, im Laufe dessen die Zahlung dieser Leistungen erfolgt ist.

6. Ansprüche auf Rückforderung des Wertes der unrechtmäßig zu Lasten der Gesundheitspflegeversicherung bewilligten Leistungen verjähren in zwei Jahren ab Ende des Monats, im Laufe dessen diese Leistungen erstattet worden sind.

7. Nach einer Frist von zwei Jahren ab Ende des Monats, im Laufe dessen eine Leistung unrechtmäßig von einem Versicherungsträger gezahlt worden ist, muß diese Leistung nicht mehr auf das in Artikel 164 erwähnte Sonderkonto gebucht werden.

8. Die in Artikel 166 erwähnten Verstöße verjähren in zwei Jahren ab Ende des Monats, im Laufe dessen sie begangen worden sind.

9. Ansprüche auf Rückzahlung unrechtmäßig gezahlter Eigenbeiträge, die aufgrund der in den Artikeln 33 und 129 vorgesehenen Ausführungsmaßnahmen gezahlt wurden, verjähren in zwei Jahren ab Ende des Monats, auf den sie sich beziehen.

10. Für die Anwendung von Artikel 141 § 1 Absatz 1 Nr. 9 werden nur Taten berücksichtigt, die bei ihrer Feststellung nicht älter als zwei Jahre sind.

Von den in den Nummern 1, 2, 3 und 4 erwähnten Verjährungen darf nicht abgesehen werden.

Die in den Nummern 5, 6 und 7 erwähnten Verjährungen sind nicht anwendbar, wenn die unrechtmäßige Bewilligung von Leistungen auf betrügerische Handlungen zurückzuführen ist, für die derjenige verantwortlich ist, der einen Vorteil daraus gezogen hat. In diesem Fall beträgt die Verjährungsfrist 5 Jahre. Für Taten, die den in Artikel 141 § 2 erwähnten beschränkten Kammern und den in Artikel 155 Absatz 3 erwähnten Berufungskommissionen vorgelegt werden, beginnt die in Nr. 6 erwähnte Verjährung erst ab dem Datum, an dem ein definitiver Beschluß dieser beschränkten Kammern oder Berufungskommissionen ergeht.

Ein Einschreiben genügt, um eine im vorliegenden Artikel erwähnte Verjährung zu unterbrechen. Die Unterbrechung kann erneuert werden.

Die in den Nummern 1, 2, 3 und 4 erwähnten Verjährungen werden bei höherer Gewalt ausgesetzt.

Der König bestimmt, gemäß welchen Modalitäten und unter welchen Bedingungen höhere Gewalt geltend gemacht werden kann.

KAPITEL VI — *Vereidigung*

Art. 175 - Die Präsidenten des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle und des Ausschusses des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle leisten den Eid vor dem Minister.

Die in Artikel 146 erwähnten Ärzte-Inspektoren, Apotheker-Inspektoren, Krankenpfleger-Kontrolleure, Kontrolleure und beigeordneten Kontrolleure und die in Artikel 162 erwähnten Inspektoren und beigeordneten Inspektoren leisten den Eid vor dem Präsidenten des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle beziehungsweise vor dem Präsidenten des Ausschusses für verwaltungstechnische Kontrolle.

Der König bestimmt die Eidesformeln.

TITEL VIII — *Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf das Institut, die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung und die Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen*

KAPITEL I — *Personal*

Art. 176 - Das Institut und die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung verfügen beide über ihr eigenes Personal.

Art. 177 - Das Personal der Allgemeinen Dienste des Instituts wird von einem Generalverwalter geleitet, dem ein beigeordneter Generalverwalter beisteht; sie werden vom König ernannt, der ebenfalls ihr Gehalt festlegt.

Art. 178 - Das Personal des Dienstes für Entschädigungen und das Personal des Dienstes für Gesundheitspflege werden vom Generalverwalter des Instituts beziehungsweise vom beigeordneten Generalverwalter geleitet oder umgekehrt.

Art. 179 - Das Personal des Dienstes für medizinische Kontrolle wird von einem Beamten geleitet, der vom König nach Stellungnahme des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle ernannt wird.

Das Personal des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle wird von einem Beamten geleitet, der vom König ernannt wird.

Der König legt das Gehalt der vorerwähnten leitenden Beamten fest.

Art. 180 - Das Personal der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung wird von einem leitenden Beamten geleitet, dem ein beigeordneter leitender Beamte beisteht; sie werden vom König ernannt, der ebenfalls ihr Gehalt festlegt.

Art. 181 - Der Generalverwalter des Instituts ist mit der Ausführung der Beschlüsse des Allgemeinen Ausschusses, die die allgemeinen Dienste betreffen, beauftragt.

Er nimmt das Sekretariat des Allgemeinen Ausschusses wahr.

Er übt die Befugnisse in bezug auf die tägliche Geschäftsführung aus, so wie sie vom Allgemeinen Ausschuß in seiner Geschäftsordnung definiert sind.

Der Generalverwalter vertritt das Institut bei gerichtlichen und außergerichtlichen Handlungen. Er ruft die Rechtsprechungsorgane an gemäß den in Anwendung der Artikel 12 Nr. 10, 16 § 1 Nr. 5, 80 Nr. 8, 141 § 1 Absatz 1 Nr. 17 und 161 Nr. 10 gefaßten Beschlüsse. Er geht keine persönlichen Verpflichtungen ein und ist nur für die Erfüllung seiner Aufgabe verantwortlich.

Ist der Generalverwalter verhindert, werden seine Befugnisse vom beigeordneten Generalverwalter ausgeübt, und wenn dieser verhindert ist, von einem Personalmitglied des Instituts, das vom Allgemeinen Ausschuß bestimmt wird. Um die Erledigung der laufenden Verwaltungsangelegenheiten zu erleichtern, kann der Allgemeine Ausschuß unter Bedingungen, die er bestimmt, den Generalverwalter ermächtigen, den Beamten, die die besonderen Dienste des Instituts leiten, einen Teil seiner Befugnisse zu übertragen.

Art. 182 - § 1 - Der leitende Beamte des Dienstes für Entschädigungen ist mit der Ausführung der Beschlüsse des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen und der Beschlüsse des Allgemeinen Ausschusses, die den Dienst für Entschädigungen betreffen, beauftragt.

Er wohnt den Sitzungen des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen bei und nimmt das Sekretariat wahr.

Er wohnt von Rechts wegen den Sitzungen der Räte und Kommissionen bei, die bei dem von ihm geleiteten Dienst arbeiten, oder er kann sich dort von einem Beamten, den er bestimmt, vertreten lassen.

Er übt die Befugnisse in bezug auf die tägliche Geschäftsführung aus, so wie sie vom Geschäftsführenden Ausschuss des Dienstes für Entschädigungen in seiner Geschäftsordnung definiert sind.

Ist der leitende Beamte des Dienstes für Entschädigungen verhindert, werden seine Befugnisse von einem Personalmitglied dieses Dienstes ausgeübt, das vom Allgemeinen Ausschuss bestimmt wird.

§ 2 - Der leitende Beamte des Dienstes für Gesundheitspflege ist mit der Ausführung der Beschlüsse des Allgemeinen Rates und des Versicherungsausschusses und der Beschlüsse des Allgemeinen Ausschusses, die den Dienst für Gesundheitspflege betreffen, beauftragt.

Er wohnt den Sitzungen des Allgemeinen Rates und des Versicherungsausschusses bei und nimmt das Sekretariat wahr.

Er wohnt von Rechts wegen den Sitzungen der Räte, Kollegien, Kommissionen und Ausschüsse bei, die bei dem von ihm geleiteten Dienst arbeiten, oder er kann sich dort von einem Beamten, den er bestimmt, vertreten lassen.

Er übt die Befugnisse in bezug auf die tägliche Geschäftsführung aus, so wie sie vom Allgemeinen Rat in seiner Geschäftsordnung definiert sind.

Ist der leitende Beamte des Dienstes für Gesundheitspflege verhindert, werden seine Befugnisse von einem Personalmitglied dieses Dienstes ausgeübt, das vom Allgemeinen Ausschuss bestimmt wird.

§ 3 - Der leitende Beamte des Dienstes für Entschädigungen und der leitende Beamte des Dienstes für Gesundheitspflege wohnen den Sitzungen des Allgemeinen Ausschusses bei.

Art. 183 - Die Beamten, die den Dienst für medizinische Kontrolle und den Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle leiten, sind mit der Ausführung der Beschlüsse des Ausschusses des Dienstes, den sie leiten, beauftragt.

Sie wohnen den Sitzungen des Ausschusses des Dienstes, den sie leiten, bei und nehmen das Sekretariat wahr.

Sie üben die Befugnisse in bezug auf die tägliche Geschäftsführung aus, so wie sie von den Ausschüssen des Dienstes für medizinische Kontrolle und des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle in der jeweiligen Geschäftsordnung dieser Ausschüsse definiert sind.

Art. 184 - Der leitende Beamte der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung ist mit der Ausführung der Beschlüsse des Geschäftsführenden Ausschusses der Hilfskasse beauftragt.

Er wohnt den Sitzungen des Geschäftsführenden Ausschusses der Hilfskasse bei und nimmt das Sekretariat wahr.

Er übt die Befugnisse in bezug auf die tägliche Geschäftsführung aus, so wie sie vom Geschäftsführenden Ausschuss der Hilfskasse in seiner Geschäftsordnung definiert sind.

Der leitende Beamte der Hilfskasse vertritt die Hilfskasse bei gerichtlichen und außergerichtlichen Handlungen. Er geht keine persönlichen Verpflichtungen ein und ist nur für die Erfüllung seiner Aufgabe verantwortlich.

Ist der leitende Beamte verhindert, werden seine Befugnisse vom beigeordneten leitenden Beamten ausgeübt, und wenn dieser verhindert ist, von einem Personalmitglied der Hilfskasse, das vom Geschäftsführenden Ausschuss bestimmt wird.

Um die Erledigung der laufenden Verwaltungsangelegenheiten zu erleichtern, kann der Geschäftsführende Ausschuss unter Bedingungen, die er bestimmt, den leitenden Beamten ermächtigen, Personalmitgliedern der Hilfskasse einen Teil seiner Befugnisse zu übertragen.

Art. 185 - § 1 - Bedienstete der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung werden vom Geschäftsführenden Ausschuss der Hilfskasse angeworben, ernannt, zugewiesen, befördert, entlassen und aus dem Dienst entfernt.

Ungeachtet der Bestimmungen des Statuts des Personals der Hilfskasse kann der Geschäftsführende Ausschuss Vertrauensärzte dieser Einrichtung entlassen oder aus dem Dienst entfernen aus dem alleinigen Grund des Entzugs ihrer Zulassung durch den Ausschuss des Dienstes für medizinische Kontrolle.

§ 2 - Unter Vorbehalt der Bestimmungen der Artikel 141 § 1 Absatz 1 Nr. 11 und 155 werden Bedienstete des Instituts, die dem Dienst für medizinische Kontrolle oder dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle zugewiesen sind, auf Vorschlag der Ausschüsse dieser Dienste vom Allgemeinen Ausschuss angeworben, ernannt, zugewiesen, befördert, entlassen und aus dem Dienst entfernt.

In Abweichung von Artikel 12 Nr. 3 werden jedoch:

1. die in Artikel 146 erwähnten Ärzte-Inspektoren und Apotheker-Inspektoren für alle Dienstgrade, die sie innehaben können, vom König auf Vorschlag oder nach Stellungnahme des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle ernannt. Sie werden vom König entlassen und aus dem Dienst entfernt,

2. die in Artikel 162 erwähnten Inspektoren und beigeordneten Inspektoren für alle Dienstgrade, die sie innehaben können, vom König ernannt, entlassen und aus dem Dienst entfernt.

Art. 186 - Bedienstete des Instituts, die den allgemeinen Diensten und den besonderen Diensten dieses Instituts zugewiesen werden, können sich für Ernennungen, Zuweisungen und Beförderungen in dem einen oder in dem anderen dieser Dienste bewerben.

Art. 187 - Die Nationale Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen stellt der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen das für die Erfüllung ihrer Aufgabe notwendige Personal unentgeltlich zur Verfügung.

Das Statut des Personals der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen bleibt auf dieses Personal anwendbar.

KAPITEL II — *Kontrollorgane*

Art. 188 - Die in den Artikeln 5, 6, 11, 79, 86 und 140 erwähnten Regierungskommissare verfügen über die Befugnisse, die ihnen aufgrund des Gesetzes vom 16. März 1954 über die Kontrolle bestimmter Einrichtungen öffentlichen Interesses zuerkannt sind.

Sie werden auf ihren Antrag hin angehört und haben ein uneingeschränktes Überwachungs- und Kontrollrecht über alle Tätigkeiten der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung, der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen und des Instituts.

Zu diesem Zweck können sie zu jedem Zeitpunkt vor Ort alle Akten- und Schriftstücke, die im Besitz der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung, der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen und des Instituts sind, einsehen.

Sie können ebenfalls die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung, die Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen und das Institut auffordern, Untersuchungen vornehmen zu lassen, und zwar jedesmal, wenn sie es für notwendig erachten.

Für die Ernennung der Regierungskommissare können die in den Artikeln 5, 6, 11, 79, 86 und 140 erwähnten Minister dieselben Personen für die verschiedenen im vorliegenden Gesetz erwähnten Dienste und Einrichtungen vorschlagen.

Der vorliegende Artikel ist ebenfalls auf die Regierungskommissare anwendbar, die aufgrund des vorerwähnten Gesetzes vom 16. März 1954 unmittelbar beim Institut bestimmt werden.

Art. 189 - Der für die Sozialfürsorge zuständige Minister und der für den Haushalt zuständige Minister bestimmen im gemeinsamen Einvernehmen beim Institut, bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung und bei der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen Revisoren, die über die Befugnisse verfügen, die ihnen aufgrund des Gesetzes vom 16. März 1954 über die Kontrolle bestimmter Einrichtungen öffentlichen Interesses zuerkannt sind.

Art. 190 - Der für die Sozialfürsorge zuständige Minister und der für den Haushalt zuständige Minister können beim Institut einen Beauftragten bestimmen, der vollzeitig das Amt eines Haushalts- und Finanzberaters ausübt, ohne daß dadurch von den Befugnissen der bestehenden Kontrollorgane abgewichen wird.

Dieser Berater erstattet diesen Ministern Bericht über die Geschäftsführung der Einrichtung und über ihre Einnahmen und Ausgaben, insbesondere über die diesbezüglichen Aussichten und die verschiedenen Aspekte ihrer Entwicklung.

Zu diesem Zweck untersucht er vor Ort die Verrichtungen, die eine finanzielle oder haushaltsmäßige Auswirkung haben, ohne sich in die Geschäftsführung einzumischen. Er verfügt über weiteste Untersuchungsbefugnisse, hat Zugang zu allen Akten und Archiven, erhält von den Diensten alle Auskünfte, die er beantragt, und kann den Versammlungen der geschäftsführenden Organe der in den Artikeln 140 und 160 erwähnten Ausschüsse und der in Titel III Kapitel I Abschnitt VIII erwähnten Kommissionen beiwohnen.

Das Statut und die Dauer des Mandats dieses Beraters werden vom König festgelegt.

Wenn Zeiträume, während deren der Betreffende das Amt des Haushalts- und Finanzberaters ausgeübt hat, in den Zeitraum fallen, der für die Festlegung des Durchschnittsgehalts berücksichtigt wird, das als Grundlage für die Berechnung einer Pension zu Lasten der Staatskasse dient, wird für diese Zeiträume die als Gehalt geltende Zulage, die mit vorerwähntem Amt verbunden ist, berücksichtigt.

TITEL IX — Finanzierung

KAPITEL I — Einkünfte der Versicherung und ihre Verteilung

Abschnitt I — Einkünfte der Versicherung

Art. 191 - Die Einkünfte der Versicherung bestehen aus:

1. dem Ertrag der für die Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung bestimmten Beiträge, die erwähnt sind:

a) in Artikel 19 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer,

b) in Artikel 2 § 7 Nr. 3 des Gesetzerlasses vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen,

c) in den Vorschriften in bezug auf die Modalitäten der Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge, die von Opfern von Arbeitsunfällen geschuldet werden, die aufgrund der Rechtsvorschriften über den Schadensersatz für Unfälle Anspruch auf eine Entschädigung haben,

d) in den Vorschriften in bezug auf die Modalitäten der Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge, die von Opfern von Berufskrankheiten geschuldet werden, die aufgrund der Rechtsvorschriften über den Schadensersatz für Berufskrankheiten Anspruch auf eine Entschädigung haben,

2. den Eigenbeiträgen, die von den Berechtigten in Anwendung unter anderem der Artikel 121 § 2, 123 Absatz 1, 125, 128 § 1 Nr. 2, 129 Nr. 2, 130 Absatz 2 und 135 entrichtet werden,

3. einer staatlichen Subvention, die 80 Prozent der Ausgaben für Gesundheitspflege entspricht, die den in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis einschließlich 12 und 16 erwähnten Berechtigten, den Berechtigten, die die in Artikel 93 erwähnten Invaliditätsentschädigungen beziehen, und den Personen zu ihren Lasten bewilligt werden,

4. einer staatlichen Subvention, die:

a) 50 Prozent des Betrags der Ausgaben für Entschädigungen entspricht, die den Berechtigten ab dem zweiten Jahr der Invalidität bewilligt werden,

b) 75 Prozent des Betrags der Ausgaben für Entschädigungen entspricht, die den Berechtigten ab dem dritten Jahr der Invalidität bewilligt werden,

c) 95 Prozent des Betrags der Ausgaben für Entschädigungen entspricht, die den Berechtigten ab dem vierten Jahr der Invalidität bewilligt werden,

5. einer staatlichen Subvention, die dem Gesamtbetrag der Ausgaben für Bestattungskosten entspricht,

6. Schenkungen und Legaten, die für die Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung bestimmt sind und die vom Allgemeinen Ausschuß des Instituts oder vom Minister angenommen werden,

7. dem Ertrag eines Abzugs von 3,55 Prozent, der auf die gesetzlichen Alters-, Ruhestands-, Dienstalters- und Hinterbliebenenpensionen oder auf jeden anderen als solchen geltenden Vorteil sowie auf jeden Vorteil einbehalten wird, der eine Pension ergänzen soll - selbst wenn letztere noch nicht bewilligt ist - und der aufgrund von Gesetzesbestimmungen, Verordnungsbestimmungen oder statutarischen Bestimmungen oder aufgrund von Bestimmungen, die sich aus einem Arbeitsvertrag, einer Unternehmensregelung oder einem kollektiven Unternehmens- oder Sektorenabkommen ergeben, zuerkannt wird.

Dieser Abzug darf nicht zur Folge haben, daß der Gesamtbetrag der vorerwähnten Pensionen oder Vorteile ab dem 1. Oktober 1990 einen Mindestbetrag von 20.979 Franken pro Monat, der für Begünstigte mit Familie zu Lasten um 3.884 Franken erhöht wird, und ab dem 1. Oktober 1991 einen Mindestbetrag von 21.399 Franken pro Monat, der für Begünstigte mit Familie zu Lasten um 3.962 Franken erhöht wird, unterschreitet. Dieser Betrag ist an den Schwellenindex 132,13 gebunden. Er wird gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 2. August 1971 zur Einführung einer Regelung, mit der Gehälter, Löhne, Pensionen, Beihilfen und Zuschüsse zu Lasten der Staatskasse, bestimmte Sozialleistungen, für die Berechnung bestimmter Beiträge der Sozialversicherung der Arbeitnehmer zu berücksichtigende Entlohnungsgrenzen sowie den Selbständigen im Sozialbereich auferlegte Verpflichtungen an den Verbraucherpreisindex gebunden werden, angepaßt.

Der Abzug wird bei jeder Zahlung der Pension oder des Vorteils von der Auszahlungseinrichtung, die zivilrechtlich dafür haftet, einbehalten. Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen entweder auf die Eintreibung rückständiger Beträge, die nicht einbehaltenen Abzügen entsprechen, verzichtet werden kann oder die Auszahlungseinrichtungen vom Institut beauftragt werden können, zeitweilig einen höheren Betrag abzuziehen, bis die rückständigen Beträge, die den nicht einbehaltenen Abzügen entsprechen, eingetrieben sind.

Mit Ausnahme der öffentlichen Dienste, die aufgrund von Artikel 32 der koordinierten Gesetze über die Familienbeihilfen für Lohnempfänger von Rechts wegen dem Landesamt für soziale Sicherheit der provinziellen und lokalen Verwaltungen angeschlossen sind, entrichten die Auszahlungseinrichtungen dem Institut den Ertrag des Abzugs im Laufe des Monats, der demjenigen folgt, im Laufe dessen dieser Abzug einbehalten worden ist. Jede Auszahlungseinrichtung, die den Abzug nicht rechtzeitig entrichtet, schuldet darüber hinaus einen Zuschlag und Verzugszinsen, deren Höhe und Anwendungsbedingungen vom König festgelegt werden. Der Zuschlag darf jedoch nicht mehr als 10 Prozent des geschuldeten Abzugs betragen.

Der König bestimmt alle für die Ausführung der vorliegenden Maßnahme notwendigen Modalitäten, die Verteilung des Ertrags und den Anteil, der für die Finanzierung anderer Gesundheitspflegeversicherungsregelungen bestimmt ist. Der König legt ebenfalls die Pauschalentschädigung fest, die geschuldet wird, wenn die Mitteilungspflicht, die der Auszahlungseinrichtung auferlegt ist, nicht befolgt wird.

Der König kann die Anwendung des in Absatz 1 erwähnten Abzugs auf andere Vorteile, die Pensionierten bewilligt werden, und auf berufliche Einkommen, die sie beziehen und auf die keine Abzüge der sozialen Sicherheit vorgenommen werden, ausdehnen.

Die vom König bestimmten Beamten überwachen die Ausführung dieser Bestimmungen.

Schuldforderungen des Instituts verjähren in drei Jahren ab dem Datum der Zahlung der Pension oder des zusätzlichen Vorteils. Gegen das Institut angestrebte Klagen auf Rückforderung unrechtmäßiger Beiträge verjähren in drei Jahren ab dem Datum, an dem der Abzug an das Institut entrichtet worden ist.

Erweist sich die Eintreibung der Beträge, die dem Institut geschuldet werden, als zu unsicher oder zu kostspielig im Verhältnis zur Höhe der einzutreibenden Beträge, kann das Institut in den Grenzen einer Regelung, die von seinem Allgemeinen Ausschuss festgelegt und vom Minister gebilligt wird, von der Beitreibung der Beträge durch Zwangsvollstreckung absehen.

Jede Auszahlungseinrichtung ist verpflichtet, sich beim Institut registrieren zu lassen und alle Angaben mitzuteilen, die im Rahmen der Ausführung dieser Maßnahme angefordert werden,

8. dem Ertrag eines zusätzlichen Beitrags oder einer zusätzlichen Prämie der Haftpflichtversicherung, die durch das Gesetz vom 21. November 1989 über die Haftpflichtversicherung in bezug auf Kraftfahrzeuge geregelt wird, eingenommen von den in diesen Angelegenheiten zuständigen Versicherern und dem Gemeinschaftlichen Garantiefonds, der in Artikel 49 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen erwähnt ist, und dem Ertrag eines zusätzlichen Beitrags oder einer zusätzlichen Prämie der Kaskoversicherung für Kraftfahrzeuge.

Dieser Zuschlag wird auf 10 Prozent des Beitrags oder der Prämie festgelegt. Unter den vom König festzulegenden Bedingungen kann dieser Prozentsatz auf 5 Prozent herabgesetzt werden für die von ihm zu bestimmenden Kategorien von Kraftfahrzeugen, die für die gewerbsmäßige Beförderung von Gütern oder Personen benutzt werden.

Der König bestimmt ebenfalls die Modalitäten für die Berechnung, Einziehung und Übertragung dieser Beiträge, ihre Verteilung und den Anteil, der für die Finanzierung der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung der Regelung für Selbständige und der Regelung für Seeleute bestimmt ist.

Die vom König bestimmten Beamten überwachen die Ausführung dieser Bestimmungen,

9. den Einnahmen, die in Artikel 24 § 1 Nr. 1, 2, 3, 4 und 5 des Gesetzes vom 16. April 1963 über die soziale Wiedereingliederung der Behinderten erwähnt sind und die auf die Mittel beschränkt sind, die notwendig sind für die Finanzierung der Aufgaben in bezug auf Rehabilitationsleistungen, die vom Nationalfonds für die soziale Wiedereingliederung der Behinderten an das Institut übertragen worden sind. Der König bestimmt jährlich durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß den Restbetrag dieser Einnahmen und die Modalitäten, gemäß denen dieser Betrag an die Staatskasse entrichtet wird,

10. unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 197, den Zinsen aus Anlagen von Finanzmitteln, die den Versicherungsträgern im Rahmen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden.

Nur kurzfristige Anlagen können unter den vom König festzulegenden Bedingungen erlaubt werden. Der König bestimmt ebenfalls, unter welchen Bedingungen die Zinsen dieser Anlagen um eventuelle Passivzinsen verringert werden können.

Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die Modalitäten für die Übertragung und Verteilung dieser Zinsen und den Anteil, der für die Finanzierung der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung für Selbständige bestimmt ist,

11. den Beträgen, die dem Institut aus den Finanzmitteln des Fonds für das finanzielle Gleichgewicht der sozialen Sicherheit zuerkannt werden, der in Artikel 39bis § 3 des Gesetzes vom 29. Juni 1981 zur Festlegung der allgemeinen Grundsätze der sozialen Sicherheit für Lohnempfänger erwähnt ist,

12. dem Ertrag der in Artikel 127 § 8 vorgesehenen administrativen Geldstrafen,

13. dem Ertrag eines Beitrags auf die Prämien oder eines Abzugs auf die außergesetzlichen Leistungen zugunsten der Begünstigten des vorliegenden Gesetzes im Bereich der Krankenhausversicherung. Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die Modalitäten der Anwendung der vorliegenden Bestimmung,

14. dem Ertrag einer jährlichen Gebühr pro Verpackung für den öffentlichen Verkauf oder - in Ermangelung einer solchen Verpackung - pro Einzelverpackung der Arzneimittel, die in Artikel 34 Nr. 5 Buchstabe *b*) und *c*) erwähnt und in den Listen der rückzahlbaren pharmazeutischen Lieferungen eingetragen sind.

Diese Gebühr geht zu Lasten der pharmazeutischen Betriebe, die vom Institut für die Erstattung dieser Arzneimittel zugelassen worden sind. Diese Gebühr muß spätestens am letzten Tag des ersten Quartals des Kalenderjahrs an das Institut entrichtet werden.

Keine Gebühr wird für Verpackungen pharmazeutischer Produkte geschuldet, deren aufgrund des Herstellerpreises berechneter Jahresumsatz auf dem belgischen Markt einen Betrag von 2,5 Millionen Franken in dem Jahr, das dem Jahr vorangeht, für das die Gebühr geschuldet wird, nicht überschritten hat.

Die Höhe dieser Gebühr wird auf 60.000 Franken pro in Absatz 1 erwähnte Verpackung für den öffentlichen Verkauf beziehungsweise Einzelverpackung festgelegt.

Der König bestimmt die Modalitäten der Anwendung der vorliegenden Bestimmung, insbesondere was die Erklärung, Kontrolle und Eintreibung betrifft.

Der Schuldner, der die geschuldete Gebühr nicht innerhalb der vom König festgelegten Frist entrichtet, schuldet dem Institut einen Zuschlag und Verzugszinsen, deren Höhe und Anwendungsbedingungen vom König festgelegt werden.

Der Zuschlag darf jedoch nicht mehr als 10 Prozent der geschuldeten Gebühr betragen, und die Verzugszinsen, die auf diese Gebühr erhoben werden, dürfen den gesetzlichen Zinssatz nicht übersteigen.

Der König bestimmt ebenfalls, unter welchen Bedingungen das Institut dem Schuldner eine Befreiung von oder eine Ermäßigung des Gebührenzuschlags oder der Verzugszinsen gewähren kann,

15. dem Ertrag eines Beitrags auf den Umsatz, der auf dem belgischen Markt für die in Artikel 34 Nr. 5 Buchstabe *b*) und *c*) erwähnten Arzneimittel erzielt wird, die in den Listen der rückzahlbaren pharmazeutischen Lieferungen eingetragen sind.

Dieser Beitrag geht zu Lasten der pharmazeutischen Betriebe, die diesen Umsatz im Jahr erzielt haben, das dem Jahr vorangeht, für das der Beitrag geschuldet wird.

Für das Jahr 1991 wird die Höhe dieses Beitrags auf 2 Prozent des Umsatzes des Jahres 1989 festgelegt und pro Quartal an das Institut entrichtet.

Für das Jahr 1992 wird die Höhe dieses Beitrags auf 2 Prozent des Umsatzes des Jahres 1990 festgelegt und vor dem 1. November 1992 an das Institut entrichtet.

Für das Jahr 1993 wird die Höhe dieses Beitrags auf 2 Prozent des Umsatzes des Jahres 1992 festgelegt und vor dem 1. November 1993 an das Institut entrichtet.

Für das Jahr 1994 kann der König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß und nach Stellungnahme des Allgemeinen Rates die Höhe dieses Beitrags festlegen, ohne daß dieser jedoch höher als 3 Prozent sein darf. Er kann ebenfalls das Jahr bestimmen, dessen Umsatz für die Festlegung des Beitrags berücksichtigt wird.

Der König bestimmt die Modalitäten der Anwendung der vorliegenden Bestimmung, insbesondere was die Erklärung, Kontrolle und Eintreibung betrifft.

Der Schuldner, der den geschuldeten Beitrag nicht innerhalb der vom König festgelegten Frist entrichtet, schuldet dem Institut einen Zuschlag und Verzugszinsen, deren Höhe und Anwendungsbedingungen vom König festgelegt werden. Der Zuschlag darf jedoch nicht mehr als 10 Prozent des geschuldeten Beitrags betragen, und die Verzugszinsen, die auf diesen Beitrag erhoben werden, dürfen den gesetzlichen Zinssatz nicht übersteigen.

Der König bestimmt ebenfalls, unter welchen Bedingungen das Institut dem im vorhergehenden Absatz erwähnten Schuldner eine Befreiung von oder eine Ermäßigung des Beitragszuschlags oder der Verzugszinsen gewähren kann,

16. den Einzahlungen, die von den Verantwortlichen für die Vermarktung von Arzneimitteln aufgrund eines auf der Grundlage von Artikel 72 geschlossenen Preis-Volumen-Vertrags vorgenommen werden, wenn die zu Lasten der Gesundheitspflegepflichtversicherung vorgesehenen maximalen Ausgaben überschritten werden,

17. dem Ertrag der in Artikel 157 erwähnten Eintreibungen. Der König bestimmt die Regeln, gemäß denen der Anteil an diesen Einkünften festgelegt wird, der für die Finanzierung der Gesundheitspflegeversicherung für Selbständige bestimmt ist,

18. dem Ertrag der in Artikel 60 erwähnten Beträge. Der König bestimmt die Regeln, gemäß denen der Anteil an diesen Einkünften festgelegt wird, der für die Finanzierung der Gesundheitspflegeversicherung für Selbständige bestimmt ist,

19. dem Ertrag des Abzugs, der von den zugelassenen Tariffestsetzungsämtern zwischen dem 1. Juli 1993 und dem 31. Dezember 1994 auf Rechnungen in bezug auf die in Artikel 34 Nr. 5 erwähnten pharmazeutischen Lieferungen einbehalten werden muß, die von Apothekern, die eine für die Öffentlichkeit zugängliche Apotheke betreiben, und Ärzten, die ermächtigt sind, ein Arzneimitteldepot zu führen, an Begünstigte abgegeben werden.

Der König bestimmt den Prozentsatz dieses Abzugs, ohne daß dieser jedoch 3 Prozent übersteigen darf. Er bestimmt ebenfalls die Modalitäten der Anwendung dieser Bestimmung, insbesondere was den Tarif der Lieferungen, auf die dieser Abzug anwendbar ist, und die Modalitäten, gemäß denen die von den Tariffestsetzungsämtern einbehaltenen Beträge an das Institut entrichtet werden, betrifft.

Der Schuldner, der die geschuldete Gebühr nicht innerhalb der vom König festgelegten Frist entrichtet, schuldet dem Institut einen Zuschlag und Verzugszinsen, deren Höhe und Anwendungsbedingungen vom König festgelegt werden.

Der Zuschlag darf jedoch nicht mehr als 10 Prozent der geschuldeten Gebühr betragen, und die Verzugszinsen, die auf diese Gebühr erhoben werden, dürfen den gesetzlichen Zinssatz nicht übersteigen.

Der König bestimmt ebenfalls, unter welchen Bedingungen das Institut dem Schuldner eine Befreiung von oder eine Ermäßigung des Gebührenzuschlags oder der Verzugszinsen gewähren kann.

Die Anwendung der vorliegenden Bestimmung darf keine Erhöhung des Eigenanteils der Begünstigten zur Folge haben.

Der König bestimmt das Datum des Inkrafttretens der vorliegenden Bestimmung,

20. dem Ertrag des Abzugs, der zwischen dem 1. Juli 1993 und dem 31. Dezember 1994 auf den Bruttogewinn einbehalten wird, den zugelassene Großhandelsvertreiler von Arzneimitteln beim Verkauf von Fertigarzneimitteln, die in den Listen der rückzahlbaren pharmazeutischen Lieferungen eingetragen sind, erzielt haben.

Der König bestimmt den Prozentsatz dieses Abzugs, ohne daß dieser jedoch 3 Prozent übersteigen darf. Er bestimmt die Anwendungsmodalitäten und die Modalitäten, gemäß denen einbehaltene Beträge an das Institut entrichtet werden.

Der Schuldner, der die geschuldete Gebühr nicht innerhalb der vom König festgelegten Frist entrichtet, schuldet dem Institut einen Zuschlag und Verzugszinsen, deren Höhe und Anwendungsbedingungen vom König festgelegt werden.

Der Zuschlag darf jedoch nicht mehr als 10 Prozent der geschuldeten Gebühr betragen, und die Verzugszinsen, die auf diese Gebühr erhoben werden, dürfen den gesetzlichen Zinssatz nicht übersteigen.

Der König bestimmt ebenfalls, unter welchen Bedingungen das Institut dem Schuldner eine Befreiung von oder eine Ermäßigung des Gebührenzuschlags oder der Verzugszinsen gewähren kann.

Die Anwendung der vorliegenden Bestimmung darf keine Erhöhung des Eigenanteils der Begünstigten zur Folge haben.

Der König bestimmt das Datum des Inkrafttretens der vorliegenden Bestimmung,

21. den Beträgen, die aus anderen Zweigen der sozialen Sicherheit stammen und die durch oder aufgrund des Gesetzes der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung zugewiesen werden.

In Abweichung von den Bestimmungen von Absatz 1 Nr. 3, 4 und 5 wird die staatliche Subvention für den Zeitraum 1991-1995 auf einen Anteil an der Gesamtheit der jährlichen Subventionen festgelegt, die in Artikel 1 des Gesetzes vom 29. Dezember 1990 zur Festlegung sozialer Bestimmungen erwähnt sind.

Art. 192 - Das Institut verfügt über die in Artikel 191 erwähnten Einkünfte.

Es zieht von diesen Einkünften den Betrag seiner Verwaltungskosten ab, der in der in Artikel 12 Nr. 4 erwähnten Unterlage vorgesehen ist, und den in Artikel 195 § 4 erwähnten Mehrbetrag der Verwaltungskosten der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung.

Es teilt die verschiedenen in Artikel 191 Absatz 1 erwähnten Einkünfte unter den Zweig Gesundheitspflege und den Zweig Entschädigungen auf entsprechend dem Anteil, der jeweils für sie bestimmt ist, nachdem es diese Einkünfte um einen Prozentsatz gekürzt hat, der dem Verhältnis zwischen dem Betrag der in Absatz 2 des vorliegenden Artikels erwähnten Abzugs und den Gesamteinkünften der Versicherung entspricht.

Unter diesen Bedingungen führt es:

1. dem Zweig Gesundheitspflege folgende Mittel zu:

- a) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 1 erwähnten Beiträgen, der für ihn bestimmt ist,
- b) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 2 erwähnten Eigenbeiträgen, der festgelegt wird auf:
60 Prozent der Beiträge, die in Anwendung von unter anderem Artikel 121 § 2, Artikel 123 Absatz 1, Artikel 128 § 1 Nr. 2, Artikel 129 Nr. 2 und Artikel 130 Absatz 2 geschuldet werden,
100 Prozent der Beiträge, die in Anwendung der Artikel 125 und 135 geschuldet werden,
- c) die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 3 erwähnte staatliche Subvention,
- d) die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 6 erwähnten Schenkungen und Legate:
zu 100 Prozent, wenn sie ausdrücklich für die Gesundheitspflegeversicherung bestimmt sind,
zu 60 Prozent, wenn sie für die gesamte Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherungsregelung bestimmt sind,
- e) den Ertrag des in Anwendung von Artikel 191 Absatz 1 Nr. 7 einbehaltenen Abzugs,
- f) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 8 erwähnten Einkünften, der für ihn bestimmt ist,
- g) die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 9 erwähnten Einkünfte,
- h) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 10 erwähnten Einkünften gemäß den festgelegten Regeln,
- i) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 11 erwähnten Einkünften, der für ihn bestimmt ist,
- j) die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 12 bis 20 erwähnten Einkünfte.

Die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 14 erwähnten Einkünfte, die seit dem Jahr 1990 eingenommen worden sind, sind bis zu einem jährlich vom König festgelegten Betrag für die Finanzierung der Maßnahmen bestimmt, die vom Versicherungsausschuß zu treffen sind, damit die Ausgaben der Gesundheitspflegeversicherung im Zweig pharmazeutische Produkte unter Kontrolle bleiben.

Der eventuelle Restbetrag dieser Einkünfte wird im Verhältnis zur Zahl der Begünstigten unter die Versicherungsträger aufgeteilt,

- k) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 21 erwähnten Einkünften, der für ihn bestimmt ist,
2. dem Zweig Entschädigungen folgende Mittel zu:
- a) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 1 erwähnten Beiträgen, der für ihn bestimmt ist,
 - b) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 2 erwähnten Eigenbeiträgen, der auf 40 Prozent der Beiträge festgelegt wird, die in Anwendung von unter anderem Artikel 121 § 2, Artikel 123 Absatz 1, Artikel 128 § 1 Nr. 2, Artikel 129 Nr. 2 und Artikel 130 Absatz 2 geschuldet werden,
 - c) die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 4 und 5 erwähnten staatlichen Subventionen,
 - d) die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 6 erwähnten Schenkungen und Legate:
zu 100 Prozent, wenn sie ausdrücklich für die Entschädigungsversicherung bestimmt sind,
zu 40 Prozent, wenn sie für die gesamte Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherungsregelung bestimmt sind,
 - e) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 8 erwähnten Einkünften, der für ihn bestimmt ist,
 - f) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 10 erwähnten Einkünften gemäß den festgelegten Regeln,
 - g) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 11 erwähnten Einkünften, der für ihn bestimmt ist,
 - h) den Anteil an den in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 21 erwähnten Einkünften, der für ihn bestimmt ist.

Abschnitt II — Verteilung der Einkünfte der Versicherung

Art. 193 - § 1 - Gemäß den Modalitäten, die der Versicherungsausschuß bestimmt, bewilligt das Institut jedem Versicherungsträger für die Gesundheitspflegeversicherung:

1. die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe a) und b) erwähnten Beiträge; diese Beiträge werden gemäß dem Wert der Beiträge seiner Begünstigten aufgeteilt; der Ertrag der in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe a) erwähnten Beiträge, die auf den Teil des Lohns berechnet werden, der die im Zweig Entschädigungen angewendete Lohngrenze übersteigt, wird jedoch im Verhältnis zu dem Anteil aufgeteilt, der jedem Versicherungsträger am Ertrag der Beiträge zukommt, die aufgrund des unter dieser Lohngrenze liegenden Lohns oder Lohnanteils berechnet werden.

Der Versicherungsausschuß kann jedoch bei der Erstellung des in Artikel 16 § 1 Nr. 3 erwähnten Haushaltsplans beschließen, daß ein Teil der in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe a) erwähnten Beiträge, der höchstens 10 Prozent beträgt, gemäß den in Nr. 2 bestimmten Regeln unter die Versicherungsträger aufgeteilt wird. Für die Verteilung der in Artikel 194 und 195 erwähnten Verwaltungskosten der Versicherungsträger wird davon ausgegangen, daß die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe a) erwähnten Beiträge noch immer gemäß dem Wert der Beitragscheine der Begünstigten aufgeteilt werden.

2. die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe e) erwähnten Einkünfte; diese Einkünfte werden aufgeteilt im Verhältnis zu der aufgrund der letzten drei bekannten Rechnungsjahre festgelegten Zahl von Berechtigten, die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 und 16 erwähnt werden, und von Berechtigten, die die in Artikel 93 erwähnten Invaliditätsentschädigungen beziehen, multipliziert mit dem Prozentsatz, der der Zahl derselben Berechtigten entspricht im Verhältnis zu der Anzahl Berechtigten jedes Versicherungsträgers, die gegebenenfalls Anrecht auf Entschädigungen wegen primärer Arbeitsunfähigkeit hatten. Für die Festlegung dieses Prozentsatzes wird die Zahl der Berechtigten, die die in Artikel 93 erwähnten Invaliditätsentschädigungen beziehen, verdoppelt.

3. die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe j) erwähnten Einkünfte, die aus Artikel 191 Absatz 1 Nr. 16 hervorgehen; diese Einkünfte werden im Verhältnis zu den Beträgen, die von jedem einzelnen Versicherungsträger für Leistungen erstattet worden sind, die von einem Arzt erbracht wurden, der von der in Artikel 157 erwähnten Eintreibung betroffen ist, unter die Versicherungsträger aufgeteilt.

4. die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe j) erwähnten Einkünfte, die aus Artikel 191 Absatz 1 Nr. 17 hervorgehen; diese Einkünfte werden im Verhältnis zu den Beträgen, die von jedem einzelnen Versicherungsträger für Leistungen der klinischen Biologie erstattet worden sind, die zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten erbracht wurden, unter die Versicherungsträger aufgeteilt.

5. die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe h) erwähnten Einkünfte,

6. die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe i) und k) erwähnten Einkünfte,

7. die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe j) erwähnten Einkünfte, die aus Artikel 191 Absatz 1 Nr. 13 hervorgehen,

8. die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe d) und die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe j) erwähnten Einkünfte, die aus Artikel 191 Absatz 1 Nr. 12, 14, 15, 18, 19 und 20 hervorgehen.

Der König legt jährlich den Anteil an den in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe c) und e) erwähnten Einkünfte fest, der der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen zukommt.

Der König bestimmt die Modalitäten der Verteilung der in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe c), f), g) und Nr. 2 Buchstabe e) erwähnten Einkünfte unter die Versicherungsträger.

Unter Bedingungen, die vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen festgelegt werden, bewilligt das Institut jedem Versicherungsträger für die Entschädigungsversicherung den Anteil an den Verwaltungskosten, der gemäß Artikel 195 § 1 auf die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 2 erwähnten Einkünfte einbehalten wird.

§ 2 - Das Institut erstattet den Versicherungsträgern unter den vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen bestimmten Bedingungen, die Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen, das Bestattungsgeld und das Mutterschaftsgeld, die sie gezahlt haben.

Abschnitt III — Verwaltungskosten der Versicherungsträger

Art. 194 - § 1 - Als Verwaltungskosten werden Ausgaben angesehen, die auf die Anwendung des vorliegenden koordinierten Gesetzes zurückzuführen sind, mit Ausnahme der Ausgaben für folgende Leistungen:

a) Leistungen, die in Titel III Kapitel III, Titel IV Kapitel III und Titel V Kapitel III erwähnt sind,

b) unrechtmäßig gezahlte Leistungen, deren Nichteintreibung unter Bedingungen und gemäß Modalitäten, die vom König bestimmt werden, als gerechtfertigt angesehen wird.

Was jedoch die Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen betrifft, werden Personallohnkosten nicht als Verwaltungskosten angesehen.

§ 2 - Unrechtmäßig gezahlte Leistungen, die nicht in § 1 erwähnt sind, und Sanktionen, die in Artikel 60 des Gesetzes vom 14. Februar 1961 über den Wirtschaftsaufschwung, den sozialen Fortschritt und die Sanierung der Finanzen, soweit sie die Versicherungsträger betreffen, und in Artikel 166 erwähnt sind, werden in separate Rubriken gebucht.

Art. 195 - § 1 - 1. Die Verwaltungskosten der Versicherungsträger werden einbehalten auf die in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 2 und in Artikel 193 § 1 Nr. 1 erwähnten Einkünfte der Versicherung, auf die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 7, 8 und 13 erwähnten Einkünfte nach Abzug eines Teils der in Artikel 192 Absatz 2 erwähnten Lasten und auf die in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 3 bis 5 erwähnten Einkünfte der Versicherung beziehungsweise auf staatliche Subventionen auf der Grundlage von Gesetzesbestimmungen, die von den letzterwähnten Nummern abweichen, sowie auf die Einkünfte der Versicherung, die sich aus der Anwendung von Artikel 191 Absatz 1 Nr. 11 ergeben nach Abzug eines Teils der in Artikel 192 Absatz 2 erwähnten Lasten.

Im Hinblick auf die Aufstellung des Haushaltsplans dieser Verwaltungskosten bestimmt der König den Prozentsatz des Betrags der im vorhergehenden Absatz erwähnten Einkünfte, der für diese Verwaltungskosten bestimmt ist.

Dieser Prozentsatz, der für die Gesundheitspflegeversicherung und für die Entschädigungsversicherung nicht einheitlich sein muß, ist für jeden Versicherungsträger gleich; er kann jedoch pro 100.000 Berechtigte jeweils verschieden sein.

2. Die Verwaltungskosten der Versicherungsträger werden auf 21.331 Millionen Franken festgelegt. Dieser Betrag kann jährlich durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß angepaßt werden, wobei der Entwicklung des Verbraucherpreisindex, der Entwicklung der Löhne in ähnlichen Sektoren und den gesetzlichen Aufgaben der Versicherungsträger Rechnung getragen wird.

Der König kann unter Bedingungen und gemäß Modalitäten, die durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß festgelegt werden, die Bewilligung der gesamten oder eines Teils dieser Anpassung für jeden Versicherungsträger von der Weise abhängig machen, wie er seine gesetzlichen Aufgaben ausführt. Der König beauftragt den Rat des Kontrollamts der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände mit dieser Bewertungsaufgabe.

3. Die Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen erhält jährlich einen Betrag von 30 Millionen Franken für Verwaltungskosten zu Lasten der Einkünfte der Gesundheitspflegeversicherung. Dieser Betrag kann jährlich durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß angepaßt werden.

§ 2 - Unter Bedingungen und gemäß Modalitäten, die vom König bestimmt werden, werden die Verwaltungskosten um mindestens 8 Prozent und höchstens 20 Prozent der in Anwendung von Artikel 136 § 2 und Artikel 164 zurückgeforderten Beträge erhöht, insofern im letzten Fall die unrechtmäßige Zahlung nicht auf einen Fehler, einen Irrtum oder eine Nachlässigkeit des Versicherungsträgers zurückzuführen ist.

Bei der Festlegung dieser Prozentsätze kann einerseits die Summe der zurückgeforderten Beträge und andererseits der Gesamtbetrag der vom Versicherungsträger erstatteten Leistungen berücksichtigt werden.

Die Verwaltungskosten werden für den Zeitraum vom 1. Januar 1985 bis zum 31. Dezember 1993 um den Betrag der nichtgerichtlichen Verzugs- und Entschädigungszinsen erhöht, die auf die in Anwendung der Artikel 136 § 2 und 164 zurückgeforderten Beträge angerechnet werden.

§ 3 - Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß den Prozentsatz der Zinsen aus den gemäß den Bestimmungen von Artikel 191 Absatz 1 Nr. 10 Absatz 2 vorgenommenen Anlagen von Finanzmitteln, die den Versicherungsträgern im Rahmen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, um den die Verwaltungskosten der Versicherungsträger gegebenenfalls erhöht werden.

§ 4 - Überschreiten die Haushaltsvoranschläge der Verwaltungskosten der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung den Betrag, der unter den in § 1 des vorliegenden Artikels bestimmten Bedingungen vorgesehen ist, wird der Mehrbetrag gemäß den Bestimmungen von Artikel 192 Absatz 2 durch Einkünfte der Versicherung gedeckt.

§ 5 - Das günstige oder ungünstige Ergebnis, das die Rechnung der Verwaltungskosten am Ende eines Rechnungsjahres aufweist, wird nicht in die Ergebnisse der Rechnungen in bezug auf die Bewilligung der Leistungen, die in Titel III Kapitel III, Titel IV Kapitel III und Titel V Kapitel III erwähnt werden, eingegliedert.

Der Versicherungsträger erwirbt das volle Eigentum am eventuellen Überschuß der Rechnung der Verwaltungskosten; ein eventuelles Defizit dieser Rechnung wird vollständig von ihm getragen.

Die Bestimmungen des vorliegenden Paragraphen sind nicht auf die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung anwendbar.

Abschnitt IV — Finanzielle Bestimmungen

Art. 196 - Schließt ein Versicherungsträger ein Rechnungsjahr mit einem Überschuß ab, muß er mindestens 40 Prozent dieses Überschusses zur Bildung einer gesetzlichen Rücklage verwenden.

Dies ist nicht mehr erforderlich, wenn die gesetzliche Rücklage 10 Prozent der veranschlagten Ausgaben des laufenden Rechnungsjahres erreicht.

Der restliche Überschuß ist für die ordentliche Rücklage bestimmt; er kann von den Landesverbänden verwendet werden, um den Begünstigten zusätzliche Vorteile zu bewilligen, die jedoch auf keinen Fall eine Erhöhung der Beteiligung beinhalten dürfen, die für eine in Artikel 34 erwähnte Leistung vorgesehen ist. Diese zusätzlichen Vorteile müssen die Präventiv- oder Kurativpflege betreffen, die Fahrtkosten inbegriffen, die zu bestreiten sind, um auf solche Pflege und insbesondere auf den unter der Bezeichnung «home care» (Heimpflege) angegebenen Dienst zurückzugreifen.

Der Minister billigt die Art dieser zusätzlichen Vorteile, nachdem er ihre Übereinstimmung mit den im vorhergehenden Absatz erwähnten Normen festgestellt hat.

Art. 197 - Das Gesellschaftsvermögen jedes Versicherungsträgers, das aus der gesetzlichen Rücklage und der ordentlichen Rücklage besteht, muß wie folgt verwendet werden:

a) bis zu höchstens 40 Prozent der aus den angehäuften Überschüssen bestehenden Rücklagen für Darlehen an sozialmedizinische Einrichtungen. Die Laufzeit des Darlehens darf zehn Jahre nicht übersteigen; der Zinssatz ist der gleiche wie der, der zum Zeitpunkt des Darlehens von der Allgemeinen Spar- und Rentenkasse für Anlagen der Krankenkassen bewilligt wird,

b) bis zu höchstens 5 Prozent derselben Rücklagen für Erwerb, Bau oder Einrichtung von Verwaltungsgebäuden, die Gesellschaftssitz eines Landesverbandes oder einer Krankenkasse sind,

c) für Anlagen in Staatsanleihen oder in vom Staat garantierten Anleihen, in Obligationen der belgischen Provinzen und Gemeinden oder bei einer Sparkasse unter Staatsgarantie.

Der Kassenbestand und die Guthaben auf Postscheck- und laufenden Bankkonten dürfen am 31. Dezember jedes Rechnungsjahres nicht mehr als 10 Prozent der Ausgabenhaushaltsvoranschläge des an diesem Tag auslaufenden Rechnungsjahres betragen.

Art. 198 - Schließt ein Versicherungsträger ein Rechnungsjahr mit einem Defizit ab, muß er dieses decken:

1. durch Abhebung von seinem Anteil an dem in Artikel 203 erwähnten Fonds,

2. durch Abhebung von der gesetzlichen Rücklage,

3. wenn keine gesetzliche Rücklage vorhanden ist oder sie unzureichend ist, durch Abhebung von der ordentlichen Rücklage,

4. wenn diese Rücklagen unzureichend sind oder wenn es unmöglich ist, über diese Rücklage zu verfügen, durch Erhebung eines Zusatzbeitrags zu Lasten der Berechtigten, die mit einer Streichung der zuvor bewilligten zusätzlichen Vorteile verbunden ist oder nicht.

Ein Defizit der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung, das den Gesamtbetrag der im vorhergehenden Absatz Nr. 1, 2 und 3 erwähnten Abhebungen übersteigt, wird auf die Landesverbände im Verhältnis zu ihren Einnahmen abgewälzt.

Art. 199 - Läßt ein außergewöhnlich schwerwiegendes unvorhergesehenes Ereignis die Ausgaben der Gesundheitspflegeversicherung steigen und entsteht deswegen ein Defizit, muß der Versicherungsträger auf seine gesetzliche Rücklage zurückgreifen.

Ist diese Rücklage unzureichend, wird der Restbetrag des Defizits durch eine außergewöhnliche staatliche Subvention gedeckt.

Der unvorhergesehene und außergewöhnlich schwerwiegende Charakter des vorerwähnten Ereignisses wird durch einen im Ministerrat beratenen Königlichen Erlaß auf Vorschlag des für die Volksgesundheit zuständigen Ministers festgestellt.

Art. 200 - Der in Artikel 80 Nr. 2 erwähnte Rücklagenfonds darf nur benutzt werden, um ein im letzten Rechnungsjahr aufgetretenes Defizit auszugleichen; er kann jedoch benutzt werden, um den Entschädigungssatz zu erhöhen ohne entsprechende Erhöhung des Beitragsatzes, jedoch nur in dem Fall, wo das letzte Rechnungsjahr mit einem Überschuß abgeschlossen wurde, wobei die Last, die durch die Erhöhung des Entschädigungssatzes entsteht, nicht mehr als 50 Prozent dieses Überschusses betragen darf.

Art. 201 - Ungeachtet der Bestimmungen von Artikel 22 Nr. 11 muß jede Änderung der Vorschriften während eines Haushaltsjahres, die für die Gesundheitspflegeversicherung nicht im Haushaltsplan vorgesehene Ausgabenerhöhungen zur Folge hat, vorher vom König gebilligt werden. Sie muß zusammen mit einem Voranschlag der Einnahmen erfolgen, die zur Deckung der neuen Ausgaben notwendig sind; diese Einkünfte werden durch eine Erhöhung der in Artikel 23 Absatz 4 und Artikel 38 des Gesetzes vom 29. Juni 1981 zur Festlegung der allgemeinen Grundsätze der sozialen Sicherheit für Lohnempfänger erwähnten Beiträge erzielt, soweit sie die Finanzierung der Gesundheitspflegeversicherung betreffen.

Art. 202 - Das Institut entrichtet an jeden Versicherungsträger vor Ende jeden Monats einen Vorschuß, der einem Zwölftel der Ausgaben entspricht, die für jeden in der in Artikel 12 Nr. 4 erwähnten Haushaltsunterlage des laufenden Rechnungsjahres vorgesehen sind. Ist der letzte Tag des Monats ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, kann die letzte Zahlung zur Vervollständigung des Haushaltszwölftels jedoch auch am ersten Werktag des folgenden Monats erfolgen.

Art. 203 - § 1 - Das Finanzjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

Die in den Artikeln 12 Nr. 6, 16 § 1 Nr. 3 und 80 Nr. 1 erwähnten Haushaltspläne erstrecken sich über ein Jahr und werden für einen Zeitraum von drei Jahren erstellt.

§ 2 - Vor Erstellung des in Artikel 16 § 1 Nr. 3 erwähnten Haushaltsplans nimmt der Allgemeine Rat Kenntnis von den diesbezüglichen Haushaltsplänen, die von jedem Versicherungsträger gemäß den vom vorerwähnten Rat festgelegten Regeln aufgestellt werden.

§ 3 - Die in den Artikeln 16 § 1 Nr. 3 und 80 Nr. 1 erwähnten Haushaltspläne umfassen für die Gesundheitspflegeversicherung beziehungsweise für die Entschädigungsversicherung Einnahmen- und Ausgabenvoranschläge.

Diese Voranschläge werden auf der Grundlage der Verrichtungen, die in den in Artikel 12 Nr. 5 erwähnten Rechnungen gebucht sind, auf der Grundlage der Aussichten in bezug auf die Beschäftigung und in bezug auf die Beiträge des Landesamtes für soziale Sicherheit, des Landesamtes für soziale Sicherheit der provinziellen und lokalen Verwaltungen und des Nationalen Pensionsfonds für Bergarbeiter und auf der Grundlage der Entwicklung der Ausgaben, die während der letzten drei bekannten Rechnungsjahre festgestellt worden ist, erstellt.

Die Entwicklung der Ausgaben, die während der letzten drei bekannten Rechnungsjahre festgestellt worden ist, wird auf einen neuen Zeitraum von drei Jahren übertragen.

Für jedes Haushaltsjahr werden die Ausgabenhaushaltsvoranschläge für die in Artikel 34 erwähnten Leistungen um einen Sicherheitskoeffizienten von 5 Prozent erhöht.

Die dem Sicherheitskoeffizienten entsprechenden Einnahmen werden einem Sonderfonds zugeführt, der vom Institut verwaltet wird. Diese Einnahmen setzen sich zusammen aus einer staatlichen Subvention, die 27 Prozent des Sicherheitskoeffizienten beträgt, und im übrigen aus einem Teil der in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe a) erwähnten Beiträge.

Zweck dieses Fonds ist es, unter die Versicherungsträger, die ein Rechnungsjahr mit einem Defizit abschließen, verteilt zu werden. Diese Versicherungsträger können weder einen Betrag beanspruchen, der ihr gebuchtes Defizit überschreitet, noch einen Betrag, der ihren Anteil an diesem Fonds überschreitet. Dieser Anteil wird im Verhältnis zu dem für sie bestimmten Prozentsatz der in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe a), c) und d) erwähnten Einkünfte berechnet. Er wird nicht für die Festlegung und Verteilung der in Artikel 194 und 195 erwähnten Verwaltungskosten berücksichtigt.

Bei der Ausarbeitung jedes der folgenden Haushaltspläne wird der vorerwähnte Fonds wieder gespeist, jedoch nach Abzug des Saldos des vorhergehenden Rechnungsjahres.

Die in den vorhergehenden Absätzen erwähnten Voranschläge beziehungsweise Aussichten werden eventuell bei der Aufstellung des Haushaltsplans berichtigt entsprechend den zu erwartenden Auswirkungen der in den Artikeln 12 Nr. 2 und 3, 22 Nr. 3, 4 und 11 und 80 Nr. 1 und 5 erwähnten Maßnahmen.

Auf keinen Fall dürfen der Betrag der in Artikel 194 § 2 erwähnten Sanktionen oder der unrechtmäßig gezahlten Leistungen oder die aufgrund von Artikel 196 bewilligten zusätzlichen Vorteile berücksichtigt werden.

§ 4 - In dem in Artikel 16 § 1 Nr. 3 erwähnten Haushaltsplan wird für jedes Rechnungsjahr eines dreijährigen Zeitraums pro Versicherungsträger eine Veranschlagung der Zahl der in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 und 16 und in Artikel 93 erwähnten Berechtigten erstellt; zu diesem Zweck wird die Entwicklung der Zahlen, die bei jedem Versicherungsträger während der letzten drei bekannten Rechnungsjahre festgestellt worden sind, auf das betreffende Rechnungsjahr übertragen.

§ 5 - In dem in Artikel 16 § 1 Nr. 3 erwähnten Haushaltsplan wird aufgrund von Artikel 193 § 1 Nr. 2 für jedes Rechnungsjahr des dreijährigen Zeitraums und auf der Grundlage der in § 4 weiter oben erwähnten Elemente der Anteil an den in Artikel 192 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe d) erwähnten Einkünften festgelegt, der für jeden Versicherungsträger bestimmt ist.

Abschnitt V — Besondere Bestimmungen

Art. 204 - § 1 - Unter Bedingungen und gemäß Modalitäten, die vom König bestimmt werden, wird eine Kommission eingesetzt, deren Zusammensetzung von Ihm bestimmt wird und die beauftragt ist, innerhalb einer Frist von höchstens einem Jahr ab Inkrafttreten des vorliegenden Artikels Vorschläge im Hinblick auf die Anpassung oder Abänderung der Bestimmungen der Abschnitte I, II und IV des vorliegenden Kapitels zu machen.

Zu diesen Vorschlägen müssen der Allgemeine Rat und der Rat des Kontrollamts der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach ihrer Mitteilung eine Stellungnahme abgeben.

§ 2 - Aufgrund der gemäß § 1 abgegebenen Vorschläge und Stellungnahmen kann der König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß spätestens vor dem 31. Dezember 1994 die Bestimmungen von den Abschnitten I, II und IV des vorliegenden Kapitels ganz oder teilweise anpassen oder abändern, um die Modalitäten für die Verteilung der Einkünfte der Versicherung unter die Versicherungsträger einerseits und für den Abschluß der laufenden Konten der Versicherungsträger andererseits festzulegen, wodurch ihre finanzielle Verantwortung festgelegt wird.

Der König wird bei den Gesetzgebenden Kammern - sofort, wenn eine Sitzungsperiode im Gange ist, andernfalls bei Eröffnung der folgenden Sitzungsperiode - einen Gesetzentwurf zur Bestätigung der in Ausführung des vorliegenden Paragraphen gefaßten Erlasse einreichen.

§ 3 - Im Rahmen der Anwendung von § 2 müssen für die Versicherungsträger die Voraussetzungen geschaffen werden, damit sie den Verpflichtungen, die sich aus ihren gesetzlichen Aufgaben ergeben, nachkommen können.

Die in § 2 erwähnten Bestimmungen müssen die unterschiedlichen Lasten voll und ganz berücksichtigen, die von den Versicherungsträgern getragen werden müssen und die auf objektive Kriterien und insbesondere auf Gesundheitszustand, Alter und soziale und wirtschaftliche Stellung der angeschlossenen Versicherten zurückzuführen sind.

Die vorerwähnten Bestimmungen dürfen nicht zur Folge haben, daß Sozialversicherte im Rahmen der Gesundheitspflegepflichtversicherungsregelung unterschiedlich behandelt werden, was Sozialversicherungsbeiträge und Sozialleistungen betrifft, nur weil sie einem bestimmten Versicherungsträger angeschlossen sind.

Im Rahmen der Anwendung von § 2 müssen die Versicherungsträger über die notwendigen Instrumente verfügen, um die Ausgaben, die sich aus ihren gesetzlichen Aufgaben ergeben, kontrollieren und eindämmen zu können.

§ 4 - Der König kann ab Inkrafttreten des vorliegenden Artikels für den Zeitraum, der in den Paragraphen 1 und 2 des vorliegenden Artikels erwähnt ist, durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß besondere Modalitäten bestimmen, durch die zeitweilig von der Anwendung von Abschnitt IV des vorliegenden Kapitels abgewichen werden kann.

KAPITEL II — *Verwaltungstechnische Bestimmungen*

Art. 205 - Die Versicherungsträger übermitteln dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle die in Titel V Kapitel I erwähnten Beitragsbelege innerhalb der Fristen und gemäß den Formen, die von dem in Artikel 160 erwähnten Ausschuß vorgeschrieben werden.

Der König bestimmt, für welche Kategorien von Berechtigten die Übermittlung der Beitragsbelege durch die Mitteilung informatisierter Daten ersetzt wird. Der in Artikel 160 erwähnte Ausschuß bestimmt die diesbezüglichen Modalitäten.

Art. 206 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 161 Nr. 5 sind die Versicherungsträger verpflichtet, gemäß den vom König zu bestimmenden Modalitäten Einnahmen- und Ausgabenbelege in bezug auf die von ihnen gebuchten Einnahmen und Ausgaben, die sich aus der Anwendung des vorliegenden Gesetzes ergeben, zu erstellen und den vom König bestimmten Einrichtungen zu übermitteln.

Darüber hinaus sind sie verpflichtet, gemäß den vom König zu bestimmenden Modalitäten statistische Tabellen ihrer Ausgaben in bezug auf die in Titel III Kapitel III, Titel IV Kapitel III und Titel V Kapitel III erwähnten Leistungen zu erstellen und dem Institut zu übermitteln.

Unter den vom König zu bestimmenden Bedingungen wird der Betrag der Ausgaben, der in den im vorhergehenden Absatz erwähnten statistischen Tabellen fehlt, nicht für den Abschluß der in Artikel 16 § 1 Nr. 4 erwähnten Rechnungen berücksichtigt.

Spätestens ab dem Rechnungsjahr 1995 müssen diese statistischen Tabellen unter Bedingungen und gemäß Modalitäten, die vom König zu bestimmen sind, ebenfalls die Ausgaben in bezug auf alle Leistungen enthalten, die in jeder Pflgeanstalt zugunsten von Begünstigten erbracht werden, die nicht im Krankenhaus aufgenommen sind.

TITEL X — *Schlußbestimmungen*

Art. 207 - § 1 - Der König kann nach Stellungnahme des Allgemeinen Rates durch einen mit Gründen versehenen im Ministerrat beratenen Erlaß die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge, die für die Finanzierung der Gesundheitspflegeversicherung bestimmt sind, ändern, entweder um die Einkünfte dieser Versicherung bis zur Höhe der Ausgabenhaushaltsvoranschläge zu ergänzen oder um die in Anwendung von Artikel 201 notwendigen Einkünfte zu erzielen.

§ 2 - Der König kann auf Vorschlag des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge, die für die Finanzierung der Entschädigungsversicherung bestimmt sind, ändern:

a) für den Zeitraum primärer Arbeitsunfähigkeit; Er sanktioniert jeden Vorschlag in bezug auf die Höhe dieser Beiträge, wenn dieser Vorschlag von den in Artikel 79 Absatz 1 erwähnten Mitgliedern des Ausschusses einstimmig angenommen wird; wird keine Einstimmigkeit erzielt, legt der König die Höhe fest,

b) für den Invaliditätszeitraum und für das Bestattungsgeld, unbeschadet der in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 4 und 5 erwähnten staatlichen Subventionen.

§ 3 - Der König kann nach Stellungnahme des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen und unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 200 die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge, die für die Finanzierung der Entschädigungsversicherung bestimmt sind, ändern, um das in einem bestimmten Rechnungsjahr aufgetretene Defizit zu decken.

§ 4 - In den in den Paragraphen 1, 2 und 3 erwähnten Fällen wird die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge, die für die Versicherung bestimmt sind, durch das Gesetz bestimmt, wenn die notwendige Erhöhung des Beitrags mehr als 0,25 Prozent der Löhne beträgt, auf die die Beiträge erhoben werden.

Art. 208 - Der König legt die Höhe der Anwesenheitsgelder und Entschädigungen fest, die den Präsidenten, Vizepräsidenten, Mitgliedern und Sekretären der im vorliegenden koordinierten Gesetz vorgesehenen Räte, Ausschüsse, Kommissionen und Kollegien bewilligt werden.

Art. 209 - Der König kann an bestehenden Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen die notwendigen Änderungen anbringen, um sie mit den Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes in Übereinstimmung zu bringen.

Er kann ebenfalls die Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes mit den Bestimmungen, die sie zum Zeitpunkt der Koordinierung ausdrücklich oder implizit abgeändert haben, koordinieren.

Zu diesem Zweck kann Er in der Koordinierung:

1. eine andere Reihenfolge, Numerierung und im allgemeinen eine andere Form als die der ursprünglichen Texte anwenden,
2. die Verweise ersetzen, die in den ursprünglichen Bestimmungen vorkommen, insbesondere um die Übereinstimmung in der neuen Numerierung zu gewährleisten,
3. ohne die Grundsätze der zu koordinierenden Bestimmungen zu beeinträchtigen, einen anderen Wortlaut als den ursprünglichen anwenden, um die Übereinstimmung der Bestimmungen zu gewährleisten und die Terminologie zu vereinheitlichen.

Art. 210 - Die Bestimmungen des vorliegenden koordinierten Gesetzes lassen die Bestimmungen der in Belgien geltenden internationalen Abkommen im Bereich der sozialen Sicherheit unberührt.

Schwierigkeiten, die sich aus der Anwendung dieser internationalen Abkommen ergeben können, werden vom König auf Vorschlag oder nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses oder des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen im Rahmen ihrer Befugnis geregelt.

Art. 211 - § 1 - Berufsorganisationen der Ärzteschaft müssen folgende Bedingungen erfüllen, um als repräsentativ anerkannt zu werden:

1. die Verteidigung der beruflichen Interessen sowohl der Fachärzte als auch der Allgemeinmediziner als Hauptziel haben,
2. eine Anzahl Mitglieder haben, die einen vom König festzulegenden Prozentsatz der Zahl der vom Institut registrierten Ärzte erreicht,
3. sich statutarisch an Ärzte von mindestens zwei der in Artikel 3 der Verfassung erwähnten Regionen richten.

§ 2 - Die Verteilung der Mandate unter die Berufsorganisationen der Ärzteschaft, die aufgrund des vorliegenden Artikels als repräsentativ anerkannt sind, erfolgt aufgrund der Mitgliederzahl jeder Organisation; diese Mitgliederzahl wird durch eine Mitgliederzählung festgelegt, deren Modalitäten vom König bestimmt werden. Personen, die an dieser Zählung teilnehmen, dürfen bei Strafe der in Artikel 458 des Strafgesetzbuches vorgesehenen Sanktionen niemandem die Identität der Mitglieder der Berufsorganisationen preisgeben.

Art. 212 - Der König kann bestimmen, welche Bedingungen die Berufsorganisationen der Fachkräfte der Zahnheilkunde und die in Artikel 26 erwähnten Organisationen der Berufe oder Anstalten erfüllen müssen, um als repräsentativ anerkannt zu werden. Der König hat dieselben Befugnisse in bezug auf die Organisationen der Berufe oder Anstalten, die in den aufgrund von Artikel 29 eingesetzten Fachräten vertreten sind.

Art. 213 - § 1 - Der König bestimmt auf Vorschlag des für den Haushalt zuständigen Ministers beziehungsweise des für die Sozialfürsorge zuständigen Ministers, welche Bestimmungen des Gesetzes vom 16. März 1954 über die Kontrolle bestimmter Einrichtungen öffentlichen Interesses auf den Allgemeinen Rat nicht anwendbar sind, insofern die Vertreter der Behörde im Rat stimmberechtigt sind.

§ 2 - Der König bestimmt nach Stellungnahme des Nationalen Arbeitsrates, welche Bestimmungen des Gesetzes vom 25. April 1963 über die Verwaltung der Einrichtungen öffentlichen Interesses für soziale Sicherheit und Sozialfürsorge auf die Räte, Ausschüsse, Kommissionen und Kollegien, die im vorliegenden koordinierten Gesetz vorgesehen sind, anwendbar sind.

Art. 214 - Der König legt den Stellenplan des Instituts auf Vorschlag des Allgemeinen Ausschusses fest.

TITEL XI — *Übergangsbestimmungen*

Art. 215 - § 1 - In Erwartung der notwendigen gesetzlichen Maßnahmen in bezug auf den Schutz des Titels oder die Bedingungen in bezug auf den Zugang zum Beruf wird beim Dienst für Gesundheitspflege ein Zulassungsrat für jeden der Heilhilfsberufe eingesetzt, die die in Artikel 34 Nr. 1 Buchstabe c) und Nr. 4 aufgezählten Leistungen erbringen dürfen.

§ 2 - Die Zulassungsräte sind mit der Erstellung der Liste von Personen beauftragt, die sie dem Versicherungsausschuß gemäß den vom König bestimmten Kriterien in bezug auf Fachkenntnis und Ausübung des Berufs zur Zulassung vorschlagen.

§ 3 - Der König bestimmt Zusammensetzung und Regeln hinsichtlich der Arbeitsweise der Zulassungsräte. In jedem Rat führt ein Mitglied des Versicherungsausschusses den Vorsitz, das unter den Vertretern der Versicherungsträger ausgewählt wird; es wird vom König auf Vorschlag des Versicherungsausschusses bestimmt.

§ 4 - Der König bestimmt die Modalitäten, gemäß denen der für die Volksgesundheit zuständige Minister die Liste der Ärzte erstellt, die zugelassen sind, um als Facharzt die in Artikel 34 erwähnten Leistungen zu erbringen.

§ 5 - Der König bestimmt die Modalitäten, gemäß denen der für die Volksgesundheit zuständige Minister die Liste der Apotheker und Lizienten der Wissenschaften erstellt, die zugelassen sind, um die in Artikel 34 Nr. 3 erwähnten Diagnoseleistungen zu erbringen.

Art. 216 - Das Institut ist ermächtigt, mit Zustimmung des für den Haushalt zuständigen Ministers Anleihen aufzunehmen innerhalb der Grenzen, die notwendig sind, um unzureichenden Einkünften entgegenzuwirken; diese Anleihen sind mit der Garantie des Staates verbunden.

Art. 217 - Der König bestimmt, auf welche Weise die Ausgaben, die auf die Neuberechnung des Pflorgetagpreises zurückzuführen sind, der in Anwendung von Artikel 98 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser eingeführt worden ist, einschließlich der Ausgaben, die im Rahmen von internationalen Abkommen erfolgen, zwischen der Regelung für Arbeitnehmer und der Regelung für Selbständige aufgeteilt und zu Lasten dieser Regelungen gelegt werden. Er bestimmt ebenfalls den Teil dieser Ausgaben, der für die Berechnung der staatlichen Subvention berücksichtigt wird, die erwähnt ist in Artikel 191 Absatz 1 Nr. 3 und in Artikel 32 § 2 des Königlichen Erlasses vom 30. Juli 1964 zur Festlegung der Bedingungen, gemäß denen die Anwendung des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung auf Selbständige ausgedehnt wird.

Die Bestimmungen von Artikel 136 § 2 sind auf die vorerwähnten Ausgaben nicht anwendbar.

TITEL XII — Bekanntmachung

Art. 218 - § 1 - Die Texte der Verordnungen des Versicherungsausschusses und des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen werden im *Belgischen Staatsblatt* veröffentlicht, wenn sie die Begünstigten der Versicherung im allgemeinen betreffen.

§ 2 - Der Dienst für Gesundheitspflege ist verpflichtet, den Versicherungsträgern die in Artikel 22 Nr. 7 erwähnte Liste und die Namen der Personen und Anstalten zu übermitteln, die einem Abkommen beigetreten sind oder für die davon ausgegangen wird, daß sie einer Vereinbarung beigetreten sind, wobei gegebenenfalls die Sonderbedingungen angegeben werden, die diese Abkommen oder Vereinbarungen beinhalten.

Die Versicherungsträger sind verpflichtet, diese Listen und Namen den Begünstigten der Versicherung zur Kenntnis zu bringen unter Bedingungen, die vom König festgelegt werden auf Vorschlag der in Artikel 50 § 2 erwähnten zuständigen Nationalen Kommission, was Ärzte und Fachkräfte der Zahnheilkunde betrifft, und, was andere Pflegeerbringer betrifft, auf Vorschlag der Abkommenskommission, die gemäß den Artikeln 42 und 26 beauftragt ist, auf nationaler Ebene Vereinbarungen zwischen den Vertretern der Versicherungsträger und der Berufsorganisationen der betroffenen Pflegeerbringer zu schließen.

ANLAGE I — Nicht in der Koordinierung aufgenommene Bestimmungen (1)
Gesetz vom 9. August 1963

Art. 22 - Absatz 5, 6 und 7 (2) - Die Beteiligungen der Versicherung werden spätestens binnen sechs Monaten nach Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes bewilligt, was diese Personen betrifft.

Die von den in Absatz 1 aufgezählten Personen eingegangenen privaten Versicherungsverträge, deren Garantien den Garantien, die aus der Anwendung des vorliegenden Gesetzes für diese Personen hervorgehen, entsprechen oder niedriger als sie sind, gelten von Rechts wegen als gekündigt ab dem Datum, an dem diese Personen Begünstigte der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes werden. Die Prämie wird vom Versicherer nach Abzug von 25 Prozent im Verhältnis zu dem nicht gedeckten Teil des Risikos erstattet.

Versicherungsverträge, deren Garantien diejenigen übersteigen, die für die Personen, die diese Verträge eingegangen sind, aus der Anwendung des vorliegenden Gesetzes hervorgehen, werden ab dem Datum, an dem diese Personen Begünstigte der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes werden, verhältnismäßig gekürzt. Die Erstattung der Prämie für den von Rechts wegen gekündigten Teil erfolgt gemäß dem vorhergehenden Absatz.

Art. 23 (3) - 6. Behandlung von Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Krebs, Poliomyelitis, angeborenen Krankheiten oder Mißbildungen,

11. Absatz 2 - Die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den Fahrtkosten für Kranke, die in einem Nierendialysezentrum ambulant behandelt werden, kann jedoch erst ab dem 1. Oktober 1984 bewilligt werden.

Art. 29 - § 10 - Absatz 3 (4) - Besondere Bedingungen können für Personen, die bereits am 1. Januar 1964 einem Abkommen beitreten, festgelegt werden.

Art. 31 *bis* - § 3 (5) - Bis die in Artikel 27 erwähnte Kommission arbeiten kann, wird das in Artikel 33 § 1 erwähnte Verfahren angewandt.

Art. 34 - § 14 (6) - Wird für 1980 keine in § 2 erwähnte Vereinbarung geschlossen, arbeitet der für die Sozialfürsorge zuständige Minister ein Dokument aus, das er den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft oder der Fachkräfte der Zahnheilkunde und den Versicherungsträgern übermittelt. In diesem Dokument werden die Honorartarife der Gesundheitsleistungen, die die Grundlage für die Erstattungen der Versicherung bilden, die besonderen Regeln in bezug auf die Bekanntmachung und die Bedingungen in bezug auf Zeit und Ort, unter denen diese Tarife und Regeln strikt zur Anwendung kommen, festgelegt; diese Bedingungen sind die, die in der letzten geschlossenen Vereinbarung vorgesehen waren. Dieses Dokument enthält ebenfalls den Betrag des in Artikel 34 *quinquies* erwähnten Vorteils. Die repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft oder der Fachkräfte der Zahnheilkunde und die Versicherungsträger teilen dem für die Sozialfürsorge zuständigen Minister ihre Bemerkungen zu diesem Dokument innerhalb einer Frist von 15 Werktagen mit.

Nach Ablauf dieser Frist erstellt der König durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß ein definitives Dokument, das der für die Sozialfürsorge zuständige Minister den Ärzten oder Fachkräften der Zahnheilkunde zwecks Beitritts vorlegt. Es wird davon ausgegangen, daß Ärzte oder Fachkräfte der Zahnheilkunde, die ihre Weigerung nicht binnen 30 Tagen schriftlich notifiziert haben, beigetreten sind.

Unbeschadet der anderen Bestimmungen, die aus der Feststellung hervorgehen, daß mehr als 40 Prozent der Ärzte oder Fachkräfte der Zahnheilkunde ihre Weigerung notifiziert haben, wird das Sozialstatut den im vorhergehenden Absatz erwähnten Ärzten oder Fachkräften der Zahnheilkunde bewilligt, die dies gemäß dem geltenden Verfahren beantragt haben.

(1) In dieser Anlage sind die Bestimmungen der Gesetze vom 9. August 1963 und 15. Februar 1993 aufgenommen, die weiterhin anwendbar sind, aber nicht in der Koordinierung aufgenommen sind. Betrifft dies Teile eines Artikels, von dem andere Teile in der Koordinierung aufgenommen sind, wird in der Fußnote auf den Artikel der Koordinierung verwiesen.

- (2) Artikel 33 der Koordinierung
- (3) Artikel 34 der Koordinierung
- (4) Artikel 44 § 6 der Koordinierung
- (5) Artikel 47 der Koordinierung
- (6) Artikel 50 der Koordinierung

Art. 34ter - § 3 (7) - Für 1980 kann die Streichung oder Kürzung des Vorteils dieses Statuts in bezug auf Personen, die beigetreten sind oder für die davon ausgegangen wird, daß sie beigetreten sind, und bei denen wiederholt Überschreitungen der Honorare festgestellt worden sind, vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Gesundheitspflege des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung beschlossen werden.

Art. 34undecies - § 7 (8) - Der Minister kann für das Jahr 1991 den in § 4 Absatz 1 erwähnten Vorschlag ab Veröffentlichung des vorliegenden Artikels im Belgischen Staatsblatt den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft und den Versicherungsträgern zwecks Stellungnahme übermitteln.

Art. 54 - § 1 - Absatz 2 (9) - Für das Jahr 1974 wird dieser Koeffizient festgelegt auf:

- 1,10, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor dem 1. Januar 1966 eingesetzt hat,
- 1,085, wenn die Arbeitsunfähigkeit im Laufe des Jahres 1966 oder 1967 eingesetzt hat,
- 1,07, wenn die Arbeitsunfähigkeit im Laufe des Jahres 1968, 1969 oder 1970 eingesetzt hat,
- 1,05, wenn die Arbeitsunfähigkeit im Laufe des Jahres 1971 oder 1972 eingesetzt hat,
- 1,04, wenn die Arbeitsunfähigkeit im Laufe des Jahres 1973 eingesetzt hat.

Art. 71bis - § 1 - Berechtigte, die gemäß den bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Bestimmungen während des vierten Quartals des Jahres 1988 und während des ersten und zweiten Quartals des Jahres 1989 Anrecht auf Gesundheitsleistungen haben, behalten dieses Recht bis zum 30. Juni 1990.

§ 2 - Berechtigte, deren Anrecht auf Gesundheitsleistungen gemäß den bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Bestimmungen im Laufe des in § 1 erwähnten Zeitraums eröffnet worden ist und bis zum 30. Juni 1989 gilt, behalten dieses Recht bis zum 30. Juni 1990.

Was die Absolvierung einer eventuellen Wartezeit betrifft, wird nur der Mindestwert des Beitrags berücksichtigt.

§ 3 - Der König kann bestimmen, unter welchen Bedingungen die Berechtigten, die die Bestimmungen der Paragraphen 1 und 2 nicht einhalten, im Laufe des Zeitraums zwischen dem 1. Juli 1989 und dem 30. Juni 1990 Anspruch auf Gesundheitsleistungen erheben können.

Art. 106 - § 2 (10) - Die abgelaufene Dauer der Verjährungs- oder Ausschlußfristen, die bei Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes anwendbar waren, wird gegebenenfalls auf die Dauer der im vorliegenden Artikel vorgesehenen Verjährungsfristen angerechnet.

Art. 121 (11) - Absatz 1 Nr. 12 - einem vom König festgelegten Betrag, der auf die Einnahmen aus den Akzisensteuern und der Mehrwertsteuer auf verarbeiteten Tabak einbehalten wird. Dieser Betrag wird für die Speisung des Fonds verwendet, der bei der besonderen Abteilung des Haushalts des Ministeriums der Sozialfürsorge eröffnet wird, um unter die verschiedenen Regelungen der Gesundheitspflege verteilt zu werden. Der König bestimmt die Modalitäten für die Verteilung dieses Ertrags. Die Königlichen Erlasse, die aufgrund der beiden vorhergehenden Absätze ergehen, werden im Ministerrat beraten,

Absatz 1 Nr. 14 - dem Ausgleich für Verpflichtungen im Rahmen der Programmverträge, die in Artikel 2bis des Gesetzes vom 9. Juli 1975 zur Aufhebung von Artikel 62 des Gesetzes vom 14. Februar 1961 über den Wirtschaftsaufschwung, den sozialen Fortschritt und die Sanierung der Finanzen und zur Einführung einer Regelung in bezug auf die Preise von Fertigarzneimitteln und anderen Arzneimitteln erwähnt sind.

Absatz 2 - Für 1979 darf der Betrag der in den Nummern 3, 4, 5, 6 und 8 erwähnten staatlichen Beteiligungen den für 1978 vorgesehenen ursprünglichen Betrag zuzüglich des Satzes der Erhöhung des Verbraucherpreisindex nicht übersteigen.

Art. 123 - § 1 - (12) Nr. 2 - einen Teil der in Artikel 122 Absatz 4 Nr. 1 Buchstabe d) erwähnten Beteiligung; diese Beteiligung wird im Verhältnis zur Zahl der Tage kontrollierter Arbeitslosigkeit der in Artikel 21 Nr. 3 erwähnten Berechtigten verteilt.

Art. 133 (13) - § 6 - Die in den Artikeln 8 Nr. 2 und 12 Nr. 1 erwähnten Haushaltspläne sehen einen Voranschlag der staatlichen Beteiligung vor, um fehlenden Beiträgen der Arbeitslosen entgegenzuwirken; diese Beteiligung wird unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 121 Nr. 7 entsprechend den in den Haushaltsvoranschlägen des Staates festgelegten Arbeitslosenzahlen berechnet.

§ 7 - Die Haushaltspläne müssen die Höhe der erwarteten Einnahmen aus den Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber angeben unter Berücksichtigung der in § 6 weiter oben erwähnten Zahl veranschlagter Arbeitslosigkeitstage.

Art. 148 - Für Berechtigte, die bei Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes Anrecht auf Leistungen in Anwendung der Bestimmungen des Königlichen Grundlagenerlasses vom 22. September 1955 über die Kranken- und Invalidenversicherung hatten, wird davon ausgegangen, daß sie die in Artikel 66 § 1 erwähnte Wartezeit absolviert haben. Diese Berechtigten behalten während eines Zeitraums von drei Monaten ab Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes für sich und für Personen zu ihren Lasten ihren Anspruch auf Leistungen.

Art. 149 - Die Höhe der Entschädigung, die Berechtigten bewilligt wird, die sich am Tag des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes in einem in den Artikeln 46 und 50 des vorliegenden Gesetzes vorgesehenen Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit befinden, wird wie folgt festgelegt:

a) Hat die Arbeitsunfähigkeit weniger als zwölf Monate vor Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes eingesetzt, haben die Berechtigten Anrecht auf eine Entschädigung, die dem gemäß den Bestimmungen des Königlichen Grundlagenerlasses vom 22. September 1955 über die Kranken- und Invalidenversicherung berechneten durchschnittlichen Tageslohn entspricht, und zwar höchstens bis zum Ablauf des zwölften Monats ihrer Arbeitsunfähigkeit, zu rechnen ab deren Beginn; dauert die Arbeitsunfähigkeit über diese Frist hinaus an, beziehen sie die in Artikel 50 definierte Invaliditätsentschädigung.

- (7) Artikel 51 der Koordinierung
- (8) Artikel 60 der Koordinierung
- (9) Artikel 98 der Koordinierung
- (10) Artikel 174 der Koordinierung
- (11) Artikel 191 der Koordinierung
- (12) Artikel 193 der Koordinierung
- (13) Artikel 203 der Koordinierung

b) Hat die Arbeitsunfähigkeit mehr als zwölf Monate vor Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes eingesetzt, behalten die Berechtigten die Entschädigung, die ihnen aufgrund der Bestimmungen des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 22. September 1955 bewilligt worden ist. Der Tagessatz dieser Entschädigung darf jedoch den aufgrund der Artikel 50 oder 55 des vorliegenden Gesetzes garantierten Mindestbetrag nicht unterschreiten.

Art. 150 - Berechtigte, die bei Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes als Pensionierte oder Witwen von der Zahlung eines Beitrags befreit waren, haben weiterhin unter denselben Bedingungen Anrecht auf Gesundheitsleistungen.

Art. 151 - § 1 - Abkommen, denen die Hebammen, Krankenpflegerinnen, Heilgymnasten und Lieferer von Prothesen und Apparaten beigetreten sind, werden frühestens mit 1. Januar 1964 wirksam.

§ 2 - [Aufgehoben]

§ 3 - Ab dem 1. Januar 1965 dürfen Personen, die dem geltenden Abkommen nicht beigetreten sind, keine Honorare und Preise, die die im vorerwähnten Abkommen festgelegten Honorare und Preise übersteigen, verlangen.

Unbeschadet der Bestimmungen von Absatz 4 des vorliegenden Paragraphen ist die Bestimmung des vorhergehenden Absatzes nicht mehr länger wirksam, sobald festgestellt wird, daß mindestens 60 Prozent der Gesamtzahl der Fachkräfte des betreffenden Berufs dem Abkommen beigetreten sind.

In diesem Fall beträgt die Erstattung der Versicherung für Leistungen, die von Personen erbracht werden, die keinem Abkommen beigetreten sind, 75 Prozent der Erstattung, die für Leistungen, die von Personen erbracht werden, die einem Abkommen beigetreten sind, bewilligt wird.

Personen, die dem Abkommen nicht beigetreten sind, dürfen auf keinen Fall Honorare oder Preise verlangen, die höher sind als die, die durch das Abkommen bestimmt sind, für Leistungen zugunsten von Pensionierten, Witwen und Waisen und Begünstigten von Invaliditätsentschädigungen, die in Artikel 21 Absatz 1 Nr. 7 bis 9 und 13 beziehungsweise in Artikel 50 erwähnt sind und deren Einkünfte, so wie sie vom König bestimmt sind, einen von Ihm festgelegten jährlichen Betrag nicht übersteigen, und von Personen zu ihren Lasten.

Die Bestimmungen von Artikel 33 § 5 Absatz 5, 6 und 7 sind anwendbar in bezug auf die Bestimmungen des vorliegenden Paragraphen.

§ 4 - Unbeschadet der Bestimmungen von Absatz 2 des vorliegenden Paragraphen sind die Bestimmungen des vorliegenden Artikels für die in § 1 erwähnten Personen nicht mehr länger wirksam, sobald ein nationales oder regionales Abkommen, das sie betrifft und dem 60 Prozent der Gesamtzahl der Fachkräfte des betreffenden Berufs beigetreten sind, geschlossen worden ist.

In diesem Fall bleiben die Bestimmungen von § 3 Absatz 4 bis zu einem vom König bestimmten Datum auf Personen anwendbar, die dem Abkommen nicht beigetreten sind; darüber hinaus kann der König die Erstattungssätze der Versicherung für Leistungen, die von diesen Personen zugunsten der anderen Begünstigten erbracht werden, um höchstens 25 Prozent kürzen.

Die Bestimmungen von Artikel 33 § 5 Absatz 5, 6 und 7 sind anwendbar in bezug auf die Bestimmungen des vorliegenden Paragraphen.

§ 5 - [Aufgehoben]

§ 6 - Das in Artikel 11 des Gesetzes vom 9. August 1963 erwähnte Widerspruchsverfahren, so wie dieser durch Artikel 4 des vorliegenden Gesetzes abgeändert ist, ist nicht anwendbar auf Beschlüsse, die der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Gesundheitspflege vor dem 1. Januar 1964 aufgrund von Artikel 12 Nr. 12 für den in § 2 des vorliegenden Artikels erwähnten Fall gefaßt hat. Diese Beschlüsse werden dem für die Sozialfürsorge zuständigen Minister unmittelbar zur Billigung vorgelegt.

§ 7 - [Aufgehoben]

Art. 152 - § 1 - Der König erstellt die in den Artikeln 12 Nr. 4 und 40 Nr. 11 erwähnten Verordnungen, bis die in den Artikeln 11 und 39 des vorliegenden Gesetzes erwähnten Geschäftsführenden Ausschüsse dies tun.

§ 2 - Der König bestimmt die Sätze und die Höhe der in den Artikeln 46 und 50 erwähnten Entschädigungen, bis der in Artikel 39 des vorliegenden Gesetzes erwähnte Geschäftsführende Ausschuß dies tut.

§ 3 - Bis der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle die in Artikel 79 Nr. 1, 2, 4, 5 und 6 vorgesehenen Aufgaben erfüllt, bleiben die Verordnungen gültig, die vom Institut für medizinische Kontrolle, eingesetzt aufgrund des Gesetzes vom 14. Februar 1961 über den Wirtschaftsaufschwung, den sozialen Fortschritt und die Sanierung der Finanzen, erarbeitet wurden.

Bis der König den Präsidenten und die Mitglieder, die in Artikel 78 Nr. 1 bis 5 erwähnt sind, ernannt hat, werden diese Mandate von dem Präsidenten und den Mitgliedern ausgeübt, die in Anwendung von Artikel 34 des Gesetzes vom 14. Februar 1961 über den Wirtschaftsaufschwung, den sozialen Fortschritt und die Sanierung der Finanzen ernannt sind, um den Rat des Instituts für medizinische Kontrolle zu bilden, und deren Mandat bestätigt wird.

§ 4 - Bis die in Titel III Kapitel 4 Abschnitt 1 erwähnten Abkommen geschlossen werden, bestimmt der für die Sozialfürsorge zuständige Minister die Höhe der Beteiligung der Versicherung an den Kosten der in Artikel 23 erwähnten Gesundheitsleistungen.

Die am 1. Januar 1964 bestehenden Abkommen bleiben in Kraft, solange keine neuen Abkommen gemäß Titel III Kapitel 4 Abschnitt 1 erstellt worden sind.

§ 5 - Die in Anwendung des vorliegenden Artikels festgelegten Verordnungen, Sätze und Beträge bleiben in Kraft, bis sie gemäß den Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes geändert werden.

§ 6 - Die in Artikel 133 erwähnten Haushaltspläne werden zum ersten Mal für die Rechnungsjahre 1964, 1965 und 1966 erstellt.

Während dieses ersten dreijährigen Zeitraums dürfen die Haushaltspläne der noch laufenden Rechnungsjahre in Abweichung von den Bestimmungen von Artikel 133 § 1 auf der Grundlage der Verrichtungen, die während der vorhergehenden Rechnungsjahre gebucht wurden, abgeändert werden.

§ 7 - Für die Festlegung der Höhe der Sozialversicherungsbeiträge, die für die Finanzierung der Versicherung während des in § 6 des vorliegenden Artikels erwähnten ersten dreijährigen Zeitraums bestimmt sind, wird von den Bestimmungen von Artikel 138 § 4 abgewichen; die Höhe dieser Beiträge wird gemäß den in Artikel 138 § 1 vorgesehenen Bedingungen festgelegt, selbst wenn dies eine Erhöhung um 0,25 Prozent oder mehr der Löhne beinhaltet.

§ 8 - Die vom Minister der Volksgesundheit und der Familie aufgrund des Königlichen Erlasses vom 10. Juli 1957 über die Zulassung der Pflegeanstalten bewilligten Zulassungen und die im vorerwähnten Erlaß vorgesehenen Zulassungsmodalitäten werden beibehalten, bis sie durch einschlägige neue Gesetzesbestimmungen geändert werden.

Art. 154 - Die Rechnungen der Landesverbände und der aufgrund von Artikel 6 des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer eingesetzten Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung werden am 31. Dezember 1963 abgeschlossen.

Überschüsse der Landesverbände und der Hilfskasse, die aus der Anwendung des Königlichen Grundlagenerlasses vom 22. September 1955 über die Kranken- und Invalidenversicherung hervorgehen, werden für die Bereinigung des eventuellen Defizits des Nationalfonds für Kranken- und Invalidenversicherung und des Defizits der Landesverbände und der Hilfskasse verwendet, insofern dieses Defizit auf die Anwendung dieses Erlasses zurückzuführen ist.

Die rückforderbaren Vorschüsse, die der Staat dem Nationalfonds für Kranken- und Invalidenversicherung bewilligt hat, werden in den am 31. Dezember 1963 abgeschlossenen Rechnungen als staatliche Subvention gebucht.

Das Darlehen in Höhe von 600 Millionen Franken, das die Nationale Ruhestands- und Hinterbliebenenpensionskasse dem Nationalfonds für Kranken- und Invalidenversicherung bewilligt hat, und der Betrag des Defizits des Rechnungsjahres 1963 gehen zu Lasten der durch vorliegendes Gesetz eingesetzten Kranken- und Invalidenversicherungsregelung und werden von letzterer über einen Zeitraum von zehn Jahren unter den vom König zu bestimmenden Bedingungen getilgt.

Zur Gewährleistung der Barmittel der durch vorliegendes Gesetz eingesetzten Kranken- und Invalidenversicherungsregelung stellt der Staat ihr einen Betrag von einer Milliarde Franken als Vorschuß zur Verfügung, der im Haushaltsplan der außerordentlichen Ausgaben verbucht wird.

Art. 154bis - § 1 (14) - Das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung ist ermächtigt, Anleihen bis zu einer Höhe von 5,6 Milliarden Franken aufzunehmen, um über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren die buchhalterische Situation der Regelungen für Arbeitnehmer und für Selbständige im Zweig Gesundheitspflege, so wie sie am 31. Dezember 1974 abgeschlossen worden ist, zu bereinigen.

Die jährlichen Zins- und Abschreibungslasten für diese Anleihen werden von diesen Regelungen getragen.

§ 3 - Das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung ist ermächtigt, Anleihen aufzunehmen, um über einen Zeitraum von zwölf Jahren die buchhalterische Situation der Regelungen für Arbeitnehmer und für Selbständige im Zweig Gesundheitspflege und im Zweig Entschädigungen, so wie sie am 31. Dezember 1979 abgeschlossen worden ist, zu bereinigen. Diese Anleihen sind mit der Staatsgarantie verbunden.

Die jährlichen Zins- und Abschreibungslasten für diese Anleihen werden von diesen Regelungen getragen.

Art. 155 - Bis zur Ernennung der Ärzte-Hauptinspektoren und Ärzte-Inspektoren gemäß den Bestimmungen der Artikel 117 § 4 und 156 wird die Aufgabe dieser Ärzte von den Ärzte-Inspektoren und Ärzte-Kontrollleuren, die am Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes im Dienst des Instituts für medizinische Kontrolle sind, ausgeführt.

Bis zur Ernennung und Zulassung der Vertrauensärzte gemäß den Bestimmungen von Artikel 88 wird die Aufgabe dieser Ärzte von den Vertrauensärzten, die am Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes im Dienst der Versicherungsträger sind, ausgeführt.

Art. 156 - § 1 - Der König ernennt die leitenden Beamten, beigeordneten leitenden Beamten, Ärzte-Hauptinspektoren, Ärzte-Inspektoren, Inspektoren, Sekretäre-Berichterstatter und die anderen Bediensteten des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung unter den Beamten, die am Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes im Dienst des Nationalfonds für Kranken- und Invalidenversicherung und des Instituts für medizinische Kontrolle sind, wenn der in Artikel 7 erwähnte Allgemeine Rat und die in den Artikeln 11, 38, 78 und 92 erwähnten Ausschüsse nicht rechtzeitig zusammengestellt sind und insofern die normale Arbeit der Einrichtungen dies erfordert.

Der König kann definitiv ernannte Bedienstete, die bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung im Dienst sind, für Stellen ernennen, die beim Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung offen bleiben sollten, nachdem die in Absatz 1 vorgesehenen Ernennungen erfolgt sind.

Die in den Absätzen 1 und 2 erwähnten Bediensteten behalten beim Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung das Dienstalter und das Dienstgradalter, das sie in den Einrichtungen, die in diesen Absätzen erwähnt sind, hatten.

Die in Absatz 1 erwähnten Bediensteten, die in Ermangelung einer ihrem Dienstgrad entsprechenden Stelle beim Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung nur in eine niedrigere Stelle ernannt werden können als diejenige, die dem Dienstgrad entspricht, den sie bei einer der aufgelösten Einrichtungen innehatten, behalten ihren früheren Dienstgrad und ihre frühere Gehaltstabelle.

Erfolgreiche Teilnehmer an den beim Nationalfonds für Kranken- und Invalidenversicherung, beim Institut für medizinische Kontrolle und bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung organisierten Prüfungen und Prüfungen im Wettbewerbsverfahren, die keine Anwerbungsprüfungen im Wettbewerbsverfahren sind, behalten diese Eigenschaft im Hinblick auf ein Aufsteigen im Grad beziehungsweise im Gehalt oder eine Beförderung in einer der im vorliegenden Gesetz erwähnten Einrichtungen.

§ 2 - Erlasse und Verordnungen, die am Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes auf das Personal des Nationalfonds für Kranken- und Invalidenversicherung anwendbar sind, bleiben auf das Personal des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung anwendbar, bis der Königliche Erlaß vom 14. Februar 1961 zur Festlegung des Statuts des Personals bestimmter Einrichtungen öffentlichen Interesses in Kraft tritt oder bis eine andere vom König festgelegte Vorschrift für diese Einrichtung in Kraft tritt.

Bedienstete des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung, die am Tag des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes im Dienst des Instituts für medizinische Kontrolle waren, dürfen sich jedoch für die Bestimmung ihrer persönlichen administrativen Lage, des ihnen zukommenden Gehalts und der ihnen zukommenden Entschädigungen auf die Regeln berufen, die auf das Institut für medizinische Kontrolle anwendbar waren.

§ 3 - Die in § 2 erwähnten Erlasse und Verordnungen sind nicht anwendbar auf die in § 1 erwähnten Ersternennungen von Beamten. Ernennungen, die ein Aufsteigen im Grad beinhalten, dürfen jedoch nicht die Zuweisung eines Dienstgrades zur Folge haben, der aufgrund der vorerwähnten Erlasse und Verordnungen einer höheren Kategorie zugeordnet ist als der Grad, den der Bedienstete innehatte, außer wenn dieser die Bedingungen für den Übergang in die höhere Kategorie erfüllt.

Der Minister ist verpflichtet, den Bediensteten, die für eine Beförderung in Betracht kommen, jede offene Stelle, deren Zuerkennung ein Aufsteigen im Grad beinhalten muß, mitzuteilen.

Nur Bedienstete, die ihre Bewerbung eingereicht haben, können befördert werden. Die Bewerbungen werden von einem Kollegium untersucht, das sich aus Beamten, die die besonderen Dienste des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung leiten, zusammensetzt. Dieses Kollegium gibt eine mit Gründen versehene Stellungnahme ab und legt die Rangfolge der Kandidaten fest.

Art. 157 - Absatz 2 (15) - Er ist nicht verpflichtet, das im vorhergehenden Absatz erwähnte Verfahren einzuhalten, insofern der Erlaß zur Festlegung dieses Stellenplans binnen drei Monaten nach dem Datum der Veröffentlichung des vorliegenden Gesetzes im *Belgischen Staatsblatt* veröffentlicht wird.

Art. 159 - Das vorliegende Gesetz tritt am 1. Januar 1964 in Kraft.

Der König kann jedoch beschließen, daß an Daten, die dem Datum vorangehen, das für das vollständige Inkrafttreten des Gesetzes festgelegt ist, Bestimmungen im Hinblick auf die Schaffung und Arbeit der im Gesetz vorgesehenen Einrichtungen, Dienste, Ausschüsse, Räte, Kommissionen und Kollegien und Bestimmungen, aufgrund deren die Haushaltspläne und Verordnungen ausgearbeitet und Abkommen verhandelt werden, in Kraft treten.

Gesetz vom 15. Februar 1993

Art. 85 - Die Begünstigten im Sinne des vorerwähnten Gesetzes vom 9. August 1963 und seiner Ausführungserlasse behalten zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes dieselben Rechte und Verpflichtungen wie diejenigen, die sie aufgrund des vorerwähnten Gesetzes vom 9. August 1963 und seiner Ausführungsmaßnahmen hatten.

Art. 86 - Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes geltenden Abkommen und Vereinbarungen sind weiterhin anwendbar, bis sie durch Abkommen und Vereinbarungen ersetzt werden, die aufgrund des vorliegenden Gesetzes geschlossen werden.

Art. 87 - Der durch das vorerwähnte Gesetz vom 9. August 1963 eingesetzte Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Gesundheitspflege übt vorübergehend die Befugnisse des Allgemeinen Rates und des Versicherungsausschusses aus, bis die Mitglieder dieser Organe vom König ernannt sind.

Art. 88 - Der aufgrund des vorerwähnten Gesetzes vom 9. August 1963 eingesetzte Allgemeine Rat übt vorübergehend die Befugnisse des Allgemeinen Ausschusses aus, bis die Mitglieder dieses Ausschusses vom König ernannt sind.

Art. 89 - Die im Hinblick auf die Ausführung des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung ergangenen Erlasse und Verordnungen bleiben anwendbar am Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes.

Art. 90 - Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes und die Bestimmungen des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung koordinieren.

Zu diesem Zweck kann Er:

1. die Reihenfolge, Numerierung und im allgemeinen die Form der zu koordinierenden Bestimmungen ändern,
2. die Verweise, die in den zu koordinierenden Bestimmungen vorkommen, mit der neuen Numerierung in Übereinstimmung bringen,
3. den Wortlaut der zu koordinierenden Bestimmungen ändern, um die Übereinstimmung zu gewährleisten und die Terminologie zu vereinheitlichen, ohne die Grundsätze dieser Bestimmungen zu beeinträchtigen.

Art. 91 - Das vorliegende Gesetz tritt am 1. Januar 1993 in Kraft außer Artikel 51, der am 1. November 1992 in Kraft tritt.

ANLAGE II — *Inhaltsverzeichnis*

TITEL I — Allgemeine Bestimmungen

TITEL II — Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung

TITEL III — Gesundheitspflegeversicherung

KAPITEL I — Organe

Abschnitt I — Dienst für Gesundheitspflege

Abschnitt II — Allgemeiner Rat der Gesundheitspflegeversicherung

Abschnitt III — Haushaltskontrollkommission

Abschnitt IV — Wissenschaftlicher Rat

Abschnitt V — Gesundheitspflegeversicherungsausschuß

Abschnitt VI — Kollegium der Ärzte-Direktoren und Beirat für Rehabilitation

Abschnitt VII — Besonderer Solidaritätsfonds

Abschnitt VIII — Abkommens- und Vereinbarungskommissionen

Abschnitt IX — Fachräte

Abschnitt X — Profilkommissionen

Abschnitt XI — Arzneimittelkommission

KAPITEL II — *Anwendungsbereich*
 KAPITEL III — *Gesundheitsleistungen*
 KAPITEL IV — *Erstellung des Haushaltsplans der Gesundheitspflege*
 KAPITEL V — *Beziehungen mit den Pflegebringern, Diensten und Anstalten*

Abschnitt I — Abkommen

A. Allgemeine Bestimmungen
 B. Abkommen mit den Hebammen, Fachkräften für Krankenpflege, Heilgymnasten und Lieferern von Prothesen, Apparaten und Implantaten
 C. Abkommen mit den Pflegeanstalten
 D. Abkommen mit den in Artikel 34 Nr. 11 und 12 erwähnten Diensten und Einrichtungen
 E. Abkommen mit den Apothekern
 F. Gemeinsame Bestimmungen

Abschnitt II — Beziehungen mit den Ärzten und Fachkräften der Zahnheilkunde

Abschnitt III — Gemeinsame Bestimmungen für die Abschnitte I und II in bezug auf andere Gesundheitsleistungen

Abschnitt IV — Sozialstatut der Ärzte, Fachkräfte der Zahnheilkunde und Apotheker und andere Vorteile, die bestimmten Ärzten bewilligt werden können

Abschnitt V — Entschädigung der Praktikumsleiter in der Allgemeinmedizin

Abschnitt VI — Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung für besondere Modelle der Erbringung oder Bezahlung von Gesundheitspflege

Abschnitt VII — Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten

Abschnitt VIII — Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten und der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten

Abschnitt IX — Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten

Abschnitt X — Bedingungen für die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung für bestimmte Leistungen

Abschnitt XI — Besondere Bestimmungen in bezug auf Änderungen des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen und die Senkung bestimmter Honorare

Abschnitt XII — Leistungen des bildgebenden Diagnoseverfahrens und andere in Artikel 34 erwähnte Leistungen

Abschnitt XIII — Von einem Subunternehmer erbrachte Gesundheitsleistungen

Abschnitt XIV — Rehabilitationsleistungen

Abschnitt XV — Verträge in bezug auf Neufertigarzneimittel

Abschnitt XVI — Pflichten der Pflegebringer

Abschnitt XVII — Pflichten der heilhilfsberuflichen Mitarbeiter

Abschnitt XVIII — Finanzielle Verantwortung der verschreibenden Ärzte

TITEL IV — *Entschädigungsversicherung*

KAPITEL I — *Organe*

Abschnitt I — Dienst für Entschädigungen

Abschnitt II — Geschäftsführender Ausschuß

Abschnitt III — Medizinischer Invaliditätsrat

Abschnitt IV — Krankenkassenfachrat

Abschnitt V — Evaluationskommission

KAPITEL II — *Anwendungsbereich*

KAPITEL III — *Leistungen*

Abschnitt I — Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit

Abschnitt II — Invaliditätsentschädigung

Abschnitt III — Lehre in Berufen, die von Lohnempfängern ausgeübt werden

Abschnitt IV — Möglichkeit der Aufwertung bestimmter Entschädigungen

Abschnitt V — Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Entschädigungen

Abschnitt VI — Bestattungsgeld

TITEL V — *Mutterschaftsversicherung*

KAPITEL I — *Einrichtungen*

KAPITEL II — *Anwendungsbereich*

KAPITEL III — *Mutterschaftsgeld*

KAPITEL IV — *Zeiträume der Mutterschaftsruhe*

KAPITEL V — *Bewilligungsbedingungen*

Besondere Bestimmung in bezug auf die Mutterschaftsversicherung

KAPITEL VI — *Allgemeine Bestimmung*

TITEL VI — *Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen*

KAPITEL I — *Allgemeine Bestimmungen*

KAPITEL II — *Besondere Bestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung*

KAPITEL III — *Besondere Bestimmungen in bezug auf die Entschädigungsversicherung*

KAPITEL IV — *Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung und die Entschädigungsversicherung*

TITEL VII — Kontrolle und Streitsachen

KAPITEL I — *Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf den Dienst für medizinische Kontrolle und den Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle*

KAPITEL II — *Medizinische Kontrolle*

Abschnitt I — Dienst für medizinische Kontrolle

Abschnitt II — Ärzte-Inspektoren, Apotheker-Inspektoren, Krankenpfleger-Kontrolleure, Kontrolleure und beigeordnete Kontrolleure

Abschnitt III — Vertrauensärzte

Abschnitt IV — Disziplinarmaßnahmen

Abschnitt V — Verbot der Beteiligung an den Kosten der Gesundheitsleistungen

Abschnitt VI — Bestimmungen in bezug auf die Vertrauensärzte der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen

KAPITEL III — *Verwaltungstechnische Kontrolle*

Abschnitt I — Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle

Abschnitt II — Rückforderung unrechtmäßig gezahlter Leistungen

Abschnitt III — Tariffestsetzungsämter

Abschnitt IV — Auf Versicherungsträger und Tariffestsetzungsämter anwendbare Sanktionen

KAPITEL IV — *Rechtsprechungsorgane und Sanktionen*

Abschnitt I — Rechtsprechungsorgane

Abschnitt II — Verwaltungssanktionen und strafrechtliche Sanktionen

KAPITEL V — *Verjährung*

KAPITEL VI — *Vereidigung*

TITEL VIII — Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf das Institut, die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung und die Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen

KAPITEL I — *Personal*

KAPITEL II — *Kontrollorgane*

TITEL IX — Finanzierung

KAPITEL I — *Einkünfte der Versicherung und ihre Verteilung*

Abschnitt I — Einkünfte der Versicherung

Abschnitt II — Verteilung der Einkünfte der Versicherung

Abschnitt III — Verwaltungskosten der Versicherungsträger

Abschnitt IV — Finanzielle Bestimmungen

Abschnitt V — Besondere Bestimmungen

KAPITEL II — *Verwaltungstechnische Bestimmungen*

TITEL X — Schlußbestimmungen**TITEL XI — Übergangsbestimmungen****TITEL XII — Bekanntmachung**

ANLAGE III — Konkordanztabelle Koordinierung und ursprüngliches Gesetz

TITEL I — Allgemeine Bestimmungen

Art. 1: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 1, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 2

Art. 2: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 2, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 3

Art. 3: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 3

Art. 4: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 4

Art. 5: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 5

Art. 6: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 5bis, eingefügt durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 42

Art. 7: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 5ter, eingefügt durch das Gesetz vom 4. April 1991, Art. 12, abgeändert durch das Gesetz vom 20. Juli 1991, Art. 39.

Art. 8: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 5quater, eingefügt durch das Gesetz vom 4. April 1991, Art. 13, und abgeändert durch die Gesetze vom 20. Juli 1991, Art. 40, und 15. Februar 1993, Art. 4

Art. 9: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 5quinquies, eingefügt durch das Gesetz vom 4. April 1991, Art. 14, abgeändert durch das Gesetz vom 20. Juli 1991, Art. 41

TITEL II — Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung

Art. 10: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 6, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 5

Art. 11: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 7, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 6

Art. 12: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 8, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 7

Art. 13: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 9, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 8

TITEL III — Gesundheitspflegeversicherung**KAPITEL I — Organe***Abschnitt I — Dienst für Gesundheitspflege*

Art. 14: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 10, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 9

Abschnitt II — Allgemeiner Rat der Gesundheitspflegeversicherung

Art. 15: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 11, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 11

Art. 16: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 12, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 12

Abschnitt III — Haushaltskontrollkommission

Art. 17: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 12*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 14

Art. 18: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 12*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 15, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 25

Abschnitt IV — Wissenschaftlicher Rat

Art. 19: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 13, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 17

Art. 20: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 14, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 18

Abschnitt V — Gesundheitspflegeversicherungsausschuß

Art. 21: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 15, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 21

Art. 22: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 15*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 22, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 18

Abschnitt VI — Kollegium der Ärzte-Direktoren und Beirat für Rehabilitation

Art. 23: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 16, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 24

Art. 24: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 17, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 25

Abschnitt VII — Besonderer Solidaritätsfonds

Art. 25: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 18, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 29

Abschnitt VIII — Abkommens- und Vereinbarungskommissionen

Art. 26: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 19, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 32, und Gesetz vom 9. August 1963, Art. 27, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 14, und 29. Dezember 1990, Art. 16

Abschnitt IX — Fachräte

Art. 27: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 20, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 34, und abgeändert durch die Gesetze vom 6. August 1993, Art. 18, und 30. März 1994, Art. 19

Art. 28: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 20*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 35, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 20

Art. 29: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 20*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 35

Abschnitt X — Profilkommissionen

Art. 30: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 20*quater*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 36

Abschnitt XI — Arzneimittelkommission

Art. 31: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 20*quinquies*, eingefügt durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 24

KAPITEL II — Anwendungsbereich

Art. 32: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 21, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 8, 27. Juni 1969, Art. 2, 1. August 1985, Art. 54, 29. Dezember 1990, Art. 43, 15. Februar 1993, Art. 37, und 6. August 1993, Art. 10, und den Königlichen Erlaß vom 20. Juli 1971, Art. 4

Art. 33: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 22, abgeändert durch die Gesetze vom 8. April 1965, Art. 13, 27. Juni 1969, Art. 3, 9. Juni 1970, Art. 35, 4. April 1991, Art. 15, und 6. August 1993, Art. 4, den Königlichen Erlaß Nr. 74 vom 10. November 1967, Art. 7, und den Königlichen Erlaß vom 20. Juli 1971, Art. 5

KAPITEL III — Gesundheitsleistungen

Art. 34: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 23, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 10, 8. April 1965, Art. 14, 22. Januar 1985, Art. 19, 1. August 1985, Art. 55, 6. Juli 1989, Art. 14, 22. Dezember 1989, Art. 114, und 29. Dezember 1990, Art. 36, und durch die Königlichen Erlasse Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 1, Nr. 58 vom 22. Juli 1982, Art. 1, Nr. 132 vom 30. Dezember 1982, Art. 1, Nr. 283 vom 31. März 1984, Art. 1, Nr. 500 vom 31. Dezember 1986, Art. 1, und Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 2

Art. 35: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 24, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 38, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 21

Art. 36: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 24*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 20. Juli 1971, Art. 1, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 22

Art. 37: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 25, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 40, und abgeändert durch die Gesetze vom 6. August 1993, Art. 5, und 30. März 1994, Art. 23 und 41

KAPITEL IV — *Erstellung des Haushaltsplans der Gesundheitspflege*

- Art. 38: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 25*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 42
 Art. 39: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 25*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 43
 Art. 40: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 25*quater*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 44, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 12
 Art. 41: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 25*quinquies*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 45

KAPITEL V — *Beziehungen mit den Pflegebringern, Diensten und Anstalten**Abschnitt I* — Abkommen

A. Allgemeine Bestimmungen

- Art. 42: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 26, abgeändert durch die Gesetze vom 6. Juli 1989, Art. 16, und 22. Dezember 1989, Art. 117, und durch die Königlichen Erlasse Nr. 58 vom 22. Juli 1982, Art. 4, Nr. 132 vom 30. Dezember 1982, Art. 4, und Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 5

B. Abkommen mit den Hebammen, Fachkräften für Krankenpflege, Heilgymnasten und Lieferern von Prothesen, Apparaten und Implantaten

- Art. 43: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 28, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 15, 8. April 1965, Art. 19, und 6. Juli 1989, Art. 16
 Art. 44: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 29, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 16, 8. April 1965, Art. 20, 1. August 1985, Art. 59, und 6. Juli 1989, Art. 16, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 408 vom 18. April 1986, Art. 3
 Art. 45: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 30, abgeändert durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 17

C. Abkommen mit den Pflegeanstalten

- Art. 46: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 31, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 18, und 29. Dezember 1990, Art. 18

D. Abkommen mit den in Artikel 34 Nr. 11 und 12 erwähnten Diensten und Einrichtungen

- Art. 47: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 31*bis* §§ 1 und 2, eingefügt durch den Königlichen Erlaß Nr. 58 vom 22. Juli 1987, Art. 5, und abgeändert durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 19, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 132 vom 30. Dezember 1982, Art. 5

E. Abkommen mit den Apothekern

- Art. 48: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 32, abgeändert durch die Gesetze vom 1. August 1985, Art. 60, 29. Dezember 1990, Art. 20, und 30. März 1994, Art. 26

F. Gemeinsame Bestimmungen

- Art. 49: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 33, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 20, 8. April 1965, Art. 21, 5. Juli 1971, Art. 9, 1. August 1985, Art. 61, 29. Dezember 1990, Art. 21, und 30. März 1994, Art. 40

Abschnitt II — Beziehungen mit den Ärzten und Fachkräften der Zahnheilkunde

- Art. 50: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34 §§ 1 bis 13 und 15, ersetzt durch das Gesetz vom 8. April 1965, Art. 22, und abgeändert durch die Gesetze vom 7. Juli 1966, Art. 5, 26. März 1970, Art. 3, 22. Dezember 1977, Art. 153, 29. Dezember 1990, Art. 22, 15. Februar 1993, Art. 46, 6. August 1993, Art. 14, und 30. März 1994, Art. 27

Abschnitt III — Gemeinsame Bestimmungen für die Abschnitte I und II in bezug auf andere Gesundheitsleistungen

- Art. 51: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*bis*, ersetzt durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 17.
 Art. 52: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*ter* §§ 1, 2 und 4, eingefügt durch das Gesetz vom 8. April 1965, Art. 22, und abgeändert durch die Gesetze vom 26. März 1970, Art. 4, 8. August 1980, Art. 130, und 15. Februar 1993, Art. 47
 Art. 53: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*quater*, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 48

Abschnitt IV — Sozialstatut der Ärzte, Fachkräfte der Zahnheilkunde und Apotheker und andere Vorteile, die bestimmten Ärzten bewilligt werden können

- Art. 54: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*quinquies*, eingefügt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 8, abgeändert durch die Gesetze vom 26. März 1970, Art. 5, 8. August 1980, Art. 131, 1. August 1985, Art. 62, und 29. Dezember 1990, Art. 25, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 7

Abschnitt V — Entschädigung der Praktikumsleiter in der Allgemeinmedizin

- Art. 55: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*sexies*, eingefügt durch das Gesetz vom 1. August 1985, Art. 63

Abschnitt VI — Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung für besondere Modelle der Erbringung oder Bezahlung von Gesundheitspflege

- Art. 56: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*septies*, eingefügt durch das Gesetz vom 1. August 1985, Art. 84

Abschnitt VII — Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten

- Art. 57: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*octies*, eingefügt durch das Gesetz vom 7. November 1987, Art. 68, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 26
 Art. 58: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*nonies*, eingefügt durch das Gesetz vom 7. November 1987, Art. 68

Abschnitt VIII — Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten und der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten
Art. 59: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*decies*, eingefügt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 27

Abschnitt IX — Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten

Art. 60: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*undecies* §§ 1 bis 6 und 8, eingefügt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 28, und abgeändert durch die Gesetze vom 29. Dezember 1990, Art. 26, und 26. Juni 1992, Art. 20

Art. 61: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*undecies-bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 26. Juni 1992, Art. 21, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 28

Art. 62: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*undecies-ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 49

Abschnitt X — Bedingungen für die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung für bestimmte Leistungen

Art. 63: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 153 § 6, abgeändert durch das Gesetz vom 7. November 1987, Art. 69, und den Königlichen Erlaß Nr. 283 vom 31. März 1984, Art. 9

Art. 64: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 153 § 7, ersetzt durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 39

Art. 65: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 153 § 8, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 120

Art. 66: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 153 § 8*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 39

Art. 67: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 153 § 9, eingefügt durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 32, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 39

Abschnitt XI — Besondere Bestimmungen in bezug auf Änderungen des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen und die Senkung bestimmter Honorare

Art. 68: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*duodecies*, eingefügt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 51, ersetzt durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 27, und abgeändert durch das Gesetz vom 26. Juni 1992, Art. 23

Abschnitt XII — Leistungen des bildgebenden Diagnoseverfahrens und andere in Artikel 34 erwähnte Leistungen

Art. 69: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*terdecies*, eingefügt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 52, und abgeändert durch die Gesetze vom 26. Juni 1992, Art. 24, und 30. März 1994, Art. 29

Abschnitt XIII — Von einem Subunternehmer erbrachte Gesundheitsleistungen

Art. 70: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*quaterdecies*, eingefügt durch das Gesetz vom 6. Juli 1989, Art. 18, und abgeändert durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 28

Abschnitt XIV — Rehabilitationsleistungen

Art. 71: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*quindecies*, eingefügt durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 38

Abschnitt XV — Verträge in bezug auf Neufertigarzneimittel

Art. 72: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 34*sedecies*, eingefügt durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 30

Abschnitt XVI — Pflichten der Pflegeerbringer

Art. 73: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 35, ersetzt durch das Gesetz vom 20. Juli 1991, Art. 33, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 31

Art. 74: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 36, ersetzt durch das Gesetz vom 8. April 1965, Art. 25

Art. 75: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 37, ersetzt durch das Gesetz vom 8. April 1965, Art. 26, und abgeändert durch die Gesetze vom 20. Juli 1971, Art. 2, 8. August 1980, Art. 132, und 30. März 1994, Art. 32, und Gesetz vom 9. August 1963, Art. 37*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 8. August 1980, Art. 133

Abschnitt XVII — Pflichten der heilhilfsberuflichen Mitarbeiter

Art. 76: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 37*ter*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß Nr. 408 vom 18. April 1986, Art. 7

Abschnitt XVIII — Finanzielle Verantwortung der verschreibenden Ärzte

Art. 77: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 37*quater*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 51, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 33

TITEL IV — Entschädigungsversicherung

KAPITEL I — Organe

Abschnitt I — Dienst für Entschädigungen

Art. 78: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 38

Abschnitt II — Geschäftsführender Ausschuß

Art. 79: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 39, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 25, und 15. Februar 1993, Art. 52.

Art. 80: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 40, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 53

Abschnitt III — Medizinischer Invaliditätsrat

Art. 81: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 41

Art. 82: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 42, abgeändert durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 10

Abschnitt IV — Krankenkassenfachrat

Art. 83: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 43

Art. 84: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 44

Abschnitt V — Evaluationskommission

Art. 85: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 44*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 5

KAPITEL II — *Anwendungsbereich*

Art. 86: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 45, abgeändert durch die Gesetze vom 20. Juli 1971, Art. 1, 16. Juli 1974 Art. 6, und 15. Februar 1993, Art. 54, durch den Königlichen Erlaß Nr. 38 vom 27. Juli 1967, Art. 27, und durch den Königlichen Erlaß vom 20. Juli 1971, Art. 11

KAPITEL III — *Leistungen**Abschnitt I — Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit*

Art. 87: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 46, abgeändert durch die Gesetze vom 27. Juni 1969, Art. 11, 5. Juli 1971 Art. 12, 5. Januar 1976, Art. 122, 22. Dezember 1989, Art. 18, und 15. Januar 1993, Art. 55, durch die Königlichen Erlasse Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 6, Nr. 176 vom 30. Dezember 1982, Art. 1, und Nr. 422 vom 23. Juli 1986, Art. 2

Art. 88: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 47, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 12

Art. 89: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 47*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 8. April 1965, Art. 29, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 13

Art. 90: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 48, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 14, und abgeändert durch den Königlichen Erlaß Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 7

Art. 91: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 48*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 15

Art. 92: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 49

Abschnitt II — Invaliditätsentschädigung

Art. 93: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 50, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 26, 27. Juni 1969, Art. 17, 5. Juli 1971, Art. 13, 1. August 1985, Art. 64, 22. Dezember 1989, Art. 19, die Königlichen Erlasse Nr. 283 vom 31. März 1984, Art. 3, und Nr. 422 vom 23. Juli 1986, Art. 3

Art. 94: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 51, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 18

Art. 95: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 52, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 19

Abschnitt III — Lehre in Berufen, die von Lohnempfängern ausgeübt werden

Art. 96: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 52*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 13. August 1984, Art. 4

Abschnitt IV — Möglichkeit der Aufwertung bestimmter Entschädigungen

Art. 97: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 53, abgeändert durch das Gesetz vom 5. Juli 1971, Art. 15

Art. 98: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 54, wiedereingefügt durch das Gesetz vom 16. Juli 1974, Art. 7

Art. 99: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 55, wiedereingefügt durch das Gesetz vom 16. Juli 1974, Art. 8

Abschnitt V — Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Entschädigungen

Art. 100: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 56, abgeändert durch die Gesetze vom 27. Juni 1969, Art. 20, und 22. Dezember 1989, Art. 20, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 8

Art. 101: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 56*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 18. Oktober 1991, Art. 2

Art. 102: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 56*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 18. Oktober 1991, Art. 3

Art. 103: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 57, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 21, und abgeändert durch die Gesetze vom 5. Juli 1971, Art. 16, und 22. Dezember 1989, Art. 21, durch die Königlichen Erlasse Nr. 176 vom 30. Dezember 1982, Art. 2, und Nr. 283 vom 31. März 1984, Art. 4, und durch den Königlichen Erlaß vom 21. März 1985, Art. 1

Art. 104: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 58, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 22, und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 20. Juli 1971, Art. 12

Art. 105: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 58*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 23, und abgeändert durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 56

Art. 106: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 58*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 24

Art. 107: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 59, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. Dezember 1971, Art. 1

Art. 108: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 60, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 25

Art. 109: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 60*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 58

Abschnitt VI — Bestattungsgeld

Art. 110: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 61, ersetzt durch das Gesetz vom 16. Juli 1974, Art. 9

TITEL V — Mutterschaftsversicherung**KAPITEL I — Einrichtungen**

Art. 111: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 61*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 22. Dezember 1989, Art. 22

KAPITEL II — Anwendungsbereich

Art. 112: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 61*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 22

KAPITEL III — Mutterschaftsgeld

Art. 113: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 61*quater*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 22

KAPITEL IV — Zeiträume der Mutterschaftsruhe

Art. 114: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 61*quinquies*, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 59

Art. 115: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 61*sexies*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 22, und abgeändert durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 60

KAPITEL V — Bewilligungsbedingungen**Besondere Bestimmung in bezug auf die Mutterschaftsversicherung**

Art. 116: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 61*septies*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 22

KAPITEL VI — Allgemeine Bestimmung

Art. 117: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 61*octies*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 22

TITEL VI — Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen**KAPITEL I — Allgemeine Bestimmungen**

Art. 118: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 62, ersetzt durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 44

Art. 119: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 64

Art. 120: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 65

KAPITEL II — Besondere Bestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung

Art. 121: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 66, ersetzt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 32

Art. 122: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 67, ersetzt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 33

Art. 123: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 68, ersetzt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 34

Art. 124: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 69, ersetzt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 118, und abgeändert durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 61

Art. 125: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 70, ersetzt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 36

Art. 126: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 70*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 6. Juli 1989, Art. 17, und ersetzt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 119

Art. 127: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 71, neu numeriert durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 37, und abgeändert durch die Gesetze vom 1. August 1985, Art. 67, und 29. Dezember 1990, Art. 63

KAPITEL III — Besondere Bestimmungen in bezug auf die Entschädigungsversicherung

Art. 128: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 72, wiederaufgenommen durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 38

Art. 129: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 73, ersetzt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 39

Art. 130: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 74, ersetzt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 40

Art. 131: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 75, abgeändert durch das Gesetz vom 5. Juli 1971, Art. 18

Art. 132: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 75*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 41

Art. 133: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 76, ersetzt durch das Gesetz vom 24. Dezember 1963, Art. 31, und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 20. Juli 1971, Art. 17

Art. 134: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 76*bis*, neu numeriert durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 42, und abgeändert durch das Gesetz vom 8. Juli 1987, Art. 1

KAPITEL IV — Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflegeversicherung und die Entschädigungsversicherung

Art. 135: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 76*ter*, neu numeriert durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 43

Art. 136: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 76*quater*, neu numeriert durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 44, und abgeändert durch die Gesetze vom 27. Juni 1969, Art. 28, 1. August 1985, Art. 66, 6. August 1993, Art. 11, und 30. März 1994, Art. 34, und den Königlichen Erlaß Nr. 19 vom 4. Dezember 1978, Art. 1

Art. 137: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 76*quinquies*, eingefügt durch das Gesetz vom 30. Dezember 1988, Art. 44

TITEL VII — Kontrolle und Streitsachen**KAPITEL I — Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf den Dienst für medizinische Kontrolle und den Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle**

Art. 138: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 76*sexies*, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 62

KAPITEL II — *Medizinische Kontrolle**Abschnitt I* — Dienst für medizinische Kontrolle

- Art. 139: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 77, ersetzt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 24
Art. 140: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 78, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 63
Art. 141: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 79, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 64
Art. 142: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 79*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 26, und abgeändert durch die Gesetze vom 20. Juli 1991, Art. 34, und 26. Juni 1992, Art. 45
Art. 143: Gesetz vom 9. August 1963, 79*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 27, und abgeändert durch die Gesetze vom 20. Juli 1991, Art. 35, und 26. Juni 1992, Art. 46
Art. 144: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 79*quater*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 28, und abgeändert durch die Gesetze vom 29. Dezember 1990, Art. 30, und 26. Juni 1992, Art. 47
Art. 145: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 79*quinquies*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 29, und abgeändert durch die Gesetze vom 29. Dezember 1990, Art. 31, 20. Juli 1991, Art. 36, und 26. Juni 1992, Art. 48
Art. 146: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 80, abgeändert durch die Gesetze vom 7. Juli 1976, Art. 4, und 1. August 1985, Art. 69, und durch die Königlichen Erlasse Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 9, und Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 8

Abschnitt II — Ärzte-Inspektoren, Apotheker-Inspektoren, Krankenpfleger-Kontrollleure, Kontrollleure und beigeordnete Kontrollleure

- Art. 147: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 81, abgeändert durch den Königlichen Erlaß Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 11
Art. 148: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 82, ersetzt durch den Königlichen Erlaß Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 12
Art. 149: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 83, abgeändert durch das Gesetz vom 8. April 1965, Art. 37, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 10
Art. 150: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 84, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 34, und 8. April 1965, Art. 38, und durch die Königlichen Erlasse Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 13, und den Königlichen Erlaß Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 11
Art. 151: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 85, ersetzt durch das Gesetz vom 1. August 1985, Art. 70
Art. 152: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 86, abgeändert durch das Gesetz vom 1. August 1985, Art. 71

Abschnitt III — Vertrauensärzte

- Art. 153: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 87, abgeändert durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 30, und durch die Königlichen Erlasse Nr. 58 vom 22. Juli 1982, Art. 6, und Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 12
Art. 154: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 88, abgeändert durch das Gesetz vom 7. Juli 1976, Art. 5, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 14

Abschnitt IV — Disziplinarmaßnahmen

- Art. 155: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 89, abgeändert durch die Gesetze vom 8. April 1965, Art. 40, 5. Juli 1971, Art. 21, und 1. August 1985, Art. 72

Abschnitt V — Verbot der Beteiligung an den Kosten der Gesundheitsleistungen

- Art. 156: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 90, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 65
Art. 157: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 90*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 30, und abgeändert durch das Gesetz vom 20. Juli 1991, Art. 37

Abschnitt VI — Bestimmungen in bezug auf die Vertrauensärzte der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen

- Art. 158: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 90*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 45

KAPITEL III — *Verwaltungstechnische Kontrolle**Abschnitt I* — Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle

- Art. 159: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 91, abgeändert durch die Gesetze vom 29. Dezember 1990, Art. 64, und 15. Februar 1993, Art. 66, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 176 vom 30. Dezember 1982, Art. 3
Art. 160: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 92, abgeändert durch die Gesetze vom 29. Dezember 1990, Art. 65, und 15. Februar 1993, Art. 67
Art. 161: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 93, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 68
Art. 162: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 94, abgeändert durch die Gesetze vom 7. Juli 1976, Art. 6, und 1. August 1985, Art. 73
Art. 163: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 96, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 35, 27. Juni 1969, Art. 31, 1. August 1985, Art. 74, 29. Dezember 1990, Art. 46, und 15. Februar 1993, Art. 70, durch die Königlichen Erlasse Nr. 408 vom 18. April 1986, Art. 8, und Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 13

Abschnitt II — Rückforderung unrechtmäßig gezahlter Leistungen

Art. 164: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 97, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 32, und abgeändert durch die Gesetze vom 12. Mai 1971, Art. 18, 7. Juli 1976, Art. 7, 22. Dezember 1977, Art. 155, 29. Dezember 1990, Art. 67 und 15. Februar 1993, Art. 71, und durch die Königlichen Erlasse Nr. 10 vom 11. Oktober 1978, Art. 3, Nr. 408 vom 18. April 1986, Art. 9, und Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 14

Abschnitt III — Tariffestsetzungsämter

Art. 165: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 98, ergänzt durch das Gesetz vom 22. Dezember 1989, Art. 35, und abgeändert durch das Gesetz vom 26. Juni 1992, Art. 28

Abschnitt IV — Auf Versicherungsträger und Tariffestsetzungsämter anwendbare Sanktionen

Art. 166: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 99, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 72, und abgeändert durch das Gesetz vom 30. März 1994, Art. 35

KAPITEL IV — *Rechtsprechungsorgane und Sanktionen**Abschnitt I — Rechtsprechungsorgane*

Art. 167: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 100, abgeändert durch die Gesetze vom 10. Oktober 1967, Art. 84 § 3 (Hauptartikel 3), und 15. Februar 1993, Art. 73, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 15

Abschnitt II — Verwaltungssanktionen und strafrechtliche Sanktionen

Art. 168: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 101, abgeändert durch die Gesetze vom 15. Februar 1993, Art. 74, und 30. März 1994, Art. 36, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 408 vom 18. April 1986, Art. 11

Art. 169: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 102, ersetzt durch das Gesetz vom 29. Dezember 1989, Art. 124

Art. 170: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 103, ersetzt durch das Gesetz vom 8. April 1965, Art. 43, abgeändert durch die Gesetze vom 7. Juli 1976, Art. 9, und 6. August 1993, Art. 12 und 16

Art. 171: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 104, abgeändert durch das Gesetz vom 8. April 1965, Art. 44, und durch die Königlichen Erlasse Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 17, und Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 16

Art. 172: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 105

Art. 173: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 105*bis*, eingefügt durch das Gesetz vom 24. November 1963, Art. 39

KAPITEL V — *Verjährung*

Art. 174: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 106 § 1, abgeändert durch die Gesetze vom 8. April 1965, Art. 45, 7. Juli 1976, Art. 10, 1. August 1985, Art. 76, 24. Mai 1989, einziger Artikel, und 6. August 1993, Art. 17, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 10 vom 11. Oktober 1978, Art. 4

KAPITEL VI — *Vereidigung*

Art. 175: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 107, ersetzt durch das Gesetz vom 7. Juli 1976, Art. 11, und abgeändert durch die Königlichen Erlasse Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 18, und Nr. 533 vom 31. März 1987, Art. 17

TITEL VIII — *Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf das Institut, die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung und die Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen*KAPITEL I — *Personal*

Art. 176: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 108

Art. 177: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 109

Art. 178: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 110

Art. 179: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 111, ersetzt durch das Gesetz vom 8. April 1965, Art. 47

Art. 180: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 112

Art. 181: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 113, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 75

Art. 182: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 114, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 76

Art. 183: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 115

Art. 184: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 116

Art. 185: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 117, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 77

Art. 186: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 118

Art. 187: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 120*ter*, eingefügt durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 49

KAPITEL II — *Kontrollorgane*

Art. 188: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 119, abgeändert durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 47

Art. 189: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 120, abgeändert durch das Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 48

Art. 190: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 120*bis*, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 78

TITEL IX — *Finanzierung*KAPITEL I — *Einkünfte der Versicherung und ihre Verteilung**Abschnitt 1 — Einkünfte der Versicherung*

Art. 191: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 121, abgeändert durch die Gesetze vom 27. Juni 1969, Art. 34, 9. Juni 1970, Art. 1, 16. Juli 1974, Art. 10, 23. Dezember 1974, Art. 57, 5. August 1978, Art. 29, 8. August 1980, Art. 161, 1. August 1985, Art. 79, 30. Dezember 1988, Art. 49, 22. Dezember 1989, Art. 32, 29. Dezember 1990, Art. 55, 60 und 61, 26. Juni 1992, Art. 15, 31 und 26, 30. Dezember 1992, Art. 7, 6. August 1993, Art. 7, 8 und 9, und 30. März 1994, Art. 37, die Königlichen Erlasse Nr. 22 vom 23. März 1982, Art. 19 und 20, Nr. 176 vom 30. Dezember 1982, Art. 5, und Nr. 283 vom

31. März 1984, Art. 6, und die Königlichen Erlasse vom 20. Juli 1971, Art. 20 und 23. Oktober 1981, Art. 1; Gesetz vom 29. Juni 1981, Art. 26, abgeändert durch den Königlichen Erlaß Nr. 528 vom 31. März 1987, Art. 6; Gesetz vom 29. Juni 1981, Art. 39bis § 3, abgeändert durch den Königlichen Erlaß Nr. 214 vom 30. September 1983, Art. 3; koordiniertes Gesetz vom 13. März 1991, Art. 7 § 2 Absatz 1, 3 und 4, abgeändert durch das Gesetz vom 26. Juni 1992, Art. 7; Gesetz vom 29. Dezember 1990, Art. 6

Art. 192: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 122, abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 1963, Art. 41, 27. Juni 1969, Art. 35, 22. Dezember 1977, Art. 157, 29. Dezember 1990, Art. 57, und die Königlichen Erlasse vom 22. Dezember 1969, Art. 2, und 23. Oktober 1981, Art. 2

Abschnitt II — Verteilung der Einkünfte der Versicherung

Art. 193: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 123, abgeändert durch die Gesetze vom 27. Juni 1969, Art. 36, 20. Juni 1975, Art. 1, 22. Dezember 1977, Art. 158, 29. Dezember 1990, Art. 50 und 58, und durch die Königlichen Erlasse vom 22. Dezember 1969, Art. 3, und 20. Juli 1971, Art. 21, und das Gesetz vom 29. Juni 1981, Art. 26, letzter Absatz

Abschnitt III — Verwaltungskosten der Versicherungsträger

Art. 194: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 124, abgeändert durch die Gesetze vom 7. Juli 1976, Art. 12, und 29. Dezember 1990, Art. 51 und 69

Art. 195: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 125, abgeändert durch die Gesetze vom 8. April 1965, Art. 49, 26. Juni 1992, Art. 5 und 29, 15. Februar 1993, Art. 79, und 6. August 1993, Art. 13, und durch den Königlichen Erlaß Nr. 283 vom 31. März 1984, Art. 8

Abschnitt IV — Finanzielle Bestimmungen

Art. 196: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 126, abgeändert durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 38

Art. 197: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 127

Art. 198: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 128, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 39

Art. 199: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 129

Art. 200: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 130

Art. 201: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 131, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 22. Dezember 1969, Art. 4

Art. 202: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 132, abgeändert durch den Königlichen Erlaß Nr. 176 vom 30. Dezember 1982, Art. 7

Art. 203: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 133 §§ 1 bis 5, ersetzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 40, und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 22. Dezember 1969, Art. 5

Abschnitt II — Besondere Bestimmungen

Art. 204: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 133bis, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 81

KAPITEL II — Verwaltungstechnische Bestimmungen

Art. 205: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 134, ersetzt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 82

Art. 206: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 135, ersetzt durch den Königlichen Erlaß Nr. 408 vom 18. April 1986, Art. 12, und abgeändert durch die Gesetze vom 29. Dezember 1990, Art. 70, und 30. März 1994, Art. 38

TITEL X — *Schlußbestimmungen*

Art. 207: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 138, abgeändert durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 41

Art. 208: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 144

Art. 209: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 145, abgeändert durch das Gesetz vom 27. Juni 1969, Art. 42

Art. 210: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 146, abgeändert durch den Königlichen Erlaß Nr. 10 vom 11. Oktober 1978, Art. 5

Art. 211: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 147bis, eingefügt durch das Gesetz vom 23. Dezember 1974, Art. 58, und ersetzt durch das Gesetz vom 8. Dezember 1977, Art. 1

Art. 212: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 147ter, eingefügt durch das Gesetz vom 8. Dezember 1977, Art. 2

Art. 213: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 147quater, eingefügt durch das Gesetz vom 15. Februar 1993, Art. 84

Art. 214: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 157 Absatz 1

TITEL XI — *Übergangsbestimmungen*

Art. 215: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 153 §§ 1 bis 5, abgeändert durch die Gesetze vom 8. April 1965, Art. 51, 29. Dezember 1990, Art. 32, 26. Juni 1992, Art. 30

Art. 216: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 154bis § 2, eingefügt durch das Gesetz vom 23. Dezember 1974, Art. 59, abgeändert durch das Gesetz vom 7. Juli 1976, Art. 13, und den Königlichen Erlaß Nr. 10 vom 11. Oktober 1978, Art. 6

Art. 217: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 154ter, eingefügt durch das Gesetz vom 5. Januar 1976, Art. 123

TITEL XII — *Bekanntmachung*

Art. 218: Gesetz vom 9. August 1963, Art. 158, abgeändert durch die Gesetze vom 8. April 1965, Art. 52, 26. März 1970, Art. 6, und 8. August 1980, Art. 136

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 26 januari 1998.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Binnenlandse Zaken,
J. VANDE LANOTTE

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 26 janvier 1998.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intérieur,
J. VANDE LANOTTE