

MINISTERE DE L'INTERIEUR

F. 99 — 1437

[C - 99/00084]

10 FEVRIER 1999. — Arrêté royal établissant la traduction officielle en langue allemande de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

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 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, 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 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

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

Donné à Bruxelles, le 10 février 1999.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intérieur,
L. VAN DEN BOSSCHE

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN

N. 99 — 1437

[C - 99/00084]

10 FEBRUARI 1999. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de officiële Duitse vertaling van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

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 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, opgemaakt door de Centrale dienst voor Duitse vertaling van het Adjunct-arondissementcommissariaat 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 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

Gegeven te Brussel, 10 februari 1999.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Binnenlandse Zaken,
L. VAN DEN BOSSCHE

Annexe — Bijlage

MINISTERIUM DER SOZIALEN ANGELEGENHEITEN, DER VOLKSGESUNDHEIT UND DER UMWELT

**Königlicher Erlaß zur Ausführung des am 14. Juli 1994
koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung**

BERICHT AN DEN KÖNIG

Der Entwurf eines Königlichen Erlasses, den ich die Ehre habe, Ihnen zur Unterschrift vorzulegen, bezweckt hauptsächlich, die Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 4. November 1963 zur Ausführung des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung dem am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung anzupassen (insbesondere der Numerierung der Artikel des Gesetzes und der benutzten Terminologie).

Neben den Anpassungen an das koordinierte Gesetz sind auch eine Anzahl Berichtigungen und Anpassungen angebracht worden, insbesondere was die abgeänderten Titel der angeführten Gesetze und Erlasse betrifft (eine diesbezügliche Übersicht wird in Nummer V der «Erläuterungen zum neuen Erlaß» gegeben). Bestimmte Bestimmungen sind nicht in der Koordinierung aufgenommen worden, weil sie implizit aufgehoben worden sind oder weil sie Übergangsmaßnahmen betreffen, die nur eine Situation in der Vergangenheit regelten (siehe vorerwähnte Erläuterungen).

Infolge der Änderung der Numerierung der Artikel im koordinierten Gesetz, der Anpassung bestimmter Begriffe, der Abänderung anderer Verordnungstexte und der impliziten Aufhebungen ist der Erlaß vom 4. November 1963 für einen Nicht-Fachmann in dieser Angelegenheit praktisch unleserlich geworden. Unter Berücksichtigung der Grundsätze der Charta der Benutzer der öffentlichen Dienste zwingt sich daher eine Koordinierung auf.

Ziel dieses Entwurfs ist es, eine Koordinierung des Königlichen Erlasses vom 4. November 1963 zu verwirklichen, ohne die dort festgelegten Regeln zu ändern. Weil keine neue Verordnungsbestimmung hinzugefügt worden ist, besteht keine gesetzliche Verpflichtung, die Stellungnahme der zuständigen (geschäftsführenden) Ausschüsse des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) oder das Gutachten des Staatsrats einzuholen.

In Artikel 3 der koordinierten Gesetze über den Staatsrat wird bestimmt, daß nur Erlasse mit Verordnungscharakter zur Begutachtung vorgelegt werden müssen. In Artikel 15 des Gesetzes vom 25. April 1963 über die Verwaltung der Einrichtungen öffentlichen Interesses für soziale Sicherheit und Sozialfürsorge wird ebenfalls vermerkt, daß nur Grundlagenerlasse und Erlasse mit Verordnungscharakter den zuständigen (geschäftsführenden) Ausschüssen zwecks Stellungnahme vorgelegt werden müssen.

Die in der Koordinierung aufgenommenen Bestimmungen haben zwar Verordnungscharakter, sie ziehen ihren verbindlichen Charakter jedoch nicht aus der Koordinierung. Es handelt sich um Bestimmungen, die schon in Kraft sind und für die bei der Ausfertigung der verschiedenen Erlasse, die diese Bestimmungen eingeführt haben, entweder die erforderlichen Stellungnahmen eingeholt worden sind oder von diesem Verfahren aus Gründen der Dringlichkeit abgewichen worden ist. Durch die Koordinierung werden also keine neuen Rechte oder Verpflichtungen geschaffen, sondern wird nur eine bessere Lesbarkeit der Texte für die Benutzer angestrebt. Weil es sich um bestehende, gültige Bestimmungen handelt, enthält der Koordinierungserlaß keinen Artikel in bezug auf das Inkrafttreten.

Durch die Koordinierung werden auch keine Verordnungsbestimmungen aufgehoben. Die nicht in der Koordinierung aufgenommenen Texte bleiben im Königlichen Erlaß vom 4. November 1963 bestehen, bis sie ausdrücklich durch einen Erlaß aufgehoben werden, für den die erforderlichen Stellungnahmen eingeholt werden.

Zuletzt kann darauf hingewiesen werden, daß gemäß einer konstanten Rechtsprechung des Staatsrates eine Nichtigkeitsklage gegen einen Koordinierungserlaß, der nur die Koordinierung bestehender Bestimmungen enthält, nicht zulässig ist (siehe Entscheide Nr. 20694, 22026 bis 22029, 23268 bis 23271).

Praktische Gründe haben den Ausschlag dafür gegeben, daß sich auf eine einfache Koordinierung beschränkt worden ist ohne Abänderungen, die das Einholen von Stellungnahmen notwendig gemacht hätten. Entwürfe zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 4. November 1963 werden ständig vorbereitet und veröffentlicht. Eine Koordinierung mit einer neuen Numerierung muß schnell verwirklicht werden, um nicht aufgrund der in der Zwischenzeit angebrachten Abänderungen bereits überholt zu sein.

Was die Form betrifft, ist die Wahl auf einen ganz neuen Erlaß gefallen und nicht auf einen Erlaß zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 4. November 1963, weil fast alle Artikel angepaßt werden mußten. Darüber hinaus ist eine neue Numerierung auf jeden Fall notwendig geworden, weil der Königliche Erlaß vom 4. November 1963 seit seinem Erscheinen mehr als zweihundertmal abgeändert worden ist, so daß zahlreiche Artikel, Abschnitte und sogar Kapitel eingefügt und andere gestrichen worden sind. Der neue Erlaß hat eine andere Struktur als der Königliche Erlaß vom 4. November 1963. Die neue Struktur stimmt soweit wie möglich mit der Unterteilung in Titeln des koordinierten Gesetzes überein. Dem neuen Erlaß sind daher auch Konkordanztabellen und ein Inhaltsverzeichnis mit der neuen Struktur beigefügt.

Ich habe die Ehre,

Sire,
der getreue und ehrerbietige Diener
Eurer Majestät
zu sein.

Die Ministerin der Sozialen Angelegenheiten
Frau M. DE GALAN

**3. JULI 1996 — Königlicher Erlaß zur Ausführung des am 14. Juli 1994
koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung**

ALBERT II., König der Belgier,
Allen Gegenwärtigen und Zukünftigen, Unser Gruß!

Aufgrund des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, abgeändert durch die Gesetze vom 21. Dezember 1994, 7. April 1995, 20. Dezember 1995 und 29. April 1996 und die Königlichen Erlasse vom 12. August 1994 und 7. August 1995, insbesondere des Artikels 209;

Aufgrund des Königlichen Erlasses vom 4. November 1963 zur Ausführung des Gesetzes vom 9. August 1963 zur Einführung und Regelung der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, zuletzt abgeändert am 10. Juni 1996;

In der Erwägung, daß ein Ziel der Charta der Benutzer der öffentlichen Dienste das Verfassen deutlicher Rechtsvorschriften ist, so unter anderem durch Koordinierung und Kodifikation;

In der Erwägung, daß Anlaß zur Koordinierung des vorerwähnten Königlichen Erlasses besteht;

Auf Vorschlag Unseres Ministers der Sozialen Angelegenheiten

Haben Wir beschlossen und erlassen Wir:

TITEL I — Allgemeiner Ausschub

Artikel 1 - Der Allgemeine Ausschub setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. zwei Vizepräsidenten, die unter den in den Nummern 3, 4 und 5 nachstehend erwähnten Mitgliedern ernannt werden,
3. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen und den repräsentativen Selbständigenorganisationen vorgeschlagen werden,
4. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden,
5. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden.

Wird der Präsident nicht unter den in Absatz 1 Nr. 3, 4 und 5 erwähnten Mitgliedern ernannt, ist er nicht stimmberechtigt.

Der Präsident, die Vizepräsidenten und die Mitglieder werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Ihr Mandat ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Allgemeinen Ausschuß ausscheidet, wird sofort ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat der Person, die es ersetzt.

Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds seiner Gruppe.

Art. 2 - Der Allgemeine Ausschuß wird von seinem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des für die sozialen Angelegenheiten zuständigen Ministers, nachstehend der Minister genannt, oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angehenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Tritt der Allgemeine Ausschuß auf Ersuchen des Ministers zusammen, findet die Versammlung binnen acht Tagen nach dem Ersuchen statt.

Art. 3 - Der Allgemeine Ausschuß tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden. Bei Stimmgleichheit ist der Vorschlag abgelehnt.

Art. 4 - Der Präsident und die Vizepräsidenten des Allgemeinen Ausschusses sind unabhängig voneinander befugt, zusammen mit dem Generalverwalter des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung, nachstehend das Institut genannt, oder dessen Stellvertreter Akte zu unterzeichnen, die das Institut binden, mit Ausnahme derjenigen, die sich auf die tägliche Geschäftsführung beziehen oder von Sonderbevollmächtigten ausgehen.

TITEL II — Gesundheitspflegeversicherung

KAPITEL I — Organe

Abschnitt I — Allgemeiner Rat der Gesundheitspflegeversicherung

Art. 5 - § 1 - Der Allgemeine Rat der Gesundheitspflegeversicherung setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. zwei Vizepräsidenten, die unter den in den Nummern 3, 4, 5 und 6 erwähnten Mitgliedern gemäß den in der Geschäftsordnung des Allgemeinen Rates vorgesehenen Vorschlagsregeln zu ernennen sind,
3. fünf Mitgliedern, die die Behörde vertreten und gemäß den Bestimmungen von Artikel 15 Absatz 1 Buchstabe a) des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, nachstehend koordiniertes Gesetz genannt, ernannt werden,
4. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen und den repräsentativen Selbständigenorganisationen vorgeschlagen werden,
5. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden,
6. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden,
7. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, darunter jeweils vier Ärzte, drei Vertreter der Verwalter der Pflegeanstalten und eine Fachkraft für Krankenpflege, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Berufsorganisationen auf Listen vorgeschlagen werden, die von den Organisationen erstellt werden, die in den in den Abschnitten III und IV des vorliegenden Kapitels erwähnten Kommissionen vertreten sind.

§ 2 - Die in § 1 Nr. 4, 5, 6 und 7 erwähnten Mitglieder werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Ihr Mandat ist erneuerbar.

§ 3 - Der Präsident und die Vizepräsidenten werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Ihr Mandat ist erneuerbar.

§ 4 - Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Allgemeinen Rat ausscheidet, wird sofort ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat der Person, die es ersetzt.

§ 5 - Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds seiner Gruppe.

Art. 6 - Der Allgemeine Rat wird von seinem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Ministers oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angehenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Tritt der Allgemeine Rat auf Ersuchen des Ministers zusammen, findet die Versammlung binnen acht Tagen nach dem Ersuchen statt.

Art. 7 - Der Allgemeine Rat tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder jeder Gruppe anwesend ist.

Außer für die Anwendung der Bestimmungen von Artikel 16 § 3 des koordinierten Gesetzes werden die Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden. Bei Stimmgleichheit ist der Vorschlag abgelehnt.

Art. 8 - Der Präsident und die Vizepräsidenten des Allgemeinen Rates sind unabhängig voneinander befugt, zusammen mit dem leitenden Beamten des Dienstes für Gesundheitspflege oder dessen Stellvertreter Akte zu unterzeichnen, die auf der Grundlage von Artikel 16 § 1 Nr. 1, 3, 4, 7 und 9 des koordinierten Gesetzes ergehen.

Art. 9 - Binnen drei Monaten nach Übermittlung der in Artikel 16 § 1 Nr. 6 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berichte erstattet der Allgemeine Rat dem Minister Bericht über die Maßnahmen, die der Allgemeine Rat zu treffen beschlossen hat oder dem Minister vorschlägt.

Abschnitt II — Versicherungsausschuß

Art. 10 - § 1 - Der Versicherungsausschuß setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. zwei Vizepräsidenten,
3. einundzwanzig ordentlichen Mitgliedern und einundzwanzig Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden,
4. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, darunter jeweils sieben Ärzte und eine Fachkraft der Zahnheilkunde, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen vorgeschlagen werden,
5. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die Apotheker sind und unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen vorgeschlagen werden.

Unter den ordentlichen Mitgliedern oder den Ersatzmitgliedern müssen ein Offizinapotheker, ein Krankenhausapotheker und ein Apotheker-Biologe sein,

6. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Verwalter der Pflegeanstalten, der in Artikel 34 Nr. 11, 12, 13 und 18 des koordinierten Gesetzes erwähnten Dienste und Einrichtungen und der Anstalten für Rehabilitation und Umschulung vorgeschlagen werden,

7. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, darunter jeweils eine Fachkraft für Krankenpflege, ein Heilgymnast, ein Logopäde, ein Optiker, ein Lieferer von Prothesen und Apparaten und ein Lieferer von Implantaten, die unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen vorgeschlagen werden,

8. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, von denen jeweils drei unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen und den repräsentativen Selbständigenorganisationen vorgeschlagen werden, und drei weitere unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden; sie haben beratende Stimme.

§ 2 - Die in § 1 Nr. 4, 5, 6 und 7 erwähnten Mitglieder werden in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate auf Listen vorgeschlagen, die von den Berufsorganisationen erstellt werden, die in den Kommissionen vertreten sind, die mit dem Schließen der in den Abschnitten III und IV des vorliegenden Kapitels erwähnten Vereinbarungen und Abkommen beauftragt sind. In Ermangelung solcher Organisationen werden die Mitglieder von Uns unter den Pflegebringern mit der erforderlichen beruflichen Qualifikation bestimmt.

§ 3 - Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds seiner Gruppe.

§ 4 - Der Präsident ist stimmberechtigt, wenn er unter den in § 1 Nr. 3 bis 7 erwähnten Mitgliedern ernannt wird.

§ 5 - Die beiden Vizepräsidenten werden unter den in § 1 Nr. 3 bis 7 erwähnten Mitgliedern gemäß den in der Geschäftsordnung des Versicherungsausschusses vorgesehenen Vorschlagsregeln ernannt.

§ 6 - Der Versicherungsausschuß wird von seinem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Ministers oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angehenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Tritt der Versicherungsausschuß auf Ersuchen des Ministers zusammen, findet die Versammlung binnen acht Tagen nach dem Ersuchen statt.

§ 7 - Der Versicherungsausschuß tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder der Gruppe, die aus den Vertretern der Versicherungsträger zusammengesetzt ist, und der Gruppe, die aus den Vertretern der Pflegebringer zusammengesetzt ist, anwesend ist.

Beschlüsse werden mit Zweidrittelmehrheit der Stimmen der stimmberechtigten Mitglieder, die den Versicherungsausschuß bilden, gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden.

Wird dieses Quorum nicht erreicht, wohl aber zumindest die Mehrheit der Stimmen der stimmberechtigten Mitglieder, die den Versicherungsausschuß bilden, legt der Präsident dieselben Vorschläge auf der nächsten Versammlung zur Abstimmung vor.

Wird dieselbe Mehrheit erneut erreicht, sind die Beschlüsse angenommen.

§ 8 - Wird dem Versicherungsausschuß ein Vorschlag oder eine Stellungnahme von einer der in Artikel 26 des koordinierten Gesetzes erwähnten Abkommens- oder Vereinbarungskommissionen vorgelegt und ist der Ausschuß der Meinung, eine Änderung anbringen zu müssen, wird der Vorschlag oder die Stellungnahme an diese Abkommens- oder Vereinbarungskommission zur erneuten Prüfung zurückverwiesen, bevor ein endgültiger Beschluß gefaßt wird.

§ 9 - Der Präsident, die Vizepräsidenten und die Mitglieder des Versicherungsausschusses werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Ihr Mandat ist erneuerbar.

§ 10 - Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Versicherungsausschuß ausscheidet, wird sofort ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat der Person, die es ersetzt.

Abschnitt III — Abkommenskommissionen

A. Abkommen mit den Apothekern

Art. 11 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Apotheker bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

B. Abkommen mit den Alten- und Pflegeheimen und den Altenheimen

Art. 12 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Organisationen der in Artikel 34 Nr. 11 und 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Alten- und Pflegeheime und Altenheime bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

C. Abkommen mit den psychiatrischen Pflegeheimen

Art. 13 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Organisationen der psychiatrischen Pflegeheime bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

D. Abkommen mit den Pflegeanstalten

Art. 14 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Vereinigungen der Pflegeanstalten bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

E. Abkommen mit den Vertretern der Initiativen des begleiteten Wohnens für Patienten der Psychiatrie

Art. 15 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Organisationen der Initiativen des begleiteten Wohnens für Patienten der Psychiatrie bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

F. Abkommen mit den Hebammen

Art. 16 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Hebammen bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

G. Abkommen mit den Fachkräften für Krankenpflege

Art. 17 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Fachkräfte für Krankenpflege bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

H. Abkommen mit den Heilgymnasten

Art. 18 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Heilgymnasten bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

I. Abkommen mit den Optikern

Art. 19 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Optiker bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

J. Abkommen mit den Orthopäden

Art. 20 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Orthopäden bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

K. Abkommen mit den Gehörprothesenherstellern

Art. 21 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Gehörprothesenhersteller bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

L. Abkommen mit den Bandagisten

Art. 22 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Bandagisten bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

M. Abkommen mit den Lieferanten von Implantaten

Art. 23 - Die Kommission setzt sich zusammen aus:

1. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Lieferanten von Implantaten bestimmt werden,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

N. Gemeinsame Bestimmungen

Art. 24 - Jedes Mitglied, das aus einer Kommission ausscheidet, wird sofort ersetzt.

Art. 25 - Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds seiner Gruppe.

Art. 26 - Die Kommissionen werden von ihrem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Versicherungsausschusses oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angegebenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Art. 27 - Eine Kommission tagt rechtsgültig, wenn mindestens fünf Mitglieder jeder Gruppe anwesend sind.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden. Das Abkommen ist nur dann endgültig geschlossen, wenn es von mindestens sechs Mitgliedern jeder der beiden Gruppen gebilligt worden ist; Enthaltungen sind nicht zulässig.

Für den Fall, daß bei einer Abstimmung in beiden Gruppen nicht die gleiche Anzahl Mitglieder anwesend ist, ist das beziehungsweise sind die jüngsten Mitglieder der zahlreicheren Gruppe verpflichtet, sich der Stimme zu enthalten, um die Parität wiederherzustellen.

Art. 28 - Der Text jedes geschlossenen Abkommens wird binnen drei Tagen dem Versicherungsausschuß vom Präsidenten übermittelt, der auf der nächsten Sitzung des Versicherungsausschusses Bericht erstattet.

Dies gilt auch für die in Artikel 26 Absatz 2 des koordinierten Gesetzes erwähnten Vorschläge, insofern kein zuständiger Fachrat vorhanden ist; gibt es einen zuständigen Fachrat, müssen diese Vorschläge binnen drei Tagen dem betreffenden Fachrat vom Präsidenten übermittelt werden, der auf der nächsten Sitzung dieses Fachrates Bericht erstattet.

*Abschnitt IV — Nationale Kommissionen Ärzte-Krankenkassen
und Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen*

A. Nationale Kommission Ärzte-Krankenkassen

Art. 29 - Die Nationale Kommission Ärzte-Krankenkassen setzt sich zusammen aus:

1. elf ordentlichen Mitgliedern und elf Ersatzmitgliedern, die von Uns unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden,
2. elf ordentlichen Mitgliedern und elf Ersatzmitgliedern, die von Uns unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden.

B. Nationale Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen

Art. 30 - Die Nationale Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen setzt sich zusammen aus:

1. zehn ordentlichen Mitgliedern und zehn Ersatzmitgliedern, die von Uns unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Fachkräfte der Zahnheilkunde vorgeschlagen werden,
2. zehn ordentlichen Mitgliedern und zehn Ersatzmitgliedern, die von Uns unter den Kandidaten ernannt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden.

C. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Nationalen Kommissionen Ärzte-Krankenkassen und
Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen

Art. 31 - Mitglieder der Nationalen Kommissionen Ärzte-Krankenkassen und Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt.

Die Mandate der Mitglieder dieser Kommissionen sind alle drei Jahre je zur Hälfte erneuerbar. Die Mandate der Mitglieder dieser Kommissionen wurden jedoch zum erstenmal am 1. Januar 1970 erneuert, wobei die ausscheidenden Mitglieder durch das Los bestimmt wurden. Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus einer Kommission ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

*Abschnitt V — Kommission, die mit dem Schließen
von Vereinbarungen über die Pauschalen beauftragt ist*

Art. 32 - Vereinbarungen in bezug auf die Pauschalzahlung der Gesundheitsleistungen werden in einer Kommission geschlossen, die sich zusammensetzt aus:

1. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die von den Versicherungsträgern bestimmt werden,
2. den in der Vereinbarung erwähnten Pflegeerbringern oder ihren Vertretern, wenn es juristische Personen betrifft.

Art. 33 - Der Antrag auf Schließung einer Vereinbarung muß dem Präsidenten der Kommission schriftlich zugesandt werden.

Art. 34 - Die Kommission wird von ihrem Präsidenten einberufen. Dieser ist verpflichtet, die Kommission binnen fünfzehn Tagen nach Empfang eines Antrags auf Schließung einer Vereinbarung einzuberufen.

Im Einberufungsschreiben wird der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Der Präsident lädt zu den Versammlungen der Kommission entweder alle in Artikel 32 Nr. 2 erwähnten Mitglieder ein oder nur die, die von dem Vereinbarungsentwurf, der auf der Tagesordnung steht, betroffen sind.

Art. 35 - Die Kommission tagt rechtsgültig, wenn mindestens vier der in Artikel 32 Nr. 1 erwähnten Mitglieder anwesend sind.

Art. 36 - Ein in Artikel 32 Nr. 1 erwähntes Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds seiner Gruppe.

Art. 37 - Vorbereitende Beschlüsse im Hinblick auf das Schließen von Vereinbarungen müssen einerseits die Zustimmung der in Artikel 32 Nr. 2 erwähnten Mitglieder, die bei der Versammlung anwesend sind, und andererseits eine Zweidrittelmehrheit der Stimmen der in Artikel 32 Nr. 1 erwähnten Mitglieder erhalten.

Art. 38 - Die Kommission kann für die Erfüllung ihrer Aufgaben Sachverständige, deren Aufgaben sie festlegt, hinzuziehen.

Art. 39 - Der Vereinbarungsentwurf, der vom Antragsteller angenommen ist, wird der Kommission zur Abstimmung vorgelegt.

Art. 40 - Der Text der Vereinbarung wird binnen acht Tagen dem Versicherungsausschuß vom Präsidenten der Kommission übermittelt, der dem Ausschuß auf der nächsten Versammlung Bericht erstattet.

Abschnitt VI — Haushaltskontrollkommission

Art. 41 - Die Mitglieder der Haushaltskontrollkommission werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus der Kommission ausscheidet, wird sofort ersetzt. Das neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds seiner Gruppe.

Art. 42 - Der in Artikel 190 des koordinierten Gesetzes erwähnte Haushalts- und Finanzberater führt den Vorsitz der Kommission.

Ist dieser nicht bestimmt worden oder ist er verhindert, führt das älteste der in Artikel 17 Absatz 2 Nr. 5 des koordinierten Gesetzes erwähnten Mitglieder den Vorsitz.

Art. 43 - Die Kommission wird von ihrem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Ministers, auf Antrag des Allgemeinen Rates, auf Antrag des Versicherungsausschusses oder auf Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Art. 44 - Die Kommission tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend ist.

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

Art. 45 - Die Kommission erstellt ihre Geschäftsordnung und legt sie dem Allgemeinen Rat zwecks Billigung vor.

Art. 46 - Die Ämter des Sekretärs und des beigeordneten Sekretärs der Kommission werden von Bediensteten des Dienstes für Gesundheitspflege, die vom leitenden Beamten dieses Dienstes bestimmt werden, ausgeübt.

Abschnitt VII — Fachräte

A. Pharmazeutischer Fachrat

Art. 47 - Der aufgrund von Artikel 27 des koordinierten Gesetzes eingesetzte Pharmazeutische Fachrat setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die Apotheker sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat,
3. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitgliedern, die Apotheker sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Apothekerschaft vorgeschlagen werden,
4. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Apotheker sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Krankenhausapotheker vorgeschlagen werden,
5. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Doktoren der Medizin sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Ärzte, die ein Arzneimitteldepot führen, vorgeschlagen werden,
6. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Apotheker sind und vom Minister bestimmt werden,
7. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Apotheker sind und von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

B. Fachrat für Heilgymnastik

Art. 48 - Der aufgrund von Artikel 27 des koordinierten Gesetzes eingesetzte Fachrat für Heilgymnastik setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die Heilgymnasten oder 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 ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat,
3. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die Heilgymnasten sind und die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Heilgymnasten vorgeschlagen werden; jede Organisation schlägt mindestens ein ordentliches Mitglied vor, das Heilgymnastik unterrichtet,
4. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die Heilgymnasten sind und die aufgrund ihrer Fachkenntnis auf dem Gebiet der Heilgymnastik gewählt werden,
5. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Heilgymnasten oder Doktoren der Medizin sind und die vom Minister bestimmt werden,
6. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

C. Fachrat für Krankenhausbehandlung

Art. 49 - Der aufgrund von Artikel 27 des koordinierten Gesetzes eingesetzte Fachrat für Krankenhausbehandlung setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die 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 ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat,
3. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Pflegeanstalten vorgeschlagen werden, wobei mindestens einer dieser Kandidaten ein Universitätskrankenhaus vertreten muß,
4. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Krankenhausapotheker vorgeschlagen werden,
5. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die vom Minister bestimmt werden,
6. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

D. Fachrat für Fertigarzneimittel

Art. 50 - Der aufgrund von Artikel 27 des koordinierten Gesetzes eingesetzte Fachrat für Fertigarzneimittel setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die Doktoren der Medizin oder Apotheker 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 ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat,
3. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den medizinischen Fakultäten der belgischen Universitäten vorgeschlagen werden, wobei jede Universität vier Kandidaten vorschlägt, darunter mindestens ein Professor für klinische Medizin und ein Professor für Pharmakologie; jede Universität hat Anrecht auf ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds,
4. 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 Berufsorganisationen der Apothekerschaft vorgeschlagen werden,
5. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die Doktoren der Medizin sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden,
6. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Krankenhausapotheker vorgeschlagen werden,
7. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Doktoren der Medizin oder Apotheker sind und vom Minister bestimmt werden,
8. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Doktoren der Medizin oder Apotheker sind und von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

E. Fachrat für Implantate

Art. 51 - Beim Dienst für Gesundheitspflege wird ein Fachrat für Implantate eingesetzt, der sich zusammensetzt aus:

1. einem Präsidenten,
2. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die Doktoren der Medizin oder Apotheker 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 ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat,
3. sieben ordentlichen Mitgliedern und sieben Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den belgischen Universitäten vorgeschlagen werden; vier der ordentlichen Mitglieder und vier der Ersatzmitglieder sind Doktoren der Medizin mit dem Fachgebiet Chirurgie, die drei anderen ordentlichen Mitglieder und die drei anderen Ersatzmitglieder Apotheker oder Fachleute im Bereich des medizinischen Apparatewesens für implantierbares Material; für jede dieser beiden Gruppen schlägt jede Universität einen Kandidaten für das Mandat eines ordentlichen Mitglieds und einen Kandidaten für das Mandat eines Ersatzmitglieds vor; jede Universität hat Anrecht auf ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds,
4. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die Apotheker und Inhaber des Diploms eines Krankenhausapothekers sind und in doppelter Anzahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Krankenhausapotheker vorgeschlagen werden,
5. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Doktoren der Medizin oder Apotheker sind und vom Minister bestimmt werden,
6. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die Doktoren der Medizin oder Apotheker sind und von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

F. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf den Pharmazeutischen Fachrat, den Fachrat für Heilgymnastik, den Fachrat für Krankenhausbehandlung, den Fachrat für Fertigarzneimittel und den Fachrat für Implantate

Art. 52 - Die Mitglieder der Fachräte, die beim Dienst für Gesundheitspflege eingesetzt werden, werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Ihre Mandate sind alle drei Jahre je zur Hälfte erneuerbar.

Die Mandate der Mitglieder des Fachrates für Heilgymnastik werden jedoch zum erstenmal am 1. Januar 1998 erneuert; die ausscheidenden Mitglieder werden durch das Los bestimmt.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus seinem Rat ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Art. 53 - Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds. Es kann jedoch an den Versammlungen teilnehmen, um seine Fachkenntnisse einzubringen, ohne stimmfähig zu sein. Ist der Präsident verhindert, wird er von einem stellvertretenden Präsidenten ersetzt, der vom König auf Vorschlag des Versicherungsausschusses bestimmt wird. Der stellvertretende Präsident darf an allen Versammlungen teilnehmen, in denen der Präsident tagt.

Art. 54 - Die Präsidenten und stellvertretenden Präsidenten haben kein Stimmrecht; nur die Mitglieder der Fachräte sind stimmfähig mit Ausnahme der Mitglieder, die von dem für die sozialen Angelegenheiten zuständigen Minister beziehungsweise von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

Art. 55 - Die Fachräte tagen rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend ist.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden. Bei Stimmgleichheit ist der Vorschlag abgelehnt.

Ist ein Problem in bezug auf das Verzeichnis auf Initiative der Berufsorganisationen untersucht worden, muß das Ergebnis der diesbezüglichen Abstimmung - unabhängig vom Ergebnis - dem Versicherungsausschuß mitgeteilt werden, und in dieser Mitteilung muß der ursprüngliche Vorschlag der Berufsorganisationen angegeben werden.

Art. 56 - Vorschläge oder Stellungnahmen der Fachräte werden der entsprechenden Abkommens- oder Vereinbarungskommission vom Präsidenten mitgeteilt.

Art. 57 - Die Fachräte werden von ihrem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Versicherungsausschusses oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angegebenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Art. 58 - Die Ämter des Sekretärs und des beigeordneten Sekretärs der Fachräte werden von Bediensteten des Dienstes für Gesundheitspflege, die vom leitenden Beamten dieses Dienstes bestimmt werden, ausgeübt.

Art. 59 - Jeder dieser Fachräte erstellt seine Geschäftsordnung, die dem König zur Billigung vorgelegt wird.

Abschnitt VIII — Medizinischer und Zahnmedizinischer Fachrat

A. Medizinischer Fachrat

Art. 60 - Der Medizinische Fachrat setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. sieben ordentlichen Mitgliedern und sieben Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den medizinischen Fakultäten der belgischen Universitäten vorgeschlagen werden, wobei jede Universität Anrecht auf ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat,
3. elf ordentlichen Mitgliedern und elf Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden,
4. neun ordentlichen Mitgliedern und neun Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

Ist der Präsident verhindert, wird er durch einen stellvertretenden Präsidenten ersetzt, der Doktor der Medizin und Mitglied des Versicherungsausschusses ist und vom König auf Vorschlag des Medizinischen Fachrates ernannt wird.

B. Zahnmedizinischer Fachrat

Art. 61 - Der Zahnmedizinische Fachrat setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den medizinischen Fakultäten der belgischen Universitäten vorgeschlagen werden, wobei jede Universität Anrecht auf ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat,
3. zehn ordentlichen Mitgliedern und zehn Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den repräsentativen Berufsorganisationen der Fachkräfte der Zahnheilkunde ausgewählt werden,
4. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden; um die Vertretung der Versicherungsträger zu bestimmen, wird ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

Ist der Präsident verhindert, wird er durch einen stellvertretenden Präsidenten ersetzt, der Fachkraft der Zahnheilkunde und Mitglied des Versicherungsausschusses ist und vom König auf Vorschlag des Zahnmedizinischen Fachrates ernannt wird.

C. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf den Medizinischen und den Zahnmedizinischen Fachrat

Art. 62 - Die Mitglieder des Medizinischen und des Zahnmedizinischen Fachrates werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt.

Die Mandate der Mitglieder des Medizinischen und des Zahnmedizinischen Fachrates sind alle drei Jahre je zur Hälfte erneuerbar. Die Mandate der Mitglieder der vorerwähnten Räte wurden jedoch zum erstenmal am 1. Januar 1970 erneuert, wobei die ausscheidenden Mitglieder durch das Los bestimmt wurden. Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus seinem Rat ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Von den Bestimmungen von Absatz 1 kann bei der ersten Ernennung der Mitglieder abgewichen werden.

Art. 63 - Der Medizinische und der Zahnmedizinische Fachrat werden von ihrem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Versicherungsausschusses oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angegebenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Abschnitt IX — Profilkommissionen

Art. 64 - Beim Dienst für Gesundheitspflege werden Profilkommissionen eingesetzt für:

1. Leistungen der Heilgymnasten,
2. Leistungen der Fachkräfte für Krankenpflege,
3. Leistungen der Fachkräfte der Zahnheilkunde,
4. Leistungen und Verschreibungen der Allgemeinmediziner,

5. Leistungen und Verschreibungen der Fachärzte, die nicht in Nr. 6 erwähnt sind,

6. Leistungen der Fachärzte für klinische Biologie, Nuklearmedizin oder pathologische Anatomie, der Apotheker-Biologen und der Lizientiaten der Wissenschaften, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister ermächtigt sind, Leistungen der klinischen Biologie zu erbringen,

7. Leistungen, die in Pflegeanstalten erbracht werden, und Pfllegetage.

Art. 65 - § 1 - Die Profilkommission für Leistungen der Heilgymnasten setzt sich zusammen aus:

1. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Heilgymnasten vorgeschlagen werden,

2. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden,

3. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden,

4. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen, den repräsentativen Selbständigenorganisationen und den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden.

Die vier ordentlichen Mitglieder und die vier Ersatzmitglieder, die in den Nummern 3 und 4 erwähnt sind, müssen jeweils zwei Ärzte und zwei Heilgymnasten sein.

§ 2 - Die Profilkommission für Leistungen der Fachkräfte für Krankenpflege setzt sich zusammen aus:

1. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Fachkräfte für Krankenpflege vorgeschlagen werden,

2. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden,

3. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden,

4. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen, den repräsentativen Selbständigenorganisationen und den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden.

Die vier ordentlichen Mitglieder und die vier Ersatzmitglieder, die in den Nummern 3 und 4 erwähnt sind, müssen jeweils zwei Ärzte und zwei Fachkräfte für Krankenpflege sein.

§ 3 - Die Profilkommission für Leistungen der Fachkräfte der Zahnheilkunde setzt sich zusammen aus:

1. vier ordentlichen Mitgliedern und vier Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Fachkräfte der Zahnheilkunde vorgeschlagen werden,

2. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden,

3. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen, den repräsentativen Selbständigenorganisationen und den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden.

Alle ordentlichen Mitglieder und alle Ersatzmitglieder müssen Fachkräfte der Zahnheilkunde sein.

§ 4 - Die Profilkommission für Leistungen und Verschreibungen der Allgemeinmediziner setzt sich zusammen aus:

1. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden,

2. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden,

3. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen, den repräsentativen Selbständigenorganisationen und den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden.

Alle ordentlichen Mitglieder und alle Ersatzmitglieder müssen Ärzte sein.

§ 5 - Die Profilkommission für Leistungen und Verschreibungen der Fachärzte, die nicht in § 6 erwähnt sind, setzt sich zusammen aus:

1. fünf ordentlichen Mitgliedern und fünf Ersatzmitglieder, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden,

2. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden,

3. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen, den repräsentativen Selbständigenorganisationen und den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden.

Alle ordentlichen Mitglieder und alle Ersatzmitglieder müssen Ärzte sein.

§ 6 - Die Profilkommission für Leistungen der Fachärzte für klinische Biologie, Nuklearmedizin oder pathologische Anatomie, der Apotheker-Biologen und der Lizientiaten der Wissenschaften, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister ermächtigt sind, Leistungen der klinischen Biologie zu erbringen, setzt sich zusammen aus:

1. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Apotheker-Biologen vorgeschlagen werden,

2. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden,

3. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden,

4. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen, den repräsentativen Selbständigenorganisationen und den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden.

Die vier ordentlichen Mitglieder und die vier Ersatzmitglieder, die in den Nummern 3 und 4 erwähnt sind, müssen jeweils zwei Ärzte und zwei Apotheker-Biologen sein.

§ 7 - Die Profilkommission für Leistungen, die in einer Pflegeanstalt erbracht werden, und Pflageetage setzt sich zusammen aus:

1. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Pflegeanstalten vorgeschlagen werden,

2. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft vorgeschlagen werden,

3. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden,

4. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen, den repräsentativen Selbständigenorganisationen und den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden.

Wird ein Problem in bezug auf heilhilfsberufliche Mitarbeiter in dieser Profilkommission behandelt, kann der Präsident zu jedem Zeitpunkt den Vertreter der betreffenden Fachrichtung, der im Versicherungsausschuß tagt, hinzuziehen.

Art. 66 - Der Arzt-Generaldirektor des Dienstes für medizinische Kontrolle und der Generaldirektor des Dienstes für Gesundheitspflege oder ihre Beauftragten nehmen von Rechts wegen an den Versammlungen der Profilkommissionen teil, ohne stimmberechtigt zu sein.

Der Generalsekretär des Ministeriums der Volksgesundheit oder sein Beauftragter nimmt von Rechts wegen an den Versammlungen der Profilkommission für Leistungen, die in einer Pflegeanstalt erbracht werden, und Pflageetage teil, ohne stimmberechtigt zu sein.

Das Sekretariat der verschiedenen Profilkommissionen wird vom Dienst für Gesundheitspflege wahrgenommen.

Bei den Versammlungen der Kommissionen kann sich jedes Mitglied von einem Berater beistehen lassen; dieser muß nicht namentlich bestimmt sein und ist nicht stimmberechtigt.

Art. 67 - § 1 - Die Mitglieder der Profilkommissionen werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Das Mandat läuft alle drei Jahre für die Hälfte der Mitglieder aus. Bei der ersten Erneuerung werden die ausscheidenden Mitglieder durch das Los bestimmt.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus der Profilkommission ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds.

§ 2 - Jede Profilkommission hat zwei Präsidenten: Der eine gehört der französischen Sprachrolle, der andere der niederländischen Sprachrolle an. Einer der Präsidenten gehört der Gruppe der Vertreter der Pflegebringer an, der andere der Gruppe der Vertreter der Versicherungsträger und Sozialpartner.

Der König bestimmt die Präsidenten unter den Mitgliedern jeder Profilkommission auf deren Vorschlag hin.

Die Präsidenten führen abwechselnd den Vorsitz der Sitzungen, angefangen mit dem ältesten. Während des Teils der Diskussionen, an denen der Pflegebringer teilnimmt, dessen Akte untersucht wird, führt jedoch der Präsident den Vorsitz der Sitzung, der derselben Sprachrolle angehört wie der Pflegebringer, oder, in seiner Abwesenheit, das älteste Mitglied derselben Sprachrolle wie der Pflegebringer.

Sind beide Präsidenten abwesend, führt das älteste Mitglied den Vorsitz der Sitzung.

§ 3 - Jede Profilkommission wird von der Person, die gemäß § 2 den Vorsitz zu führen hat, auf ihre Initiative, auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angehenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern oder auf Ersuchen des Versicherungsausschusses einberufen. Das Einberufungsschreiben, in dem in jedem Fall die Tagesordnung der Sitzung vermerkt wird, wird den Mitgliedern vom Sekretariat der Kommission zugesandt.

§ 4 - Jede Profilkommission tagt rechtsgültig, 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. Bei Stimmgleichheit ist der Vorschlag abgelehnt.

§ 5 - Jede Profilkommission ist verpflichtet, dem Versicherungsausschuß jährlich einen Tätigkeitsbericht zu übermitteln.

Art. 68 - Die Profilkommissionen haben als Aufgabe, die individuellen Profile zu beurteilen. Zu diesem Zweck sind sie befugt:

1. die statistischen Tabellen pro Pflegebringer, pro verschreibenden Arzt oder pro Pflegeanstalt zur Kenntnis zu nehmen,
2. die Zuverlässigkeit dieser Angaben zu untersuchen, wobei die Betroffenen eventuell schriftlich oder mündlich nach Vorladung befragt werden,
3. diese Angaben gegebenenfalls den zuständigen Instanzen zu übermitteln,
4. eine präventive und erzieherische Aktion in bezug auf Pflegebringer und/oder verschreibende Ärzte durchzuführen, die bedeutende Ausgaben verursachen.

Abschnitt X — Zulassungsräte

A. Rat für die Zulassung von Heilgymnasten

Art. 69 - Der Rat für die Zulassung von Heilgymnasten setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die Heilgymnasten sind und vom Minister unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Heilgymnasten vorgeschlagen werden,
3. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die vom Minister bestimmt werden,
4. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

Art. 70 - Der Rat für die Zulassung von Heilgymnasten hat als Aufgabe, dem Versicherungsausschuß die Zulassung von Personen vorzuschlagen, die er gemäß den nachstehend festgelegten Kriterien als kompetent anerkennt, um zugunsten der Begünstigten der Versicherung die Pflegeleistungen zu erbringen, die aufgrund des in Artikel 35 des koordinierten Gesetzes vorgesehenen Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen in den Kompetenzbereich der Heilgymnasten fallen.

Zulassungsanträge werden an den Dienst für Gesundheitspflege gesandt, der sie dem Zulassungsrat übermittelt.

Art. 71 - Es werden zwei Zulassungstypen eingeführt:

§ 1 - Die Zulassung Typ A wird vom Versicherungsausschuß auf Vorschlag des Rates für die Zulassung von Heilgymnasten den Inhabern des von den Schulen der Kategorien A1 und B1 ausgestellten Diploms eines Heilgymnasten, den Inhabern des aufgrund des Königlichen Erlasses vom 20. Januar 1960 eingeführten Diploms eines Graduierten der Heilgymnastik, den Lizentiaten der Leibeserziehung, für die das Diplom oder ein zusätzlicher Nachweis die Kenntnisse in Heilgymnastik nachweist, sowie den Lizentiaten der Heilgymnastik bewilligt.

§ 2 - Die besondere Zulassung Typ B wird vom Versicherungsausschuß auf Vorschlag des Rates für die Zulassung von Heilgymnasten den Inhabern der Zulassung Typ A bewilligt, die die Bestimmungen von Artikel 73 erfüllen.

Art. 72 - § 1 - Inhaber der Zulassung Typ A haben das Recht, Heilgymnastikleistungen zu erbringen mit Ausnahme derjenigen, die in Artikel 7 § 1 Buchstabe A, B, Ea und Eb der Anlage zum Königlichen Erlaß vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnt sind.

§ 2 - Inhaber der besonderen Zulassung Typ B haben das Recht, alle Heilgymnastikleistungen zu erbringen.

Art. 73 - § 1 - Die besondere Zulassung Typ B wird Inhabern der Zulassung Typ A bewilligt, die folgende Bedingungen erfüllen:

- a) Inhaber einer Zulassungsbescheinigung Typ A sein,
- b) über eine Praxis für Heilgymnastik verfügen können. Zu diesem Zweck muß der Antragsteller eine eidesstattliche Erklärung, auf der die Adresse der Praxis für Heilgymnastik vermerkt ist, übergeben.

§ 2 - Die in § 1 Buchstabe b) erwähnte Praxis für Heilgymnastik muß mindestens folgendes umfassen:

- a) einen Raum mit einer oder mehreren Kabinen und ausschließlich für den beruflichen Gebrauch bestimmte Sanitäranlagen, die während 38 Stunden pro Woche verfügbar sind,
- b) ein Wartezimmer,
- c) den Sicherheits- und Wirksamkeitsnormen entsprechendes Material, mit dem alle medizinischen Verschreibungen, die der beziehungsweise die dort praktizierenden Heilgymnasten annehmen, integral ausgeführt werden können,
- d) eine an sichtbarer Stelle angebrachte Bekanntmachung an die Patienten, die die notwendigen Informationen in bezug auf die Tarifierung und den eventuellen Beitritt zu einem nationalen Abkommen von seiten des beziehungsweise der Heilgymnasten, die in dieser Praxis für Heilgymnastik praktizieren, enthält.

Art. 74 - Die Konformität der Praxen für Heilgymnastik mit den Bestimmungen von Artikel 73 wird vom Rat für die Zulassung von Heilgymnasten auf der Grundlage der in Artikel 73 § 1 Buchstabe b) erwähnten eidesstattlichen Erklärung angenommen. Die als konform anerkannten Praxen für Heilgymnastik werden durch ihre Adresse identifiziert. Jede Adressenänderung muß unverzüglich dem Sekretär des Rates für die Zulassung von Heilgymnasten per Einschreiben mitgeteilt werden.

Art. 75 - Teilen sich mehrere Heilgymnasten, die Inhaber einer besonderen Zulassung Typ B sind, dieselbe Praxis für Heilgymnastik, sind sie verpflichtet, dies dem Rat für die Zulassung von Heilgymnasten mitzuteilen und ihrer Erklärung entweder eine Abschrift des Abkommens zwischen selbständigen Heilgymnasten oder eine Abschrift des Arbeitsvertrags beizufügen; in diesem Abkommen müssen die Stunden vermerkt sein, während deren jeder Heilgymnast über einen Raum und das Material verfügen kann, wie in Artikel 73 § 2 erwähnt.

Art. 76 - Jede falsche oder unrichtige Erklärung oder jede Nichteinhaltung der für die besondere Zulassung Typ B auferlegten Bedingungen kann als Verletzung der Berufspflichten angesehen werden und die Anwendung von Artikel 106 nach sich ziehen.

Art. 77 - Die Zulassung als Heilgymnast kann auf bestimmte Pflegeleistungen beschränkt werden. Dies wird in der Zulassungsbescheinigung vermerkt.

B. Rat für die Zulassung von Orthopädisten

Art. 78 - Der Rat für die Zulassung von Orthopädisten setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die vom Minister unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Orthopädisten vorgeschlagen werden,
3. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die vom Minister bestimmt werden,
4. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

Art. 79 - Der Rat für die Zulassung von Orthopädisten hat als Aufgabe, dem Versicherungsausschuß die Zulassung von Personen vorzuschlagen, die er als kompetent anerkennt, um den Begünstigten der Versicherung Prothesen und orthopädische Apparate zu liefern, die aufgrund des vorerwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen in den Kompetenzbereich der Orthopädisten fallen.

Zulassungsanträge werden an den Dienst für Gesundheitspflege gesandt, der sie dem Zulassungsrat übermittelt.

Art. 80 - § 1 - Für die in Artikel 29 des vorerwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen erwähnten Leistungen in bezug auf Orthopädie und orthopädische Sohlen können Personen zur Zulassung vorgeschlagen werden, die mindestens viereinhalb Jahre lang an einer theoretischen und praktischen Ausbildung zum Orthopädisten teilgenommen haben und eine vom Rat organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse abgelegt haben; das Programm dieser Prüfung wird von Uns nach Stellungnahme des Rates festgelegt.

§ 2 - Für die in Artikel 29 des vorerwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen erwähnten Leistungen in bezug auf Orthopädie, Prothesen und orthopädische Sohlen können Personen zur Zulassung vorgeschlagen werden, die mindestens fünfzehn Jahre lang an einer theoretischen und praktischen Ausbildung zum Orthopädisten teilgenommen haben und eine vom Rat organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse abgelegt haben; das Programm dieser Prüfung wird von Uns nach Stellungnahme des Rates festgelegt.

§ 3 - Für die in Artikel 29 des vorerwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen erwähnten Leistungen in bezug auf orthopädische Schuhe und orthopädische Sohlen können Personen zur Zulassung vorgeschlagen werden, die mindestens fünfzehn Jahre lang an einer theoretischen und praktischen Ausbildung zum Orthopädisten teilgenommen haben und eine vom Rat organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse abgelegt haben; das Programm dieser Prüfung wird von Uns nach Stellungnahme des Rates festgelegt.

Diese Ausbildung wird jedoch für Personen, die an der in § 1 erwähnten Ausbildung teilgenommen haben, auf zwei Jahre verkürzt.

Art. 81 - Die Zulassung von Personen, die am 1. September 1983 als Orthopädist zugelassen waren, bleibt bestehen.

Diese Zulassung gilt jedoch nur für Leistungen, für die diese Personen als kompetent anerkannt waren.

Der Kompetenzbereich dieser Personen kann erweitert werden, nachdem sie an einer entsprechenden theoretischen und praktischen Ausbildung teilgenommen haben und eine Prüfung über ihre Fachkenntnisse abgelegt haben, deren Programm von Uns nach Stellungnahme des Rates festgelegt wird.

C. Rat für die Zulassung von Bandagisten

Art. 82 - Der Rat für die Zulassung von Bandagisten setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die vom Minister unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Bandagisten vorgeschlagen werden,
3. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die vom Minister bestimmt werden,
4. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

Art. 83 - Der Rat für die Zulassung von Bandagisten hat als Aufgabe, dem Versicherungsausschuß die Zulassung von Personen vorzuschlagen, die er als kompetent anerkennt, um den Begünstigten der Versicherung Bandagen zu liefern, die aufgrund des vorerwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen in den Kompetenzbereich der Bandagisten fallen.

Zulassungsanträge werden an den Dienst für Gesundheitspflege gesandt, der sie dem Zulassungsrat übermittelt.

Art. 84 - § 1 - Für die in Artikel 27 des vorerwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen erwähnten Leistungen können Personen zur Zulassung vorgeschlagen werden, die mindestens dreieinhalb Jahre lang an einer theoretischen und praktischen Ausbildung zum Bandagisten teilgenommen haben und eine vom Rat organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse abgelegt haben; das Programm dieser Prüfung wird von Uns nach Stellungnahme des Rates festgelegt.

§ 2 - Für Leistungen in bezug auf Material für künstliche Darmausgänge, ambulante Urinale und Trachealkanülen können Apotheker zur Zulassung vorgeschlagen werden, die sechs Monate lang an einer entsprechenden Ausbildung teilgenommen haben. Apotheker, die Inhaber des von einer vom Staat anerkannten Universität ausgestellten Diploms eines Krankenhausapothekers sind, werden jedoch für diese Leistungen als kompetent anerkannt.

Art. 85 - Für die in Artikel 28 § 6 Nr. 1 des vorerwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen erwähnten Leistungen können Personen zur Zulassung vorgeschlagen werden, die mindestens zwei Jahre lang an einer entsprechenden theoretischen und praktischen Ausbildung teilgenommen haben und eine vom Rat organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse abgelegt haben; das Programm dieser Prüfung wird von Uns nach Stellungnahme des Rates festgelegt.

Art. 86 - Die Zulassung von Personen, die am 1. September 1983 als Bandagist zugelassen waren, bleibt bestehen. Diese Zulassung gilt jedoch nur für Leistungen, für die diese Personen als kompetent anerkannt waren.

Der Kompetenzbereich dieser Personen kann erweitert werden, nachdem sie an einer entsprechenden theoretischen und praktischen Ausbildung teilgenommen haben und eine Prüfung über ihre Fachkenntnisse abgelegt haben, deren Programm von Uns nach Stellungnahme des Rates festgelegt wird.

D. Rat für die Zulassung von Lieferanten von Implantaten

Art. 87 - Der Rat für die Zulassung von Lieferanten von Implantaten setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die vom Minister unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Personen vorgeschlagen werden, die für die Lieferung von Implantaten zugelassen sind,
3. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die vom Minister bestimmt werden,
4. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

Art. 88 - Der Rat für die Zulassung von Lieferanten von Implantaten hat als Aufgabe, dem Versicherungsausschuß die Zulassung von Personen vorzuschlagen, die er als kompetent anerkennt, um den Begünstigten der Versicherung Implantate zu liefern, die im Verzeichnis der erstattungsfähigen Apparate aufgeführt sind.

Zulassungsanträge werden an den Dienst für Gesundheitspflege gesandt, der sie dem Zulassungsrat übermittelt.

Art. 89 - § 1 - Apotheker, die Inhaber des von einer vom Staat anerkannten Universität ausgestellten Diploms eines Krankenhausapothekers sind, werden als kompetent anerkannt.

§ 2 - Personen, die mindestens ein Jahr lang an einer entsprechenden theoretischen und praktischen Ausbildung teilgenommen haben und eine vom Rat organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse abgelegt haben, können zur Zulassung vorgeschlagen werden; das Programm dieser Prüfung wird von Uns nach Stellungnahme des Rates festgelegt.

§ 3 - Gemäß den Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 6. Juni 1960 über die Herstellung, die Zubereitung, den Großvertrieb und die Abgabe von Arzneimitteln werden Offizinapotheker von Amts wegen für das Liefern von Artikeln in steriler Form zugelassen.

§ 4 - Die Zulassung kann auf bestimmte Lieferungen beschränkt werden. Dies wird in der Zulassungsbescheinigung vermerkt.

E. Rat für die Zulassung von Gehörprothesenherstellern

Art. 90 - Der Rat für die Zulassung von Gehörprothesenherstellern setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die vom Minister unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Gehörprothesenhersteller vorgeschlagen werden,
3. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die vom Minister bestimmt werden,
4. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

Art. 91 - Der Rat für die Zulassung von Gehörprothesenherstellern hat als Aufgabe, dem Versicherungsausschuß die Zulassung von Personen vorzuschlagen, die er als kompetent anerkennt, um den Begünstigten der Versicherung Prothesen und Hörgeräte zu liefern, die aufgrund des vorerwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen in den Kompetenzbereich der Gehörprothesenhersteller fallen.

Zulassungsanträge werden an den Dienst für Gesundheitspflege gesandt, der sie dem Zulassungsrat übermittelt.

Art. 92 - § 1 - Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde werden als kompetent anerkannt.

§ 2 - Inhaber des Diploms eines Graduierten der Audiologie, sofern der Lehrplan vom Ministerium des Unterrichtswesens anerkannt ist, werden als kompetent anerkannt.

§ 3 - Personen, die seit mindestens drei Jahren den Beruf des Gehörprothesenherstellers entweder als Betriebsleiter oder als Techniker im Dienst eines Gehörprothesenherstellers ausüben, können zur Zulassung vorgeschlagen werden.

Der Rat beurteilt Ausbildungsbedingungen und berufliche Qualifikation der Kandidaten und erlegt ihnen gegebenenfalls eine von ihm organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse auf; das Programm dieser Prüfung wird vom König nach Stellungnahme des Zulassungsrates festgelegt.

Art. 93 - Personen, die die in Artikel 92 § 3 Absatz 1 gestellten Bedingungen nicht erfüllen, können ebenfalls zur Zulassung vorgeschlagen werden unter der Voraussetzung, daß sie seit mindestens einem Jahr ihren Beruf als Betriebsleiter oder Techniker im Dienst eines Gehörprothesenherstellers ausüben oder als Apotheker seit mindestens einem Jahr Prothesen und Hörgeräte abgeben und in jedem Fall eine vom Rat organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse ablegen; das Programm dieser Prüfung wird vom König nach Stellungnahme des Zulassungsrates festgelegt.

F. Rat für die Zulassung von Optikern

Art. 94 - Der Rat für die Zulassung von Optikern setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten,
2. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die vom Minister unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Optiker vorgeschlagen werden,
3. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die vom Minister bestimmt werden,
4. einem ordentlichen Mitglied und einem Ersatzmitglied, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister bestimmt werden.

Art. 95 - Der Rat für die Zulassung von Optikern hat als Aufgabe, dem Versicherungsausschuß die Zulassung von Personen vorzuschlagen, die er als kompetent anerkennt, um den Begünstigten der Versicherung Brillen und Augenprothesen zu liefern, die aufgrund des vorerwähnten Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen in den Kompetenzbereich der Optiker fallen.

Zulassungsanträge werden an den Dienst für Gesundheitspflege gesandt, der sie dem Zulassungsrat übermittelt.

Art. 96 - § 1 - Personen, die Inhaber eines der Titel sind, die in Artikel 5 § 2 des Königlichen Erlasses vom 30. Oktober 1964 zur Einführung der Bedingungen für die Ausübung der Berufstätigkeit des Optiker-Brillenschleifers in kleinen und mittleren Handels- und Handwerksbetrieben, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 14. Januar 1975, erwähnt sind, und die unter den im selben Artikel vorgesehenen Bedingungen eine praktische Lehre absolviert haben, werden als kompetent anerkannt; der Nachweis dieser praktischen Lehre muß gemäß Artikel 5 § 2 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 30. Oktober 1964, abgeändert durch den vorerwähnten Königlichen Erlaß vom 14. Januar 1975, erbracht werden.

§ 2 - Apotheker, die Inhaber eines Nachweises sind, in dem bescheinigt wird, daß sie mindestens ein Jahr lang an einem von der repräsentativen Berufsvereinigung der Apothekerschaft anerkannten Optikkurs teilgenommen haben, werden ebenfalls als kompetent anerkannt.

Art. 97 - Personen, die seit mindestens drei Jahren den Beruf des Optikers entweder als Betriebsleiter oder als Techniker im Dienst eines Optikers ausüben, können zur Zulassung vorgeschlagen werden.

Der Rat beurteilt Ausbildungsbedingungen und berufliche Qualifikation der Kandidaten und erlegt ihnen gegebenenfalls eine von ihm organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse auf; das Programm dieser Prüfung wird vom König nach Stellungnahme des Zulassungsrates festgelegt.

Art. 98 - Personen, die die in Artikel 97 Absatz 1 gestellten Bedingungen nicht erfüllen, können ebenfalls zur Zulassung vorgeschlagen werden unter der Voraussetzung, daß sie seit mindestens einem Jahr ihren Beruf als Betriebsleiter oder Techniker im Dienst eines Optikers ausüben oder als Apotheker seit mindestens drei Jahren Brillen und Augenprothesen abgeben und in jedem Fall eine vom Rat organisierte Prüfung über ihre Fachkenntnisse ablegen; das Programm dieser Prüfung wird vom König nach Stellungnahme des Zulassungsrates festgelegt.

G. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Zulassungsräte

Art. 99 - Die Mitglieder der Zulassungsräte werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Ihre Mandate sind alle drei Jahre je zur Hälfte erneuerbar.

Die Mandate der Mitglieder der vorerwähnten Räte wurden jedoch zum erstenmal am 1. Januar 1967 erneuert, wobei die ausscheidenden Mitglieder durch das Los bestimmt wurden.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Rat ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat der Person, die es ersetzt.

Art. 100 - Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds.

Ist der Präsident verhindert, wird er von einem stellvertretenden Präsidenten, der vom König gemäß den in Artikel 215 § 3 des koordinierten Gesetzes vorgesehenen Bedingungen ernannt wird, ersetzt.

Art. 101 - Alle Mitglieder der Zulassungsräte sind stimmberechtigt.

Art. 102 - Die Zulassungsräte werden von ihrem Präsidenten einberufen.

Ein Rat tagt rechtsgültig, 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. Bei Stimmgleichheit ist der Vorschlag abgelehnt.

Art. 103 - Die Ämter des Sekretärs und des beigeordneten Sekretärs der Zulassungsräte werden von Bediensteten des Dienstes für Gesundheitspflege, die vom leitenden Beamten dieses Dienstes bestimmt werden, ausgeübt.

Art. 104 - Die Zulassung der Personen, die am 31. Dezember 1963 in Anwendung der Bestimmungen des Königlichen Grundlagenerlasses vom 22. September 1955 über die Kranken- und Invalidenversicherung zugelassen waren, bleibt auf ihren Antrag hin bestehen.

Diese Zulassung gilt jedoch nur für Leistungen, für die diese Personen entweder in Anwendung der zuvor gültigen Gesundheitspfegetarife oder aufgrund der Angaben auf der Zulassungsbescheinigung als kompetent anerkannt waren.

Diese Personen können jedoch um eine Anerkennung der Ausdehnung ihres Kompetenzbereiches nachsuchen; dazu müssen sie eine Fachprüfung ablegen, deren Programm vom König nach Stellungnahme des Zulassungsrates festgelegt wird.

Art. 105 - Jede zugelassene Person ist verpflichtet, die Verschreibungen der Ärzte strikt einzuhalten.

Art. 106 - Der Versicherungsausschuß kann zu jedem Zeitpunkt auf Vorschlag des zuständigen Zulassungsrates die Zulassung jeder zugelassenen Person, die eine Tat begangen hat, die vom Zulassungsrat als Verletzung der Berufspflichten angesehen wird, aussetzen oder entziehen. Die von dieser Bestimmung betroffenen Personen werden vorab vom Zulassungsrat in ihren Verteidigungsmitteln angehört; sie müssen nicht angehört werden, wenn sie nach einer zweiten Vorladung nicht vorstellig werden.

Abschnitt XI — Kollegium der Ärzte-Direktoren

Art. 107 - Das aufgrund von Artikel 23 des koordinierten Gesetzes eingesetzte Kollegium der Ärzte-Direktoren setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten, der Doktor der Medizin und Beamter des Dienstes für Gesundheitspflege ist,

2. neun ordentlichen Mitgliedern und neun 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 ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat; jeder Versicherungsträger schlägt unter seinen Kandidaten den Arzt vor, der die medizinische Direktion dieses Versicherungsträgers innehat,

3. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die Doktoren der Medizin und Beamte des Dienstes für Gesundheitspflege sind.

Art. 108 - Die Mitglieder des Kollegiums der Ärzte-Direktoren werden vom König für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Kollegium der Ärzte-Direktoren ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Art. 109 - Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds.

Ist der Präsident verhindert, wird er von einem stellvertretenden Präsidenten, der vom König unter den in Artikel 23 § 5 des koordinierten Gesetzes vorgesehenen Bedingungen ernannt wird, ersetzt.

Art. 110 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden. Bei Stimmgleichheit ist die Stimme des Präsidenten ausschlaggebend.

Art. 111 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren wird von seinem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Versicherungsausschusses oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angehenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Art. 112 - Die Ämter des Sekretärs und des beigeordneten Sekretärs des Kollegiums der Ärzte-Direktoren werden von Bediensteten des Dienstes für Gesundheitspflege, die vom leitenden Beamten dieses Dienstes bestimmt werden, ausgeübt.

Art. 113 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren erstellt seine Geschäftsordnung und legt sie dem Versicherungsausschuß zur Billigung vor.

Abschnitt XII — Beirat für Rehabilitation

Art. 114 - Der in Artikel 24 § 4 des koordinierten Gesetzes erwähnte Beirat für Rehabilitation wird von seinem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Ministers, auf Ersuchen des Versicherungsausschusses, auf Ersuchen des Kollegiums der Ärzte-Direktoren oder auf schriftlichen Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Art. 115 - Der Präsident übermittelt dem Versicherungsausschuß die Stellungnahmen des Beirates für Rehabilitation, nachdem er sie dem Kollegium der Ärzte-Direktoren, das seine Bemerkungen hinzufügt, übermittelt hat.

Art. 116 - Die Mitglieder des Beirates für Rehabilitation werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Die Mandate sind alle drei Jahre je zur Hälfte erneuerbar. Die Mandate der Mitglieder wurden jedoch zum erstenmal am 1. Januar 1995 erneuert; die ausscheidenden Mitglieder wurden durch das Los bestimmt. Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Rat ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds.

Art. 117 - Der Beirat für Rehabilitation tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden. Bei Stimmgleichheit ist der Vorschlag abgelehnt.

Art. 118 - Die Ämter des Sekretärs und des beigeordneten Sekretärs des Beirates für Rehabilitation werden von Bediensteten des Dienstes für Gesundheitspflege, die vom leitenden Beamten dieses Dienstes bestimmt werden, ausgeübt.

Art. 119 - Der Beirat für Rehabilitation erstellt seine Geschäftsordnung und legt sie dem Versicherungsausschuß zur Billigung vor.

Abschnitt XIII — Nationales Kollegium der Vertrauensärzte

Art. 120 - Beim Dienst für Gesundheitspflege wird ein Nationales Kollegium der Vertrauensärzte eingesetzt. Dieses Kollegium hat als Aufgabe:

1. eine Geschäftsordnung zu erstellen,
2. die Einhaltung der in Artikel 153 und in Artikel 8 § 8 des Königlichen Erlasses vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnten Beschlüsse der Vertrauensärzte zu gewährleisten.

Zu diesem Zweck übermitteln die Vertrauensärzte dem Nationalen Kollegium der Vertrauensärzte über ihre medizinische Direktion und gemäß den vom Nationalen Kollegium der Vertrauensärzte festgelegten Modalitäten pro Quartal die statistischen Informationen in bezug auf ihre Beschlüsse.

Das Nationale Kollegium nimmt die körperliche Untersuchung der Begünstigten vor, wenn es dies für notwendig hält, und ändert eventuell den vom Vertrauensarzt gefaßten Beschluß. Der Beschluß des Nationalen Kollegiums kann keine rückwirkende Kraft haben. Er bleibt höchstens ein Jahr gültig. Während der ersten sechs Monate nach diesem Beschluß darf kein neuer Antrag wegen Verschlechterung des Abhängigkeitsgrads beim Vertrauensarzt eingereicht werden, außer bei medizinischer oder krankenflegerischer Indikation, die durch einen ausführlichen Bericht des behandelnden Arztes nachgewiesen wird.

Dieser Beschluß wird dem Begünstigten, dem Versicherungsträger, bei dem er angeschlossen oder eingetragen ist, und der Einrichtung, in der er aufgenommen ist, oder der Fachkraft für Krankenpflege, die die notwendigen Pflegeleistungen im Rahmen der Hauspflege erbringt, notifiziert,

3. die in Artikel 34 Nr. 11 und 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Dienste und Einrichtungen insbesondere anhand der statistischen Daten, die auf seinen Antrag hin von diesen Diensten und Einrichtungen übermittelt werden, zu kontrollieren hinsichtlich der Einhaltung der Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen in bezug auf die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung,

4. den Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle über jede Unregelmäßigkeit zu informieren, die es bei der Ausübung seiner Aufgabe feststellt,

5. dem leitenden Beamten des Dienstes für Gesundheitspflege jährlich über seine Tätigkeiten Bericht zu erstatten.

Art. 121 - Das Nationale Kollegium der Vertrauensärzte setzt sich zusammen aus zwölf ordentlichen Mitgliedern und zwölf Ersatzmitgliedern, die Vertrauensärzte 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 ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt; jeder Versicherungsträger hat Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds. Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds.

Die Mitglieder werden vom König ernannt.

Das Kollegium bestimmt unter seinen Mitgliedern einen Präsidenten.

Die Mitglieder des Nationalen Kollegiums der Vertrauensärzte werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Ihre Mandate sind alle drei Jahre je zur Hälfte erneuerbar. Die Mandate der Hälfte der Mitglieder wurden zum erstenmal am 1. Januar 1986 erneuert, wobei die ausscheidenden Mitglieder durch das Los bestimmt wurden.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Nationalen Kollegium der Vertrauensärzte ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Art. 122 - Das Nationale Kollegium der Vertrauensärzte tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist.

Alle Mitglieder des Nationalen Kollegiums sind stimmberechtigt. Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt. Bei Stimmgleichheit ist der Vorschlag abgelehnt.

Das Nationale Kollegium kann die Ausführung der in Artikel 120 Nr. 2, 3 und 4 erwähnten Aufgaben intern geschaffenen Abteilungen anvertrauen.

Die Ämter des Sekretärs und des beigeordneten Sekretärs des Nationalen Kollegiums der Vertrauensärzte werden von Bediensteten des Dienstes für Gesundheitspflege, die vom leitenden Beamten dieses Dienstes bestimmt werden, ausgeübt.

KAPITEL II — Anwendungsbereich

Abschnitt I — Personen zu Lasten der Begünstigten

Art. 123 - Die Eigenschaft als Person zu Lasten eines Berechtigten oder Arbeitnehmers im Sinne von Artikel 32 des koordinierten Gesetzes wird den im vorliegenden Artikel und in den Artikeln 124, 125 und 127 erwähnten Personen zuerkannt unter Bedingungen, die in denselben Artikeln erwähnt sind:

1. dem Ehepartner des beziehungsweise der Berechtigten oder des Arbeitnehmers beziehungsweise der Arbeitnehmerin.

Der nicht geschiedene, aber tatsächlich getrennte oder von Tisch und Bett getrennt lebende Ehepartner kann in einem der folgenden Fälle Person zu Lasten sein:

a) Er oder sie kommt für den Unterhalt von mindestens einem Kind, das als Person zu Lasten gilt, auf. Die Eigenschaft dieses Kindes als Person zu Lasten wird im Sinne von Nr. 3 beurteilt, als ob der tatsächlich getrennte oder von Tisch und Bett getrennt lebende Ehepartner selbst Berechtigter wäre.

b) Er oder sie erhält Alimente entweder aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung oder - im Fall eines Ehescheidungsverfahrens oder einer Trennung von Tisch und Bett im gegenseitigen Einverständnis - aufgrund einer notariellen Urkunde.

c) Er oder sie ist aufgrund von Artikel 221 des Zivilgesetzbuchs ermächtigt, Beträge einzunehmen, die dem Ehepartner von Dritten geschuldet werden.

d) Er oder sie bezieht eine Pension, die aufgrund einer Gesetzesbestimmung dem getrennt lebenden Ehepartner bewilligt wird,

2. der nicht entlohnten Person ungeachtet des Geschlechts, die sich um den Haushalt des beziehungsweise der Berechtigten oder des Arbeitnehmers beziehungsweise der Arbeitnehmerin kümmert, wenn sie gemäß Artikel 252 seit mehr als sechs Monaten als Mitglied des Haushalts des beziehungsweise der Berechtigten eingetragen ist oder wenn sie seit mehr als sechs Monaten dem Haushalt des in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 15 des koordinierten Gesetzes erwähnten Arbeitnehmers angehört.

Die Frist von sechs Monaten ist für diese Person nicht erforderlich, wenn sie bei ihrer Eintragung bereits aus irgendeinem anderen Grund Anrecht auf Gesundheitsleistungen hatte.

Seine beziehungsweise ihre Eintragung als Person zu Lasten ist nicht möglich, wenn der Ehepartner des beziehungsweise der Berechtigten oder des Arbeitnehmers beziehungsweise der Arbeitnehmerin selbst diese Eigenschaft hat oder wenn der Ehepartner, der selbst Berechtigter ist, mit dem anderen Ehepartner unter einem Dach wohnt,

3. den nachstehend aufgezählten Kindern, wenn sie eine der unter Ziffer 1) bis 7) erwähnten Bedingungen erfüllen:

a) den ehelichen, für ehelich erklärten, adoptierten, anerkannten nichtehelichen Kindern des Berechtigten oder Arbeitnehmers und denjenigen, in deren Geburtsurkunde dessen Name vermerkt ist,

b) den nicht gemeinsamen Kindern des Berechtigten oder Arbeitnehmers und seines Ehepartners, dessen ehelichen, für ehelich erklärten, adoptierten oder anerkannten nichtehelichen Kindern und denjenigen, in deren Geburtsurkunde der Name dieses Ehepartners vermerkt ist, wenn der Ehepartner deren Unterhalt wahrnimmt,

c) den nicht gemeinsamen Kindern des Berechtigten oder Arbeitnehmers und der in Nr. 2 erwähnten Person zu seinen Lasten, deren ehelichen, für ehelich erklärten, adoptierten oder anerkannten nichtehelichen Kindern und denjenigen, in deren Geburtsurkunde der Name dieser Person vermerkt ist, wenn diese Person deren Unterhalt wahrnimmt,

d) den Enkelkindern des Berechtigten oder Arbeitnehmers, seines Ehepartners oder der in Nr. 2 erwähnten Person, wenn dieser Berechtigte oder Arbeitnehmer den Unterhalt dieser Kinder wahrnimmt,

e) den Kindern und Enkelkindern des Ehepartners des Berechtigten oder Arbeitnehmers oder der in Nr. 2 erwähnten Person, im Sinne der Bestimmungen von Buchstabe b), c) und d), deren Unterhalt dieser Berechtigte oder Arbeitnehmer nach dem Tod dieses Ehepartners oder dieser Person wahrnimmt,

f) den Kindern, für die der Berechtigte oder Arbeitnehmer an Stelle des Vaters, der Mutter oder anderer Personen, denen diese Aufgabe normalerweise zukommt, den Unterhalt wahrnimmt, wenn diese gestorben, inhaftiert oder zu 66 Prozent arbeitsunfähig sind, für diese Arbeitsunfähigkeit aber nicht entschädigt werden, oder wenn sie diese Kinder ausgesetzt haben,

g) den Kindern, die dem Berechtigten oder Arbeitnehmer von einem nationalen oder internationalen Hilfswerk, von einem öffentlichen Sozialhilfzentrum oder aufgrund des Gesetzes vom 8. April 1965 über den Jugendschutz anvertraut sind.

Die vorerwähnten Kinder müssen sich in einer der folgenden Lagen befinden:

1) Anrecht auf Kinderzulagen geben; mit diesen Kindern gleichgestellt werden:

1. Kinder des Berechtigten, der aufgrund eines internationalen Abkommens Anrecht auf Gesundheitspflege in Belgien hat und der Berechtigte von Kinderzulagen hätte sein können, wenn das Gesetz vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer oder der Gesetzlerlaß vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen auf ihn anwendbar gewesen wäre,

2. Kinder, die in Anwendung des Gesetzes vom 27. Februar 1987 über die Behindertenbeihilfen eine Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens beziehen.

Die Bedingung hinsichtlich der Kinderzulagen gilt jedoch nicht bis einschließlich 31. Dezember des Jahres, im Laufe dessen die Kinder, die sich in einer der in Buchstabe a), f) oder g) erwähnten Lagen befinden, achtzehn Jahre alt werden,

2) das fünfundzwanzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben und regelmäßig am Mittelschul-, Hochschul-, beruflichen oder technischen Unterricht teilnehmen. Dieser Unterricht muß tagsüber erteilt werden und darf nicht auf einen Teil des Jahres beschränkt sein.

Diese Bestimmungen gelten für Diözesanpriester, die ihr Studium fortsetzen, insofern sie nicht in irgendeinem besoldeten Amt ernannt sind, und für Pater, Brüder oder Nonnen, die ihr Studium fortsetzen, insofern sie nicht ihre ersten Gelübde abgelegt haben.

Die Unterbrechung des Studiums führt zum Verlust der Eigenschaft als Person zu Lasten, außer wenn der Vertrauensarzt sie wegen der Krankheit des Kindes als gerechtfertigt ansieht. In diesem Fall behält das Kind die Eigenschaft als Person zu Lasten bis zum Datum der Genesung, wenn sie eintritt, bevor es das fünfundzwanzigste Lebensjahr vollendet hat, und gegebenenfalls während der Dauer des wiederaufgenommenen Studiums, bis das Kind dieses Alter erreicht,

3) durch einen Lehrvertrag gebunden sein, dessen Abschluß registriert ist und dessen Ausführung von einem anerkannten Lehrlingssekretariat kontrolliert wird; hiermit gleichgestellt werden Kinder, die im Rahmen der Ausbildung zum Betriebsleiter Kurse der ständigen Weiterbildung des Mittelstands belegen,

4) zum Zeitpunkt, wo die Anwendung der vorliegenden Bestimmung beantragt wird, lediges Kind über achtzehn, aber unter fünfundzwanzig Jahre sein und entweder den verstorbenen Ehepartner, die verstorbene Ehepartnerin oder die verstorbene in Nr. 2 erwähnte Person in der Hausarbeit ersetzen oder dem Ehepartner, der Ehepartnerin oder der vorerwähnten Person bei dieser Arbeit beistehen in einem Haushalt mit mindestens vier Kindern, von denen für mindestens drei Kinderzulagen bezogen werden. In diesen Fällen dürfen weder das Kind noch der Ehepartner, die Ehepartnerin oder die vorerwähnte Person eine andere Tätigkeit verrichten als die, auf die sich vorliegende Bestimmung bezieht,

5) zum Zeitpunkt, wo die Anwendung der vorliegenden Bestimmung beantragt wird, lediges Kind über achtzehn, aber unter fünfundzwanzig Jahre sein und den Ehepartner, die Ehepartnerin, die in Nr. 2 erwähnte Person, den Witwer oder die Witwe in der Hausarbeit ersetzen, wenn es diesem oder dieser seit mindestens einem Monat aufgrund seines/ihrer Gesundheitszustands völlig unmöglich ist, diese Arbeit zu verrichten. Daß es dem Ehepartner, der Ehepartnerin, der vorerwähnten Person, dem Witwer oder der Witwe aufgrund seines/ihrer Gesundheitszustands unmöglich ist, seine/ihre Hausarbeit zu verrichten, wird durch ein ärztliches Attest bestätigt und muß vom Vertrauensarzt festgestellt und überwacht werden.

Gibt das Kind, das selbst Berechtigter ist, unter den in der vorliegenden Bestimmung festgelegten Bedingungen seine Arbeit ganz auf, gilt es sofort als Begünstigter,

6) zum Zeitpunkt, wo die Anwendung der vorliegenden Bestimmung beantragt wird, lediges Kind über achtzehn, aber unter fünfundzwanzig Jahre sein, keinen Beruf ausüben und den verwitweten Vater oder die verwitwete Mutter, den getrennt lebenden oder verlassenen Vater oder die getrennt lebende oder verlassene Mutter, der/die sozialversicherungspflichtig ist und seinen/ihren Beruf vollzeitig ausübt, in der Hausarbeit ersetzen,

7) ungeachtet des Alters Kind sein, für dessen Unterhalt der Berechtigte vor dem fünfundzwanzigsten Geburtstag des Kindes gesorgt hat, aufgrund seiner körperlichen oder geistigen Verfassung unfähig sein, irgendeinen Beruf auszuüben einschließlich desjenigen eines Hausangestellten, und sich jeder Rehabilitations- oder Umschulungsbehandlung unterziehen, wenn diese vom Kollegium der Ärzte-Direktoren als geeignet angesehen wird. Die Arbeitsunfähigkeit wird von diesem Kollegium auf Vorschlag des Vertrauensarztes festgestellt,

4. den Verwandten in aufsteigender Linie des Berechtigten oder Arbeitnehmers oder seines Ehepartners und gegebenenfalls ihren Stiefvätern und Stiefmüttern, wenn sie folgende Bedingungen erfüllen:

a) entweder älter als fünfundfünfzig Jahre sein oder aufgrund ihrer geistigen oder körperlichen Verfassung bleibend unfähig sein, irgendeine Arbeit zu verrichten; dieser Zustand wird durch ein ärztliches Attest bestätigt und vom Vertrauensarzt anerkannt und überwacht,

b) seit mindestens sechs Monaten als Mitglied des Haushalts des Berechtigten eingetragen sein gemäß den Bestimmungen von Artikel 252.

Diese Frist ist nicht erforderlich, wenn die Betroffenen bei ihrer Eintragung als Verwandte in aufsteigender Linie aus irgendeinem anderen Grund bereits Anrecht auf Gesundheitsleistungen hatten.

Art. 124 - § 1 - Als Personen zu Lasten können jedoch nicht angesehen werden:

1. Personen, die über ein Einkommen, eine Pension, eine Rente, eine Zulage beziehungsweise eine Entschädigung verfügen, die in Artikel 225 § 3 erwähnt sind, insofern der Brutto-Gesamtbetrag die ab dem 1. Juli 1983 zu berücksichtigende Grenze übersteigt. Die Höhe dieses Einkommens wird gemäß den in Artikel 225 erwähnten Modalitäten nachgewiesen.

Von diesem Ausschluß kann abgewichen werden zugunsten:

— der in Artikel 123 Nr. 3 erwähnten Kinder,
 — der Berechtigten im Sinne des Königlichen Erlasses vom 30. Juli 1964 zur Festlegung der Bedingungen, gemäß denen die Anwendung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung auf Selbständige ausgedehnt wird, die am 31. März 1983 als Person zu Lasten eingetragen sind und an diesem Datum das Alter von fünfzig Jahren erreicht haben,

— der Personen, die am 31. März 1983 folgende Bedingungen erfüllen:

a) als Person zu Lasten eingetragen sein,
 b) das Alter von sechzig oder fünfundsechzig Jahren erreicht haben, je nachdem ob es eine Frau oder einen Mann betrifft,

c) Begünstigter einer Behindertenbeihilfe sein, die aufgrund des Gesetzes vom 27. Juni 1969 über die Gewährung von Behindertenbeihilfen auf der Grundlage eines Unfähigkeitsgrades von mindestens 70 Prozent bewilligt wird; die Erfüllung dieser Bedingung wird durch eine Bescheinigung nachgewiesen, die vom Dienst für Behinderte des Ministeriums der Sozialen Angelegenheiten ausgestellt wird.

Der Teil der Ruhestandspension, der dem Ehepartner dem Gesetz entsprechend im Fall einer tatsächlichen Trennung bewilligt wird, die auf eine in Artikel 2 des Gesetzes vom 26. Juni 1990 über den Schutz der Person des Geisteskranken vorgesehene Schutzmaßnahme zurückzuführen ist, wird nicht als Ersatzeinkommen angesehen,

2. Personen, die die Eigenschaft als Berechtigte im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 haben und ohne Zahlung eines ergänzenden Beitrags oder eines Eigenbeitrags Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben.

Die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 16 erwähnten Waisen können jedoch entweder gemäß Artikel 128 in der Eigenschaft einer Waise oder unter den in Artikel 123 Nr. 3 Buchstabe d), e), f) und g) vorgesehenen Bedingungen als Person zu Lasten eingetragen werden,

3. Personen, die Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben aufgrund ihrer Beschäftigung bei einer nationalen, internationalen oder überstaatlichen öffentlich-rechtlichen Einrichtung, die selbst eine Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherungsregelung organisiert, bei der ihr Personal angeschlossen sein muß; dies gilt auch für Personen zu deren Lasten, es sei denn, sie können eine im vorliegenden Abschnitt erwähnte Eigenschaft als Person zu Lasten beanspruchen, die aufgrund der in Artikel 125 erwähnten Reihenfolge Vorrang vor der Eigenschaft hat, aufgrund deren sie als Person zu Lasten die Leistungen der vorerwähnten Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherungsregelung in Anspruch nehmen können, die im Rahmen einer nationalen, internationalen oder überstaatlichen öffentlich-rechtlichen Einrichtung organisiert wird.

§ 2 - Personen zu Lasten eines Berechtigten oder eines Arbeitnehmers im Sinne von Artikel 123 müssen seinem Haushalt angehören; sie erfüllen diese Bedingung nur, wenn sie denselben Hauptwohntort - im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 8. August 1983 zur Organisation eines Nationalregisters der natürlichen Personen - wie der Berechtigte haben.

Von dieser Regel ausgenommen sind der in Artikel 123 Nr. 1 erwähnte getrennt lebende Ehepartner und die Kinder, die in Anwendung von Artikel 123 Nr. 3 Ziffer 1) 2) 3) und 7) zu Lasten des Berechtigten oder Arbeitnehmers sind.

Die Eigenschaft als Person zu Lasten geht nicht verloren, wenn diese Person dem Haushalt des Berechtigten oder Arbeitnehmers zeitweilig nicht mehr angehört.

Die Nichtzugehörigkeit zum Haushalt des Berechtigten oder Arbeitnehmers wird als zeitweilig angesehen:

— wenn sie höchstens drei Monate beträgt,
 — für die ganze Dauer der Aufnahme in einer Pflegeanstalt, die gemäß dem am 7. August 1987 koordinierten Gesetz über die Krankenhäuser zugelassen ist,
 — für die ganze Dauer des Aufenthalts in einem Altenheim, das in Anwendung des Gesetzes vom 12. Juli 1966 über die Altenheime zugelassen ist,
 — für die ganze Dauer des Aufenthalts in einem Alten- und Pflegeheim, das in Anwendung des Gesetzes vom 27. Juni 1978 zur Abänderung der Rechtsvorschriften über die Krankenhäuser und betreffend bestimmte andere Formen der Pflegeerbringung zugelassen ist.

Diese zeitweilige Nichtzugehörigkeit unterbricht nicht die in Artikel 123 Nr. 4 Buchstabe b) vorgeschriebene Wartezeit von sechs Monaten.

§ 3 - Der Nachweis des Hauptwohntortes muß in den in § 2 vorgesehenen Fällen gemäß den Bestimmungen von Artikel 225 § 4 erbracht werden.

Art. 125 - § 1 - Kann eine Person in verschiedenen Eigenschaften die Eigenschaft als Person zu Lasten beanspruchen, muß die Eintragung unter Berücksichtigung der nachstehenden Reihenfolge erfolgen:

1. Artikel 123 Nr. 1,
2. Artikel 123 Nr. 3,
3. Artikel 123 Nr. 4,
4. Artikel 123 Nr. 2.

Ungeachtet der Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes kann der tatsächlich getrennte oder von Tisch und Bett getrennt lebende Ehepartner in der Eigenschaft einer nicht entlohnten Person, die sich um den Haushalt eines Berechtigten kümmert, eingetragen werden, wenn er/sie die in Artikel 123 Nr. 2 vorgesehenen Bedingungen erfüllt und insofern sein/ihr Ehepartner nicht verlangt, daß er/sie in Anwendung von Artikel 123 Nr. 1 zu seinen/ihren Lasten eingetragen wird.

Kann ein Kind verschiedene in Artikel 123 Nr. 3 Buchstabe *a)* bis *g)* erwähnte Eigenschaften geltend machen und besteht zwischen den Berechtigten ein Streitfall über die Frage, bei wem es als Person zu Lasten eingetragen werden soll, wird das Kind vorrangig zu Lasten des Berechtigten, der den Unterhalt des Kindes wahrnimmt, zu Lasten des in Artikel 123 Nr. 3 Buchstabe *b)* erwähnten Ehepartners, der den Unterhalt des Kindes wahrnimmt, oder zu Lasten der nicht entlohnten, für den Haushalt einstehenden, in Artikel 123 Nr. 3 Buchstabe *c)* erwähnten Person, die den Unterhalt des Kindes wahrnimmt, eingetragen. Als Person, die den Unterhalt eines Kindes wahrnimmt, gilt die Person, die dieses Kind bei sich erzieht.

§ 2 - Kann eine Person nach Anwendung der Bestimmungen von § 1 zu Lasten mehrerer Berechtigten, die unter einem Dach wohnen und gemeinsam den Unterhalt desselben Haushalts wahrnehmen, eingetragen werden, so wird diese Person eingetragen:

1. zu Lasten des Berechtigten, der Anspruch auf alle Gesundheitsleistungen hat, wenn die verschiedenen Berechtigten Anspruch auf verschiedene Gesundheitspflegeregulungen haben,
2. zu Lasten des ältesten Berechtigten, wenn die verschiedenen Berechtigten Anspruch auf dieselbe Gesundheitspflegeregulung haben.

Kann eine Person nach Anwendung der Bestimmungen von § 1 zu Lasten mehrerer Berechtigten, die nicht unter einem Dach wohnen, eingetragen werden, so wird diese Person eingetragen:

1. zu Lasten des Berechtigten, der Anspruch auf alle Gesundheitsleistungen hat, wenn die verschiedenen Berechtigten Anspruch auf verschiedene Gesundheitspflegeregulungen haben,
2. zu Lasten des Berechtigten, der den Unterhalt der Person wahrnimmt, wenn die verschiedenen Berechtigten Anspruch auf dieselbe Gesundheitspflegeregulung haben.

Art. 126 - Der Begünstigte, der aufgrund der Bestimmungen des vorliegenden Abschnittes, die seit dem 1. April 1983 anwendbar sind, die Eigenschaft als Person zu Lasten behält, bleibt zu Lasten der Person eingetragen, bei der er am 31. März 1983 eingetragen war, außer wenn die Anwendung der vorliegenden Bestimmungen entweder von dem betreffenden Begünstigten oder von dem Berechtigten, zu dessen Lasten er aufgrund derselben Bestimmungen zu stehen käme, schriftlich beantragt wird.

Gibt es am 1. April 1983 in einem Haushalt jedoch mindestens einen Begünstigten, der die Eigenschaft als Person zu Lasten eines bestimmten Berechtigten hat, und solange dieser Sachverhalt andauert:

1. gilt der in Absatz 1 erwähnte Antrag, der von dem Berechtigten, zu dessen Lasten der beziehungsweise die Begünstigten aufgrund der neuen Bestimmungen zu stehen kämen, oder von einem dieser Begünstigten gestellt wird, für all diese Begünstigten,
2. bleibt die Lage jedes neuen Begünstigten, der zu Lasten von verschiedenen Berechtigten sein kann, durch die alten Bestimmungen geregelt, solange der in Absatz 1 erwähnte Antrag nicht gestellt wird.

Art. 127 - Personen zu Lasten, die diese Eigenschaft verlieren, haben weiter Anspruch auf Gesundheitsleistungen bis zum 30. Juni des Jahres nach dem Jahr, im Laufe dessen sie die vorerwähnte Eigenschaft verloren haben.

Nachstehend erwähnte Personen zu Lasten, die diese Eigenschaft verlieren, haben jedoch während der nachfolgend erwähnten Zeiträume weiter Anspruch auf Gesundheitsleistungen:

— in Artikel 205 § 1 Nr. 3 erwähnte Personen zu Lasten, die diese Eigenschaft verlieren, für die dort festgelegten Zeiträume; der Zeitraum, während dessen der Betroffene einberufen oder wiedereinberufen wird oder seinen Dienst als Wehrdienstverweigerer aus Gewissensgründen ableistet, wird für diesen Zeitraum nicht berücksichtigt,

— nicht in Artikel 205 § 1 Nr. 3 erwähnte Personen zu Lasten, die die Eigenschaft als Person zu Lasten für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten verlieren, der zwischen dem Ende oder der Unterbrechung des Studiums und der Erlangung der Eigenschaft als Berechtigter im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 oder Artikel 33 Absatz 1 Nr. 4, 5 und 6 des koordinierten Gesetzes liegt; der Zeitraum, während dessen der Betroffene einberufen oder wiedereinberufen wird oder seinen Dienst als Wehrdienstverweigerer aus Gewissensgründen ableistet, wird für diesen Zeitraum nicht berücksichtigt,

— behinderte Kinder, die aufgrund von Artikel 123 Nr. 3 Ziffer 1) Personen zu Lasten sind und das Alter von einundzwanzig Jahren erreichen und daher gleichzeitig ihre Kinderzulagen und die Eigenschaft als Person zu Lasten verlieren, haben während eines Zeitraums von höchstens drei Jahren weiter Anspruch auf Gesundheitsleistungen.

Die Aufrechterhaltung der Leistungen, so wie dies in diesen Bestimmungen vorgesehen ist, wird nur bewilligt, insofern der Anspruch auf Leistungen nicht aus einem anderen Grund bestehen kann. Erhält die in dieser Bestimmung erwähnte Person jedoch Anspruch auf Gesundheitsleistungen in der Eigenschaft eines Berechtigten oder Begünstigten gemäß Artikel 3 des Königlichen Erlasses vom 30. Juli 1964 zur Festlegung der Bedingungen, gemäß denen die Anwendung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung auf Selbständige ausgedehnt wird, so hat sie weiter Anspruch auf die in Artikel 34 des koordinierten Gesetzes erwähnten Gesundheitsleistungen bis zum Ende des Quartals nach demjenigen, im Laufe dessen sie gemäß Artikel 3 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 30. Juli 1964 die Eigenschaft eines Berechtigten oder Begünstigten erlangt hat.

Abschnitt II — Waisen

Art. 128 - Unter Kindern von Berechtigten im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 16 des koordinierten Gesetzes sind Kinder zu verstehen, die sich in einer der in Artikel 123 Nr. 3 Absatz 2 Ziffer 1) bis 7) bestimmten Lagen befinden und eheliche, für ehelich erklärte, adoptierte oder anerkannte nichteheliche Kinder eines Berechtigten sind oder in deren Geburtsurkunde der Name eines Berechtigten vermerkt ist, wenn dieser Berechtigte zum Zeitpunkt seines Todes Hinterbliebener ihres Vater oder ihrer Mutter oder ihr einziger leiblicher Elternteil war.

Diese Bestimmung gilt auch, wenn die Kinder zum Zeitpunkt dieses Todes Personen zu Lasten eines anderen Berechtigten waren.

KAPITEL III — *Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen**Abschnitt I* — Wartezeit im Hinblick auf die Eröffnung des Anrechts auf Gesundheitspflege

Art. 129 - § 1 - In Anwendung von Artikel 121 § 2 des koordinierten Gesetzes müssen nachstehend aufgezählte Personen eine Wartezeit von sechs Monaten absolvieren, die am Anfang des Monats beginnt, im Laufe dessen sie die Eigenschaft eines Berechtigten erlangen:

1. Personen, die in den sechs Monaten vor dem Anschließen oder vor der Eintragung keine Begünstigten von Beteiligungen für Gesundheitspflege zu Lasten einer belgischen öffentlichen Behörde waren,
2. Personen, die in den sechs Monaten vor dem Anschließen oder vor der Eintragung keine Begünstigten einer Gesundheitspflegeversicherungsregelung waren, die von einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder von einem Staat organisiert wird, mit dem Belgien ein Abkommen im Bereich der sozialen Sicherheit in bezug auf die Zusammenrechnung der Versicherungszeiträume geschlossen hat,
3. vorerwähnte Personen, die ihren Hauptwohrt in Belgien haben und auf die in den sechs Monaten vor dem Anschließen oder vor der Eintragung kein Statut einer Einrichtung internationalen oder europäischen Rechts mit Niederlassung in Belgien, das eine Beteiligung an den Gesundheitspflegekosten vorsieht, anwendbar war.

Im Laufe des Monats nach Ende der Wartezeit müssen für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten die in Artikel 277 erwähnten Daten, die jedoch auf die Dauer der Wartezeit beschränkt sind, gemäß dem im vorerwähnten Artikel beschriebenen Verfahren übermittelt werden.

Im Laufe des Monats nach Ende der Wartezeit wird für Berechtigte, die nicht im vorhergehenden Absatz erwähnt sind, von den Stellen oder Personen, die den betreffenden Berechtigten die in Artikel 276 § 1 erwähnten Beitragsscheine aushändigen, eine Unterlage ausgehändigt, die dieselben Daten wie die Beitragsscheine enthält, jedoch auf die Dauer der Wartezeit beschränkt ist.

Der Begünstigte übergibt die im vorhergehenden Absatz erwähnte Unterlage oder den Beitragsschein auf Papier, den er gegebenenfalls in Anwendung von Artikel 277 § 1 erhält, seinem Versicherungsträger binnen zwei Monaten nach Ende der Wartezeit.

Der Versicherungsträger überprüft aufgrund der vorerwähnten Daten oder Unterlagen, ob der Mindestwert im Rahmen der Gesundheitspflegeversicherung und gegebenenfalls im Rahmen der Entschädigungsversicherung erreicht ist; er verlangt eventuell einen Zusatzbeitrag gemäß den in Artikel 290 vorgeschriebenen Regeln. Dafür geht er von der Hälfte des jährlichen Mindesteinkommens und vom Nenner 120 aus.

§ 2 - Für Personen, deren in Artikel 121 § 2 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Wartezeit durch ihre Einberufung oder Wiedereinberufung unterbrochen wird und die binnen dreißig Tagen nach Ende ihres Militärdienstes die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1, 3 und 5 und Artikel 33 Absatz 1 Nr. 5 und 6 des koordinierten Gesetzes definierte Eigenschaft eines Berechtigten wiedererlangen, gilt die Wartezeit als absolviert, sobald sie unter Berücksichtigung des schon absolvierten Teils der Wartezeit und des Werts der abgegebenen Beitragsbelege die im vorerwähnten Artikel 121 gestellten Bedingungen erfüllen.

Sind die im vorhergehenden Absatz erwähnten Personen innerhalb dreißig Tagen nach der Entlassung ins Zivilleben oder in den Urlaub auf unbestimmte Zeit arbeitsunfähig im Sinne von Artikel 100 § 1 des koordinierten Gesetzes und ist diese Arbeitsunfähigkeit auf einen während des Wehrdienstes geschehenen Unfall oder ein während des Wehrdienstes erlittenes Leiden zurückzuführen, wird davon ausgegangen, daß die Wartezeit absolviert ist.

Dies gilt auch, wenn diese Personen, die zum Wehrdienst einberufen oder wiedereinberufen worden sind, aus gesundheitlichen Gründen von ihrem Dienst abwesend sind, insofern ihre Abwesenheit nicht auf die Dauer des Wehrdienstes angerechnet wird.

§ 3 - Für die Anwendung der vorliegenden Bestimmung wird der Zeitraum der Ableistung der Verpflichtungen aufgrund der Rechtsvorschriften über das Statut der Wehrdienstverweigerer aus Gewissensgründen dem Zeitraum der Einberufung oder Wiedereinberufung zum Wehrdienst gleichgesetzt.

§ 4 - Die Bestimmungen des vorliegenden Artikels sind nicht auf die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 und 16 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten anwendbar.

Die Bestimmungen des vorliegenden Artikels sind ebenfalls nicht anwendbar auf Berechtigte, die im Laufe der letzten sechs Monate, die ihrem Anschließen oder ihrer Eintragung vorangehen, unter dem Schutz der Belgischen Regierung in Belgien angekommen sind und denen die Eigenschaft eines politischen Flüchtlings vom Generalkommissar für Flüchtlinge und Staatenlose zuerkannt worden ist.

§ 5 - Die in § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnte Frist von sechs Monaten wird durch den Zeitraum unterbrochen, während dessen der Betreffende von seinem Arbeitgeber oder der Behörde seiner Glaubensgemeinschaft ins Ausland geschickt wird, um einen Auftrag zu erfüllen.

Abschnitt II — Eigenbeitrag, der für Verwandte in aufsteigender Linie und von bestimmten Pensionierten, Witvern und Witwen zu zahlen ist

Art. 130 - Gesundheitsleistungen werden für Verwandte in aufsteigender Linie, die unter den in Artikel 123 Nr. 4 vorgesehenen Bedingungen als Personen zu Lasten eines Berechtigten angesehen werden, bewilligt, insofern der Berechtigte einen Monatsbeitrag von 120 Franken pro Verwandten in aufsteigender Linie zu seinen Lasten zahlt.

Werden jedoch zwei Ehepartner als Verwandte in aufsteigender Linie zu Lasten desselben Berechtigten aufgenommen, wird der von letzterem für diese beiden Person zu entrichtende Beitrag auf 180 Franken beschränkt.

Dieser Beitrag wird ab dem Monat nach dem Monat geschuldet, im Laufe dessen der Verwandte in aufsteigender Linie als Mitglied des Haushalts des Berechtigten eingetragen worden ist.

Er muß spätestens am 30. Juni des Jahres nach dem Jahr, für das die Beiträge geschuldet werden, entrichtet werden.

Der Anspruch auf Gesundheitsleistungen wird ausgesetzt, bis die Eigenbeiträge für das Bezugsjahr entrichtet worden sind.

Die im vorliegenden Artikel festgelegten Beträge sind an den Schwellenindex 148,80 des Verbraucherpreisindex gebunden. Diese Beträge werden am 1. Januar jeden Jahres dem Satz des Verbraucherpreisindex vom 31. Oktober des Vorjahres angepaßt.

Art. 131 - Die Höhe des Eigenbeitrags, der von den in Artikel 125 letzter Absatz des koordinierten Gesetzes erwähnten Pensionierten, Witwern und Witwen geschuldet wird, wird pro Kalenderjahr auf 2.160 Franken oder auf 1.440 Franken festgelegt, je nachdem ob der Berechtigte Personen zu Lasten hat oder nicht.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Teilbeträgen von 180 beziehungsweise 120 Franken entrichtet werden.

Beträgt der Zeitraum, für den der Beitrag geschuldet wird, weniger als ein Kalenderjahr, wird der Beitrag auf eine Zahl monatlicher Teilbeträge gekürzt, die der Zahl vollständiger oder unvollständiger Monate, die dieser Zeitraum umfaßt, entspricht.

Die im vorliegenden Artikel festgelegten Beträge sind an den Schwellenindex 148,80 des Verbraucherpreisindex gebunden. Diese Beträge werden am 1. Januar jeden Jahres dem Satz des Verbraucherpreisindex vom 31. Oktober des Vorjahres angepaßt.

Für die in Artikel 125 letzter Absatz des koordinierten Gesetzes erwähnten Pensionierten wird der Eigenbeitrag ab dem Monat, in dem die Pension einsetzt, geschuldet.

Beziehen diese Pensionierten jedoch die besondere Frühpension, die aufgrund der Artikel 101 bis 108 und 161 bis 167 des Gesetzes vom 22. Dezember 1977 über die Haushaltsvorschläge 1977-1978 zugunsten von älteren Arbeitslosen und Invaliden eingeführt worden ist, wird der Eigenbeitrag frühestens ab dem Monat geschuldet, im Laufe dessen sie dem Landespensionsamt notifizieren, daß sie definitiv die im Rahmen des vorerwähnten Gesetzes zuerkannte Vorpension wählen.

Für Witwer und Witwen, die in Artikel 125 letzter Absatz des koordinierten Gesetzes erwähnt sind, wird der Eigenbeitrag ab dem ersten Tag des Monats nach dem Monat geschuldet, im Laufe dessen sie Witwer oder Witwe geworden sind.

Der Eigenbeitrag muß spätestens am 30. Juni des Jahres nach dem Jahr, für das die Beiträge geschuldet werden, entrichtet werden.

Der Anspruch auf Gesundheitsleistungen wird ausgesetzt, bis die Eigenbeiträge für das Bezugsjahr entrichtet worden sind.

Abschnitt III — Modalitäten in bezug auf die Wartezeit bei Übergang von einem Zweig der Gesundheitspflegeversicherung zu einem anderen

Art. 132 - Personen, die gemäß Artikel 129 verpflichtet sind, eine Wartezeit zu absolvieren und die die Eigenschaft eines Berechtigten aufgrund von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 oder 3 des koordinierten Gesetzes im Laufe einer Wartezeit erlangen, die eventuell in einer Gesundheitspflegeregelung vorgesehen ist, die durch einen Erlaß zur Ausführung von Artikel 33 dieses koordinierten Gesetzes eingeführt worden ist, haben Anrecht auf Leistungen, nachdem sie eine Wartezeit absolviert haben, die der Dauer des Teils der Wartezeit entspricht, den sie noch in der Gesundheitspflegeregelung absolvieren mußten, die durch einen Erlaß zur Ausführung von Artikel 33 des koordinierten Gesetzes eingeführt worden ist. Diese verkürzte Wartezeit ist nur dann anwendbar, wenn die Beiträge für den Teil der Wartezeit, die in der Regelung abgelaufen ist, die durch einen Erlaß zur Ausführung von vorerwähntem Artikel 33 eingeführt worden ist, entrichtet werden.

Personen, die die Eigenschaft eines Berechtigten aufgrund von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 und 3 des koordinierten Gesetzes erlangen, nachdem sie die Eigenschaft eines Begünstigten gehabt haben, die in Artikel 3 des Königlichen Erlasses vom 30. Juli 1964 zur Festlegung der Bedingungen, gemäß denen die Anwendung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung auf Selbständige ausgedehnt wird, erwähnt ist, haben ohne Wartezeit Anrecht auf die in Artikel 34 des koordinierten Gesetzes aufgezählten Leistungen, die nicht in Artikel 1 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vorgesehen sind, wenn sie vorher für diese Leistungen Beiträge an eine Krankenkasse entrichtet haben, dies im Verhältnis zu dem Zeitraum innerhalb der letzten sechs Monate vor Erlangung der Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 32 des koordinierten Gesetzes, während dessen sie diesem Königlichen Erlaß unterworfen waren.

Abschnitt IV — Besondere Bestimmungen in bezug auf die Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Gesundheitsleistungen

Art. 133 - Personen, die ab dem 1. Januar 1990 die Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 3 des Königlichen Erlasses vom 30. Juli 1964 zur Festlegung der Bedingungen, gemäß denen die Anwendung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung auf Selbständige ausgedehnt wird, erlangen, während sie aufgrund der Artikel 122 oder 123 des koordinierten Gesetzes noch Begünstigte sind, aber ihre Eigenschaft als Berechtigte im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 und 16 des koordinierten Gesetzes verloren haben, können in Anwendung von Artikel 126 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes ihren Leistungsanspruch noch bis zum Ende des Quartals nach dem Quartal behalten, im Laufe dessen sie die Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 3 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 30. Juli 1964 erlangt haben, es sei denn, sie erbringen den Nachweis, daß sie die Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 und 16 vor Ende dieses Zeitraums wiedererlangt haben.

Art. 134 - § 1 - In Anwendung von Artikel 126 Nr. 2 des koordinierten Gesetzes kann das Anrecht auf Gesundheitsleistungen nicht weiter verlängert werden, wenn die Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 und 16 des koordinierten Gesetzes im letzten Quartal des Bezugsjahres nicht mehr bestand, außer wenn diese Eigenschaft vor dem 1. Juli des Jahres nach dem betreffenden Bezugsjahr wiedererlangt wird.

§ 2 - Für Berechtigte, die verpflichtet sind, eine Wartezeit zu absolvieren, bevor sie Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben, kann die Wartezeit nur als absolviert angesehen werden, wenn sie im Laufe des letzten vollständigen Quartals dieser Wartezeit oder in dem darauffolgenden restlichen Teil der Wartezeit die Eigenschaft eines Berechtigten noch besaßen.

Art. 135 - Personen, die ihren Anspruch auf Gesundheitsleistungen in Anwendung von Artikel 123 des koordinierten Gesetzes und unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Artikel 133 und 134 verlängern können, für die aber festgestellt wird, daß das betreffende Bezugsjahr Zeiträume von mindestens einem vollständigen Quartal umfaßt, die nicht durch einen Beitragsschein oder einen der in Artikel 290 Buchstabe A Nr. 2 aufgezählten Zeiträume gedeckt sind, können in Abweichung von Artikel 123 des koordinierten Gesetzes ihren Anspruch auf Gesundheitsleistungen nur verlängern, wenn sie für jedes nicht gedeckte Quartal einen Sonderbeitrag entrichten, der dreimal der Höhe des im abgelaufenen Kalenderjahr geltenden höchsten Monatsbeitrags entspricht, der durch den Königlichen Erlaß vom 28. Juni 1969 zur Ausdehnung des Anwendungsbereichs der Gesundheitspflegepflichtversicherung auf die noch nicht geschützten Personen festgelegt ist.

Personen, die den Nachweis erbringen, daß sie für das Bezugsjahr keine Einkünfte von mehr als zwölfmal den in Artikel 225 § 3 erwähnten Betrag haben, werden von der Zahlung dieses Beitrags befreit. Unter Einkünften im Sinne dieser Bestimmung sind die in Artikel 225 § 3 erwähnten Einkünfte zu verstehen.

Der Zeitraum vor dem Datum, ab dem die Bestimmungen in bezug auf die Eröffnung und Aufrechterhaltung des Anrechts auf Beteiligung auf die in Absatz 1 erwähnten Personen anwendbar sind, führt jedoch nicht zur Zahlung des vorerwähnten Sonderbeitrags.

Art. 136 - § 1 - Die in Artikel 134 erwähnten Personen, denen der Anspruch auf Gesundheitsleistungen entzogen worden ist und die die Eigenschaft eines Berechtigten während des Zeitraums vom 1. Juli bis zum 31. Dezember nach dem betreffenden Bezugsjahr wiedererlangen, können den Anspruch auf Gesundheitsleistungen nur wiedereröffnen, wenn sie alle Beitragsbedingungen für das vorherige Kalenderjahr einschließlich der in Artikel 135 vorgesehenen Beitragsbedingung noch erfüllen, so wie sie für Berechtigte, die ihren Anspruch auf Gesundheitsleistungen verlängern können, festgelegt sind.

Wird diese Bedingung nicht erfüllt, muß eine Wartezeit von sechs Monaten absolviert werden, bevor der Anspruch auf Gesundheitsleistungen erneut eröffnet werden kann.

§ 2 - Können Personen, die die Bedingungen von Artikel 134 erfüllen, den Anspruch auf Gesundheitsleistungen nicht verlängern, weil sie nicht alle für das Bezugsjahr gestellten Anforderungen in bezug auf die Beiträge erfüllen, und eröffnen sie danach den Anspruch auf Leistungen erneut, werden diese unter folgenden Bedingungen bewilligt: Bei Eröffnung des Anspruchs auf Gesundheitsleistungen im Laufe des Zeitraums vom 1. Juli bis zum 30. Juni nach dem betreffenden Bezugsjahr wird die Höhe des Beitrags, der für die Verlängerung des Anspruchs geschuldet war, von den Beteiligungen für Gesundheitsleistungen, die im Laufe des vorerwähnten Zeitraums vom 1. Juli bis zum 30. Juni bewilligt worden sind, abgezogen.

Abschnitt V — Beteiligung an Rehabilitationskosten

Art. 137 - Rehabilitationsleistungen sind unter Bedingungen, die in den vom Kollegium der Ärzte-Direktoren oder vom Vertrauensarzt angenommenen Rehabilitationsprogrammen definiert sind, Leistungen, die in den in Artikel 22 Nr. 6 des koordinierten Gesetzes erwähnten Abkommen unter den dort festgelegten Bedingungen vorgesehen sind, oder Leistungen, die in dem in Anwendung von Artikel 23 § 2 Absatz 2 des koordinierten Gesetzes festgelegten Verzeichnis der Rehabilitationsleistungen vorgesehen sind.

Art. 138 - Die Beteiligung an den Kosten der Rehabilitationsleistungen unterliegt der vorherigen Zustimmung:

1. des Kollegiums der Ärzte-Direktoren für Leistungen, die in den in Artikel 22 Nr. 6 des koordinierten Gesetzes erwähnten Abkommen vorgesehen sind, außer für Leistungen, die in den in Nr. 2 Buchstabe *b*) und *c*) erwähnten Abkommen vorgesehen sind,

2. des Vertrauensarztes:

a) für Leistungen, die in dem Verzeichnis vorgesehen sind, das in Anwendung von Artikel 23 § 2 Absatz 2 des koordinierten Gesetzes erstellt wird, insofern dieses Verzeichnis die Beteiligung nicht von der vorherigen Zustimmung des Kollegiums der Ärzte-Direktoren abhängig macht,

b) für Leistungen, die in Rehabilitationsabkommen in bezug auf die von den Diabetespatienten zu Hause durchgeführte Selbstüberwachung des Blutzuckers und in bezug auf eine zu Hause durchgeführte Langzeitsauerstofftherapie wegen schwerer chronischer Ateminsuffizienz vorgesehen sind,

c) für Leistungen, die in Rehabilitationsabkommen in bezug auf die zu Hause durchgeführte Überwachung der Herz-Lungen-Funktion von Säuglingen, die durch den Kindstod gefährdet sind, vorgesehen sind,

d) für die in Artikel 22 Nr. 6 des koordinierten Gesetzes erwähnten Rehabilitationsabkommen, die nach dem 1. Juli 1995 geschlossen werden für die Rehabilitation von Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung, für die die Schwere der Sprach-, Sprech- oder Stimmstörungen bei Betreuungsbeginn eine intensive multidisziplinäre Rehabilitation erforderlich macht, oder für die Rehabilitation von Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung, die ihren neunzehnten Geburtstag noch nicht erreicht haben und für die die Schwere der Geistes- oder Verhaltensstörungen bei Betreuungsbeginn eine intensive multidisziplinäre Rehabilitation erforderlich macht.

Art. 139 - Beteiligungsanträge werden vom Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung beim Vertrauensarzt der Krankenkasse, des regionalen Amtes des Versicherungsträgers oder der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen, bei der/dem er angeschlossen beziehungsweise eingetragen ist, eingereicht.

Anträge müssen anhand eines Formulars eingereicht werden, das dem vom Versicherungsausschuß gebilligten Muster entspricht.

Art. 140 - § 1 - Der Vertrauensarzt übermittelt dem Kollegium der Ärzte-Direktoren über den Arzt-Direktor des Versicherungsträgers unverzüglich die Anträge in bezug auf die in Artikel 138 Nr. 1 erwähnten Leistungen zusammen mit seiner Stellungnahme.

§ 2 - Was die in Artikel 138 Nr. 2 erwähnten Leistungen betrifft, notifiziert der Vertrauensarzt seinen Beschluß dem Begünstigten und gegebenenfalls dem Pflegeerbringer.

Jeder Verweigerungsbeschluß wird mit Gründen versehen.

Art. 141 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren untersucht auf Bericht des Dienstes für Gesundheitspflege hin die vom Vertrauensarzt übermittelten Anträge. Der Präsident übermittelt die Beschlüsse der medizinischen Direktion der betroffenen Versicherungsträger, die ihrerseits den Begünstigten und gegebenenfalls das Rehabilitationszentrum von den Beschlüssen in Kenntnis setzt.

Jeder Verweigerungsbeschluß wird mit Gründen versehen.

Art. 142 - § 1 - Im Falle eines Einverständnisses legt das Kollegium der Ärzte-Direktoren oder der Vertrauensarzt für jeden Fall ein Rehabilitationsprogramm fest, in dem insbesondere Art, Zahl, Häufigkeit und Dauer der bewilligten Leistungen, Bezeichnung der Anstalt und andere Ortsbedingungen enthalten sind.

§ 2 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren oder der Vertrauensarzt bestimmt für jeden einzelnen Fall das Datum, ab dem die Beteiligung bewilligt wird.

Vorbehaltlich gegenteiliger Bestimmungen wird die Beteiligung für Leistungen verweigert, die mehr als dreißig Tage vor dem Datum, an dem der Vertrauensarzt den Antrag erhalten hat, erbracht worden sind.

§ 3 - Der Versicherungsträger wird mit der Zahlung der Beteiligung an den Kosten der vom Kollegium der Ärzte-Direktoren oder vom Vertrauensarzt bewilligten Leistungen beauftragt.

§ 4 - Die Vertrauensärzte sind verpflichtet, dem Kollegium der Ärzte-Direktoren alle sechs Monate gemäß den vom Kollegium festgelegten Modalitäten pro Leistung eine Liste zu übermitteln, auf der Zahl und Art der Verweigerungen und Zahl und Art der gefaßten günstigen Beschlüsse vermerkt sind.

Art. 143 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren kann Untersuchungen anordnen, die von Fachkräften für Krankenpflege oder von anderen befugten Bediensteten des Dienstes für Gesundheitspflege durchgeführt werden, und vom Vertrauensarzt jede zusätzliche Auskunft anfordern.

Im Hinblick auf die Bewilligung der in Artikel 138 Nr. 1 erwähnten Leistungen kann das Kollegium der Ärzte-Direktoren darüber hinaus den Vertrauensarzt mit einer ärztlichen Untersuchung des Begünstigten beauftragen.

Der Vertrauensarzt kann jederzeit eine Untersuchung durch den Sozialdienst des Versicherungsträgers anordnen oder eine ärztliche Untersuchung des Begünstigten vornehmen.

Art. 144 - Anträge auf Verlängerung eines Rehabilitationsprogramms werden gemäß den Bestimmungen des vorliegenden Abschnitts eingereicht und behandelt.

Abschnitt VI — Beteiligung an den Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Rehabilitation

Art. 145 - § 1 - Der Minister legt Bedingungen und Modalitäten fest, gemäß denen eine Beteiligung an den Fahrtkosten bewilligt werden kann, die gemäß den vom Kollegium der Ärzte-Direktoren oder vom Vertrauensarzt gefaßten Beschlüsse entstehen.

§ 2 - Begünstigte, die meinen, Anspruch auf eine Beteiligung an Fahrtkosten zu haben, die sie bestreiten, um Rehabilitationsleistungen zu erhalten, stellen zu diesem Zweck einen Antrag beim Vertrauensarzt der Krankenkasse, des regionalen Amtes oder der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen, bei der/dem sie angeschlossen beziehungsweise eingetragen sind.

Der Antrag wird zusammen mit dem in Artikel 139 erwähnten Antrag eingereicht.

§ 3 - Der Vertrauensarzt übermittelt dem Kollegium der Ärzte-Direktoren über den Arzt-Direktor des Versicherungsträgers unverzüglich und zusammen mit seiner Stellungnahme die Anträge in bezug auf Fahrtkosten, die mit den in Artikel 138 Nr. 1 erwähnten Leistungen verbunden sind.

§ 4 - Was Fahrtkosten betrifft, die mit den in Artikel 138 Nr. 2 erwähnten Leistungen verbunden sind, notifiziert der Vertrauensarzt dem Begünstigten seinen Beschluß.

Jeder Verweigerungsbeschluß wird mit Gründen versehen.

§ 5 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren untersucht auf Bericht des Dienstes für Gesundheitspflege hin die in § 3 erwähnten Anträge. Der Präsident übermittelt die Beschlüsse der medizinischen Direktion der betroffenen Versicherungsträger, die ihrerseits den Begünstigten von den Beschlüssen in Kenntnis setzt.

Jeder Verweigerungsbeschluß wird mit Gründen versehen.

§ 6 - Der Versicherungsträger wird mit der eventuellen Zahlung der Beteiligung beauftragt.

Abschnitt VII — Beteiligung an Umschulungskosten

Art. 146 - § 1 - Umschulungsleistungen sind unter Bedingungen, die in den vom Kollegium der Ärzte-Direktoren angenommenen Umschulungsprogrammen festgelegt sind, Leistungen, die in den in Artikel 22 Nr. 6 des koordinierten Gesetzes erwähnten Abkommen unter den dort festgelegten Bedingungen vorgesehen sind, oder, in Fällen, die nicht durch solche Abkommen gedeckt sind, die Kosten der Berufsberatungsuntersuchung, der Anmeldung zum Unterricht und zu den Prüfungen, die Internats-, Aufenthalts- oder Fahrtkosten, die Kosten der Arbeitsunfallversicherungsprämie, die Kosten für Material und Ausrüstung, die für die Berufsausbildung notwendig sind.

§ 2 - Beteiligungsanträge werden beim Kollegium der Ärzte-Direktoren entweder unmittelbar von jedem Begünstigten der Gesundheitspflegeversicherung, von den Vertrauensärzten über ihre medizinische Direktion, vom Medizinischen Invaliditätsrat oder vom Dienst für Gesundheitspflege eingereicht.

§ 3 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren überprüft den Antrag auf Bericht des Dienstes für Gesundheitspflege hin, der vorab die Stellungnahme des Vertrauensarztes einholt.

§ 4 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren kann Untersuchungen anordnen, die von Fachkräften für Krankenpflege oder von anderen befugten Bediensteten des Dienstes für Gesundheitspflege durchgeführt werden, und vom Vertrauensarzt jede zusätzliche Auskunft anfordern.

§ 5 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren legt für jeden Fall ein Umschulungsprogramm fest, in dem insbesondere Art der notwendigen Leistungen, Anstalt und andere Ortsbedingungen enthalten sind, die für die Durchführung dieses Programms bestimmt sind; es legt ebenfalls die Dauer des Programms fest. Dieses Programm wird dem Versicherungsträger übermittelt, der die Ausführung übernimmt.

§ 6 - Das Kollegium der Ärzte-Direktoren kann beschließen, Begünstigten im Rahmen des von ihm festgelegten Umschulungsprogramms ein zinsloses Darlehen zu gewähren, um die Wiedereingliederung der Betroffenen in eine Tätigkeit, die sie für eigene Rechnung ausüben werden, zu ermöglichen oder zu beschleunigen.

Das Kollegium legt für jeden Fall die Modalitäten der Rückzahlung dieses Darlehens fest.

Die Beträge dieser Darlehen und der diesbezüglichen Rückzahlungen werden in den in Artikel 12 Nr. 6 und Artikel 22 Nr. 2 des koordinierten Gesetzes erwähnten Haushaltsplan und in die in Artikel 12 Nr. 6 des koordinierten Gesetzes erwähnten Rechnungen eingetragen.

Abschnitt VIII — Beteiligung an Pflegeleistungen und an der Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens

Art. 147 - § 1 - Die in Artikel 34 Nr. 11 des koordinierten Gesetzes erwähnten Leistungen umfassen:

1. von Fachkräften für Krankenpflege erbrachte Pflegeleistungen,
2. Heilgymnastikleistungen, die von dazu befugten Pflegebringern erbracht werden,
3. Logopädieleistungen, die von dazu befugten Pflegebringern erbracht werden,
4. Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens und jede Handlung der Reaktivierung, Rehabilitation und Sozialeingliederung, Ergotherapie einbegriffen,
5. Pflegematerial in Alten- und Pflegeheimen, und zwar: Desinfektionsmittel, Verbände, sterile Kompressen, Äther und Injektionsmaterial,
6. Gesundheitsleistungen, die von Psychiatern und Neuropsychiatern in psychiatrischen Pflegeheimen erbracht werden.

§ 2 - Die in Artikel 34 Nr. 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Leistungen umfassen:

1. von Fachkräften für Krankenpflege erbrachte Pflegeleistungen,
2. Logopädieleistungen, die von dazu befugten Pflegebringern erbracht werden,
3. Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens und jede Handlung der Reaktivierung, Rehabilitation und Sozialeingliederung, Ergotherapie einbegriffen,
4. Pflegematerial, und zwar: Desinfektionsmittel, Verbände, sterile Kompressen, Äther und Injektionsmaterial.

§ 3 - Die Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung an den in Artikel 34 Nr. 11 und 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Leistungen besteht aus einer täglichen Beihilfe, die Beihilfe für Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens genannt wird.

Art. 148 - Was Alten- und Pflegeheime betrifft, wird die in Artikel 147 § 3 erwähnte Beihilfe Begünstigten bewilligt, die:

1. weder einer täglichen ärztlichen Beaufsichtigung noch einer ständigen fachmedizinischen Behandlung bedürfen, aber andererseits in hohem Maße sowohl auf Pflegeleistungen als auch auf Hilfe von Drittpersonen bei den wichtigsten Handlungen des täglichen Lebens angewiesen sind,
2. von einem Dienst versorgt werden oder in einer Einrichtung aufgenommen sind, der/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 Pflegebringung zugelassen ist und ein in Artikel 47 des koordinierten Gesetzes erwähntes Abkommen geschlossen hat.

Bis zu dem vom König in Ausführung von Artikel 5 § 4 Absatz 1 des vorerwähnten Gesetzes vom 27. Juni 1978 bestimmten Datum müssen die Einrichtungen darüber hinaus den in Artikel 5 § 4 Absatz 2 desselben Gesetzes erwähnten Nachweis erbringen; dies gilt nicht für Einrichtungen, die durch den Ausführungserlaß davon befreit sind,

3. die Kriterien einer der folgenden Abhängigkeitskategorien erfüllen:
 - Kategorie B: darin sind Begünstigte eingestuft, die:
 - physisch abhängig sind: sie sind abhängig, um sich zu waschen und anzuziehen, und sie sind abhängig, um sich fortzubewegen und/oder zur Toilette zu gehen,
 - psychisch abhängig sind: sie sind in Zeit und Raum desorientiert, und sie sind abhängig, um sich zu waschen und/oder anzuziehen,
 - Kategorie C: darin sind Begünstigte eingestuft, die:
 - physisch abhängig sind: sie sind abhängig, um sich zu waschen und anzuziehen, sie sind abhängig, um sich fortzubewegen und zur Toilette zu gehen, und sie sind abhängig wegen Inkontinenz und/oder zum Essen,
 - psychisch abhängig sind: sie sind in Zeit und Raum desorientiert, sie sind abhängig, um sich zu waschen und anzuziehen, sie sind abhängig wegen Inkontinenz und sie sind abhängig, um sich fortzubewegen und/oder um zur Toilette zu gehen und/oder zum Essen.

Art. 149 - Was psychiatrische Pflegeheime betrifft, wird die in Artikel 147 § 3 erwähnte Beihilfe Begünstigten bewilligt, die:

1. in hohem Maße sowohl auf Pflegeleistungen als auch auf Hilfe von Drittpersonen bei den wichtigsten Handlungen des täglichen Lebens angewiesen sind,
2. eines der folgenden Kriterien erfüllen, um in einem psychiatrischen Pflegeheim aufgenommen zu werden:
 - entweder psychiatrische Patienten mit einer stabilisierten chronischen psychiatrischen Störung sein, insofern sie:
 - keiner Krankenhausbehandlung bedürfen,
 - für eine Aufnahme in einem Alten- und Pflegeheim aufgrund ihres psychiatrischen Zustands nicht in Frage kommen,
 - für begleitetes Wohnen nicht in Frage kommen,
 - keiner ununterbrochenen psychiatrischen Überwachung bedürfen,
 - einer andauernden Betreuung bedürfen,
 - oder geistig behindert sein, insofern sie:
 - keiner Krankenhausbehandlung bedürfen,
 - für begleitetes Wohnen nicht in Frage kommen,
 - für eine Aufnahme in einer medizinisch-pädagogischen Einrichtung nicht in Frage kommen,
 - keiner ununterbrochenen psychiatrischen Überwachung bedürfen,
 - einer andauernden Betreuung bedürfen,

3. von einem Dienst versorgt werden oder in einer Einrichtung aufgenommen sind, der/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 ist und ein in Artikel 47 des koordinierten Gesetzes erwähntes Abkommen geschlossen hat.

Bis zu dem vom König in Ausführung von Artikel 5 § 4 Absatz 1 des vorerwähnten Gesetzes vom 27. Juni 1978 bestimmten Datum müssen die Einrichtungen darüber hinaus den in Artikel 5 § 4 Absatz 2 desselben Gesetzes erwähnten Nachweis erbringen; dies gilt nicht für Einrichtungen, die durch den Ausführungserlaß davon befreit sind.

Art. 150 - Was die in Artikel 34 Nr. 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Einrichtungen betrifft, wird die in Artikel 147 § 3 erwähnte Beihilfe Begünstigten bewilligt, die die Kriterien einer der folgenden Abhängigkeitskategorien erfüllen:

- Kategorie 0: darin sind Begünstigte eingestuft, die physisch völlig unabhängig und nicht dement sind,
- Kategorie A: darin sind Begünstigte eingestuft, die:
 - physisch abhängig sind: sie sind abhängig, um sich zu waschen und/oder anzuziehen,
 - psychisch abhängig sind: sie sind in Zeit und Raum desorientiert und physisch völlig unabhängig,
- Kategorie B: darin sind Begünstigte eingestuft, die:
 - physisch abhängig sind: sie sind abhängig, um sich zu waschen und anzuziehen, und sie sind abhängig, um sich fortzubewegen und/oder zur Toilette zu gehen,
 - psychisch abhängig sind: sie sind in Zeit und Raum desorientiert und abhängig, um sich zu waschen und/oder anzuziehen,
- Kategorie C: darin sind Begünstigte eingestuft, die:
 - physisch abhängig sind: sie sind abhängig, um sich zu waschen und anzuziehen, sie sind abhängig, um sich fortzubewegen und zur Toilette zu gehen, und sie sind abhängig wegen Inkontinenz und/oder zum Essen,
 - psychisch abhängig sind: sie sind in Zeit und Raum desorientiert und abhängig, um sich zu waschen und anzuziehen, sie sind abhängig wegen Inkontinenz und sie sind abhängig, um sich fortzubewegen und/oder um zur Toilette zu gehen und/oder zum Essen.

Art. 151 - § 1 - Für die Anwendung der Bestimmungen der Artikel 148 und 150 wird ein Begünstigter als physisch abhängig angesehen, wenn er eine «3» oder «4» für das betreffende nachstehend erwähnte Kriterium erreicht:

- a) Abhängigkeit, um sich zu waschen:
 - (1) kann sich selber ohne irgendeine Hilfe ganz waschen,
 - (2) benötigt für die Körperpflege unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe,
 - (3) benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe,
 - (4) benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe,
- b) Abhängigkeit, um sich anzuziehen:
 - (1) kann sich selber ohne irgendeine Hilfe ganz an- und ausziehen,
 - (2) benötigt für das Anziehen unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe (Schnürsenkel bleiben außer Betracht),
 - (3) benötigt für das Anziehen sowohl unterhalb als auch oberhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe,
 - (4) benötigt für das Anziehen sowohl unterhalb als auch oberhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe,
- c) Abhängigkeit, um sich fortzubewegen:
 - (1) kann völlig selbständig aufstehen und sich ohne mechanische Hilfe und ohne Hilfe Dritter fortbewegen,
 - (2) kann selbständig aus seinem Stuhl oder Bett aufstehen, benutzt aber mechanische Hilfsmittel, um sich selbständig fortzubewegen (Krücken, Rollstuhl),
 - (3) benötigt unbedingt die Hilfe Dritter, um aufzustehen und sich fortzubewegen,
 - (4) ist bettlägerig oder sitzt im Rollstuhl und hängt vollständig von der Hilfe anderer ab, um sich fortzubewegen,
- d) Abhängigkeit, um zur Toilette zu gehen:
 - (1) kann allein zur Toilette gehen oder sich allein abwischen,
 - (2) benötigt teilweise die Hilfe Dritter, um zur Toilette zu gehen oder sich abzuwischen,
 - (3) benötigt vollständige Hilfe, um zur Toilette zu gehen oder sich abzuwischen,
 - (4) kann weder zur Toilette noch auf einen Nachtstuhl gehen,
- e) Abhängigkeit wegen Inkontinenz (Urin/Stuhlgang):
 - (1) ist kontinent für Urin und Stuhlgang,
 - (2) ist gelegentlich inkontinent für Urin oder Stuhlgang (Blasensonde oder künstlicher Darmausgang inbegriffen),
 - (3) ist inkontinent für Urin (Miktionsübungen inbegriffen),
 - (4) ist inkontinent für Urin und Stuhlgang,
- f) Abhängigkeit zum Essen:
 - (1) kann allein essen und trinken,
 - (2) benötigt vorherige Hilfe zum Essen und Trinken,
 - (3) benötigt teilweise Hilfe während des Essens und Trinkens,
 - (4) wird gefüttert.

§ 2 - Für die Anwendung der Bestimmungen der Artikel 148 und 150 wird ein Begünstigter als psychisch abhängig angesehen, wenn er eine «3», «4» oder «5» für das betreffende nachstehend erwähnte Kriterium erreicht:

a) Orientierung in der Zeit:

- (1) kein Problem,
- (2) manchmal, selten Probleme,
- (3) beinahe jeden Tag Probleme,
- (4) völlig desorientiert,
- (5) unmöglich zu bewerten in Anbetracht der fortgeschrittenen Entwicklung,

b) Orientierung im Raum:

- (1) kein Problem,
- (2) manchmal, selten Probleme,
- (3) beinahe jeden Tag Probleme,
- (4) völlig desorientiert,
- (5) unmöglich zu bewerten in Anbetracht der fortgeschrittenen Entwicklung.

Art. 152 - § 1 - Für Begünstigte, die in einem psychiatrischen Pflegeheim aufgenommen sind, wird der Antrag auf Erhalt einer Beihilfe für Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens binnen drei Werktagen nach Aufnahme von dem Dienst beziehungsweise der Einrichtung, der/die für die Pflegeleistungen verantwortlich ist, beim Versicherungsträger, bei dem die Begünstigten angeschlossen oder eingetragen sind, eingereicht. Der Poststempel hat Beweiskraft für das Datum des Antrags.

Diesem Antrag ist ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes ärztliches Attest beizufügen, aus dem hervorgeht, daß die Begünstigten die in Artikel 149 erwähnten Kriterien erfüllen, und ein Attest eines in Artikel 34 Nr. 11 des koordinierten Gesetzes erwähnten Dienstes beziehungsweise einer dort erwähnten Einrichtung, aus dem hervorgeht, daß er/sie für die Pflegeleistungen, die zugunsten der Begünstigten erbracht werden, verantwortlich ist.

Der Antrag wird anhand eines Formulars eingereicht, das vom Versicherungsausschuß auf Vorschlag der in Artikel 13 erwähnten Abkommenskommission festgelegt wird.

§ 2 - Für Begünstigte, die in einem Alten- und Pflegeheim oder in einer in Artikel 34 Nr. 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Einrichtung aufgenommen sind und die Kriterien der in Artikel 148 und 150 erwähnten Abhängigkeitskategorie 0 erfüllen, wird binnen sieben Tagen nach dem Datum der Aufnahme von dem Dienst beziehungsweise der Einrichtung, der/die für die Pflegeleistungen verantwortlich ist, eine Notifizierung an den Versicherungsträger, bei dem die Begünstigten angeschlossen oder eingetragen sind, gesandt. Der Poststempel hat Beweiskraft für das Datum des Antrags.

Verläßt ein Begünstigter die Einrichtung oder verstirbt er, notifiziert die Einrichtung dies dem Versicherungsträger binnen sieben Tagen.

Die in Absatz 1 und 2 erwähnten Notifizierungen erfolgen anhand eines Formulars, das vom Versicherungsausschuß auf Vorschlag der in Artikel 12 erwähnten Abkommenskommission festgelegt wird.

§ 3 - Für Begünstigte, die in einem Alten- und Pflegeheim oder in einer in Artikel 34 Nr. 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Einrichtung aufgenommen sind und die Kriterien einer der Abhängigkeitskategorien A, B oder C erfüllen, wird der Antrag auf Erhalt einer Beihilfe für Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens binnen sieben Tagen nach dem Datum der Aufnahme von dem Dienst oder der Einrichtung, der/die für die Pflegeleistungen verantwortlich ist, beim Versicherungsträger, bei dem die Begünstigten angeschlossen oder eingetragen sind, eingereicht. Der Poststempel hat Beweiskraft für das Datum des Antrags.

Dem Antrag sind beizufügen:

— eine Bewertungstabelle, die von der Fachkraft für Krankenpflege, die die Möglichkeit gehabt hat, die Begünstigten bei der Ausführung der Handlungen des täglichen Lebens zu beobachten, oder vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden muß,

— ein medizinischer Bericht, aus dem hervorgeht, daß die Begünstigten sich in einem Zustand der Abhängigkeit befinden, so wie er in der vorerwähnten Bewertungstabelle beschrieben ist.

Verläßt ein Begünstigter die Einrichtung oder verstirbt er, notifiziert die Einrichtung dies dem Versicherungsträger binnen sieben Tagen.

Der in Absatz 1 erwähnte Antrag und die in Absatz 3 erwähnte Notifizierung werden anhand eines Formulars eingereicht, das vom Versicherungsausschuß auf Vorschlag der in Artikel 12 erwähnten Abkommenskommission festgelegt wird.

Die Bewertungstabelle und der Bericht, die in Absatz 2 erwähnt sind, werden anhand eines Formulars eingereicht, das vom Versicherungsausschuß auf Vorschlag des in Artikel 120 erwähnten Nationalen Kollegiums festgelegt wird.

§ 4 - Die Dienste oder Einrichtungen, die Begünstigte aufnehmen, die in den Abhängigkeitskategorien A, B oder C eingestuft sind, müssen eine Pflegeakte pro Begünstigten führen.

Diese individuelle Pflegeakte muß mindestens folgende Angaben enthalten:

a) Plan in bezug auf Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens, der von der Person erstellt wird, die in der Einrichtung für Pflegeleistungen verantwortlich ist; diese Person gibt den Beitrag der verschiedenen Kategorien des Personals an, das in der Pauschalbeteiligung vorgesehen ist. Dieser Plan wird mindestens einmal im Monat entsprechend der Entwicklung des Pflegeabhängigkeitsgrads bewertet und angepaßt,

b) genaue Aufzählung der Verhaltensstörungen, wenn es sich um Begünstigte handelt, die in Zeit und Raum desorientiert sind:

1. Ausdrucksschwierigkeiten,
2. Sprachstörung,
3. unanständiges Verhalten,
4. unruhiges Verhalten,

5. destruktives Verhalten,
6. Störungen des nächtlichen Verhaltens,

c) für technische Leistungen, die vom Krankenpflegepersonal und heilhilfsberuflichen Personal, das in der Pauschalbeteiligung vorgesehen ist, erbracht werden: ärztliche Verschreibungen, Art und Häufigkeit der technischen Leistungen und Identität der Person, die sie erbracht hat.

Art. 153 - § 1 - Handelt es sich um Begünstigte, die in einem psychiatrischen Pflegeheim aufgenommen sind, überprüft der Vertrauensarzt, ob sie die in Artikel 149 erwähnten Bedingungen erfüllen. Zu diesem Zweck kann er die Begünstigten einer körperlichen Untersuchung unterwerfen und den behandelnden Arzt bitten, ihm alle medizinischen Informationen, die er für notwendig erachtet, zu übermitteln.

Der Vertrauensarzt notifiziert den Begünstigten seinen Beschluß spätestens am fünfzehnten Tag nach Empfang des Antrags. Gleichzeitig übermittelt er dem Versicherungsträger, bei dem die Begünstigten angeschlossen oder eingetragen sind, dem Dienst, der für die Pflegeleistungen zugunsten der Begünstigten verantwortlich ist, oder der Einrichtung, in der die Begünstigten aufgenommen sind, eine Abschrift dieser Notifizierung.

Billigt der Vertrauensarzt den Antrag, so legt er den Zeitraum fest, für den die Beihilfe für Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens bewilligt wird. Dieser Zeitraum beginnt frühestens am Tag der Aufnahme, wenn der Antrag binnen drei Werktagen nach dem Tag der Aufnahme eingereicht worden ist. Gegebenenfalls kann eine Verlängerung dieses Zeitraums gemäß dem in Artikel 152 beschriebenen Verfahren von dem Dienst beziehungsweise der Einrichtung, der/die für die Pflegeleistungen zugunsten der Begünstigten verantwortlich ist, beantragt werden.

§ 2 - Handelt es sich um Begünstigte, die in einem Alten- und Pflegeheim oder in einer in Artikel 34 Nr. 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Einrichtung aufgenommen sind, legt der Vertrauensarzt gemäß den in Artikel 151 vorgesehenen Kriterien die Abhängigkeitskategorie, die dem Zustand der Begünstigten entspricht, und den Zeitraum, für den die Beihilfe für Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens bewilligt wird, fest. Dieser Zeitraum, der ein Jahr nicht übersteigen darf, beginnt frühestens am Tag der Aufnahme, wenn der in Artikel 152 § 3 erwähnte Antrag binnen sieben Tagen nach dem Tag der Aufnahme eingereicht worden ist.

Wird diese Frist von sieben Tagen nicht eingehalten, setzt die Beihilfe der Gesundheitspflegepflichtversicherung am Tag des Empfangs des vorerwähnten Antrags ein.

Der Vertrauensarzt legt die Abhängigkeitskategorie entweder aufgrund des in Artikel 152 § 3 erwähnten Antrags, nach einer körperlichen Untersuchung oder aufgrund eines Berichts, der zu diesem Zweck von einer von ihm beauftragten Fachkraft für Krankenpflege nach einer Untersuchung vor Ort erstellt wird, fest. Der Vertrauensarzt kann den behandelnden Arzt bitten, ihm alle medizinischen Informationen, die er für notwendig erachtet, zu übermitteln. Der Vertrauensarzt und die von ihm beauftragte Fachkraft für Krankenpflege können für die Ausführung ihrer Aufgabe die in Artikel 152 § 4 erwähnte individuelle Pflegeakte der Begünstigten konsultieren.

Gegebenenfalls kann eine Verlängerung des in Absatz 1 des vorliegenden Paragraphen erwähnten Zeitraums einen Monat vor dessen Ablauf von der Einrichtung, die die Pflegeleistungen zugunsten der Begünstigten gewährleistet, gemäß dem in Artikel 152 § 3 beschriebenen Verfahren beantragt werden. In diesem Fall legt der Vertrauensarzt gemäß den in Artikel 151 vorgesehenen Kriterien die Abhängigkeitskategorie, die dem Zustand der Begünstigten entspricht, und den Zeitraum, für den die Beihilfe für Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens bewilligt wird, fest. Dieser Zeitraum, der ein Jahr nicht übersteigen darf, beginnt frühestens an dem Tag, an dem der Verlängerungsantrag beim Versicherungsträger, bei dem die Begünstigten angeschlossen oder eingetragen sind, eingereicht wird. Der Poststempel hat Beweiskraft für das Datum des Antrags.

Während der vorerwähnten Zeiträume muß ein Antrag auf Revision des Beschlusses des Vertrauensarztes gemäß demselben Verfahren eingereicht werden, wenn der Zustand eines Begünstigten sich derart entwickelt, daß eine andere Abhängigkeitskategorie berücksichtigt werden könnte. In diesem Fall legt der Vertrauensarzt gemäß den in Artikel 151 vorgesehenen Kriterien die Abhängigkeitskategorie, die dem Zustand dieses Begünstigten entspricht, und den Zeitraum, für den die Beihilfe für Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens bewilligt wird, fest. Dieser Zeitraum, der ein Jahr nicht übersteigen darf, beginnt frühestens an dem Tag, an dem der Revisionsantrag beim Versicherungsträger, bei dem der betreffende Begünstigte angeschlossen oder eingetragen ist, eingereicht wird. Der Poststempel hat Beweiskraft für das Datum des Antrags.

Entspricht der Beschluß des Vertrauensarztes nicht dem in Artikel 152 § 3 erwähnten Antrag, kann ein Antrag auf Revision dieses Beschlusses wegen Verschlechterung des Abhängigkeitsgrades jedoch erst sechs Monate nach dem Datum des letzten Beschlusses des Vertrauensarztes eingereicht werden außer bei medizinischer oder krankpflege-rischer Indikation, die durch einen ausführlichen Bericht des behandelnden Arztes nachgewiesen wird.

Der Vertrauensarzt notifiziert den Begünstigten seinen Beschluß spätestens am fünfzehnten Tag nach Empfang des Antrags. Gleichzeitig übermittelt er dem Versicherungsträger, bei dem die Begünstigten angeschlossen oder eingetragen sind, oder der Einrichtung, in der die Begünstigten aufgenommen sind, eine Abschrift dieser Notifizierung.

Der Vertrauensarzt kann seinen Beschluß jederzeit ändern. Dieser neue Beschluß muß mit Gründen versehen werden und kann keine rückwirkende Kraft haben.

§ 3 - Wird der Dienst oder die Einrichtung, der/die in Artikel 34 Nr. 11 und 12 des koordinierten Gesetzes erwähnt ist und für die Pflegeleistungen zugunsten der Begünstigten verantwortlich ist, mit rückwirkender Kraft zugelassen und insofern der in Artikel 152 erwähnte Antrag binnen dreißig Tagen nach dem Datum eingereicht worden ist, an dem der Dienst oder die Einrichtung seinen Beitritt zu dem in Artikel 47 des koordinierten Gesetzes erwähnten Abkommen unterzeichnet hat, kann der Vertrauensarzt in Abweichung von den Bestimmungen des vorhergehenden Paragraphen den Zeitraum, für den die Beihilfe für Pflegeleistungen und Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens bewilligt wird, mit rückwirkender Kraft an einem Datum beginnen lassen, das jedoch nicht vor dem Datum liegen darf, an dem der Beitritt des Dienstes oder der Einrichtung zu dem vorerwähnten Abkommen in Kraft tritt.

Abschnitt IX — Besondere Regeln in bezug auf die Beteiligung der Versicherung an Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten

Art. 154 - Leistungen der klinischen Biologie, die in den Artikeln 3, 18 § 2 Buchstabe e) und 24 der Anlage zum Königlichen Erlaß vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnt sind, mit Ausnahme der Leistungen Nr. 591091-591102, 591113-591124, 591135-591146 und 591986, werden zu drei Vierteln aufgrund eines Pauschalhonorars, das auf der Grundlage der Bestimmungen von Titel III Kapitel V Abschnitte VII und XI des koordinierten Gesetzes festgelegt wird, erstattet. Die Pauschalhonorare ersetzen zu 75 Prozent die Honorare, so wie sie für die betreffenden Leistungen gemäß den Bestimmungen von Artikel 50 des koordinierten Gesetzes festgelegt worden sind.

*Abschnitt X — Besondere Regeln in bezug auf die Beteiligung der Versicherung
an Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten*

Art. 155 - Abgesehen von den Leistungen, die als Ausnahmen aufgezählt sind im Königlichen Erlaß vom 31. Januar 1977 zur Festlegung der Leistungen der klinischen Biologie, die in Artikel 63 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnt sind, wenn diese Leistungen in einem Labor erbracht werden, das nicht aufgrund des Königlichen Erlasses vom 29. Mai 1989 über die Zulassung von Laboren für klinische Biologie von seiten des für die Volksgesundheit zuständigen Ministers zugelassen ist, werden Leistungen der klinischen Biologie, die in den Artikeln 3 § 1 Buchstabe A II, B und C I, 18 § 2 Buchstabe B Buchstabe e) und 24 § 1 der Anlage zum Königlichen Erlaß vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnt sind, zu 42,5 Prozent auf der Grundlage von Pauschalhonoraren, die gemäß den Bestimmungen von Artikel 60 § 2 des koordinierten Gesetzes festgelegt werden, erstattet. Die Pauschalhonorare ersetzen zu 42,5 Prozent die Honorare, so wie sie für die betreffenden Leistungen gemäß den Bestimmungen von Artikel 50 des koordinierten Gesetzes festgelegt worden sind.

KAPITEL IV — Eintragung von heilhilfsberuflichen Mitarbeitern

Abschnitt I — Eintragung von heilhilfsberuflichen Mitarbeitern

Art. 156 - Inhaber des Diploms einer Fachkraft für Krankenpflege, eines Pflegers oder eines Krankenwärters müssen ihre Eintragung in die in Artikel 22 Nr. 7 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Liste beim Dienst für Gesundheitspflege beantragen.

Sie fügen ihrem Antrag die für gleichlautend erklärte Abschrift ihres Diploms bei.

Art. 157 - Inhaber eines der in Artikel 156 erwähnten Diplome, die am 31. Dezember 1963 in Anwendung der Bestimmungen des Königlichen Grundlagenerlasses vom 22. September 1955 über die Kranken- und Invalidenversicherung zugelassen sind, werden von der in Artikel 156 vorgeschriebenen Formalität befreit.

Art. 158 - Der Versicherungsausschuß erstellt die Liste der Fachkräfte für Krankenpflege, die er unter den in den Artikeln 156 und 157 erwähnten Bedingungen einträgt, und die Listen der Heilgymnasten, Orthopäden, Bandagisten, Gehörprothesenhersteller, Optiker und Lieferer von Implantaten, die er unter den in Kapitel I Abschnitt X erwähnten Bedingungen zuläßt.

Abschnitt II — Mitteilung der Listen der heilhilfsberuflichen Mitarbeiter an die Versicherungsträger

Art. 159 - Der Dienst für Gesundheitspflege teilt den Versicherungsträgern unverzüglich die in Artikel 158 erwähnten, vom Versicherungsausschuß erstellten Listen der heilhilfsberuflichen Mitarbeiter mit.

Diese Listen umfassen die Neueintragungen und alle Änderungen der vorhergehenden Listen.

*KAPITEL V — Bekanntmachung der Vorschriften der Versicherung,
der Listen der zugelassenen Personen und der Personen und Pflegeanstalten,
die einem Abkommen oder einer Vereinbarung beigetreten sind*

Art. 160 - Die Versicherungsträger sind verpflichtet:

1. in ihren lokalen, regionalen und nationalen Sitzen folgende Unterlagen zugunsten der Begünstigten zur Verfügung zu halten:

a) ein fortgeschriebenes Exemplar des koordinierten Gesetzes, der Erlasse und Verordnungen zur Ausführung des koordinierten Gesetzes und der Rundschreiben des Instituts,

b) ein vollständiges, fortgeschriebenes Exemplar der in Artikel 22 Nr. 7 des koordinierten Gesetzes erwähnten Liste,

c) ein vollständiges, fortgeschriebenes Exemplar der Liste der Personen und Pflegeanstalten, die einem Abkommen beigetreten sind, und der Ärzte und Fachkräfte der Heilkunst, für die davon ausgegangen wird, daß sie der Vereinbarung, die sie betrifft, beigetreten sind.

Die vorerwähnte Dokumentation muß während der Öffnungszeiten der Räumlichkeiten derart verfügbar sein, daß sie mühelos eingesehen werden kann, ihr Vorhandensein muß in den für die Öffentlichkeit zugänglichen Räumlichkeiten durch eine gut lesbare Bekanntmachung, die an einer sichtbaren Stelle angebracht ist, mitgeteilt werden,

2. den in den Artikeln 32 und 33 des koordinierten Gesetzes erwähnten Begünstigten, außer denjenigen, die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 13 erwähnt sind, mindestens einmal pro Jahr einen Auszug aus der in Nr. 1 Buchstabe c) weiter oben erwähnten Liste zukommen zu lassen. Dieser Auszug muß mindestens einerseits den Namen der Personen enthalten, die ein Tätigkeitszentrum in der Gemeinde, in der der Begünstigte seinen Wohnsitz hat, oder in den Nachbargemeinden haben, und andererseits die Bezeichnung der Pflegeanstalten, die sich im Verwaltungsbezirk der Gemeinde des Begünstigten befinden.

Der Auszug muß binnen zwei Monaten, nachdem der Dienst für Gesundheitspflege den Versicherungsträgern die Listen mitgeteilt hat, durch individuelle Aushändigung oder Sendung oder durch Veröffentlichung in einer Zeitschrift der Krankenkasse, die den vorerwähnten Begünstigten zugesandt wird, mitgeteilt werden.

In beiden Fällen enthält die Mitteilung die Empfehlung, den betreffenden Auszug sorgfältig aufzubewahren, und den Hinweis, daß die vollständigen Listen für das ganze Land in den Räumlichkeiten des Versicherungsträgers eingesehen werden können.

Jeder in Artikel 311 erwähnte Beschluß in bezug auf eine der Personen oder Anstalten, die auf dem Auszug vermerkt sind, der dem Begünstigten zugesandt wurde, wird diesem binnen fünfzehn Tagen, nachdem der Dienst für Gesundheitspflege die Information erhalten hat, mitgeteilt.

TITEL III — *Entschädigungs- und Mutterschaftsversicherung*KAPITEL I — *Organe**Abschnitt I — Geschäftsführender Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen*

Art. 161 - Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten und zwei Vizepräsidenten, die vom König unter den in Nr. 2, 3 und 4 nachstehend erwähnten Mitgliedern ernannt werden,
2. sieben ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen vorgeschlagen werden,
3. sieben ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden,
4. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden. Jeder Versicherungsträger hat Anrecht auf ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds.

Die Mitglieder des Geschäftsführenden Ausschusses werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Das Mandat läuft alle drei Jahre für die Hälfte der Mitglieder jeder vertretenen Gruppe aus.

Die Mandate der Mitglieder wurden jedoch zum erstenmal am 1. Januar 1967 erneuert, wobei die ausscheidenden Mitglieder durch das Los bestimmt wurden.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Geschäftsführenden Ausschuß ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds seiner Gruppe.

Art. 162 - Der Geschäftsführende Ausschuß wird von seinem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Ministers oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angehenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Wird der Geschäftsführende Ausschuß auf Ersuchen des Ministers einberufen, findet die Versammlung binnen acht Tagen nach dem Ersuchen statt.

Art. 163 - Der Geschäftsführende Ausschuß tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden. Bei Stimmengleichheit ist der Vorschlag abgelehnt.

Wenn bei einer Abstimmung über die in Artikel 80 Nr. 2 des koordinierten Gesetzes erwähnten Angelegenheiten nicht die gleiche Anzahl Mitglieder, die die Arbeitnehmer vertreten, und Mitglieder, die die Arbeitgeber vertreten, anwesend ist, sind das beziehungsweise die jüngsten Mitglieder der zahlreicheren Gruppe verpflichtet, sich der Stimme zu enthalten, um die Parität wiederherzustellen.

Wird ein Vorschlag in bezug auf eine im vorhergehenden Absatz erwähnte Angelegenheit entgegen dem einstimmigen Standpunkt der Vertreter der Arbeitnehmer oder der Arbeitgeber abgelehnt, kann die Gruppe, die den Vorschlag befürwortet, beantragen, daß er dem Minister vorgelegt wird; dieser Antrag kann während der Versammlung gestellt und ins Protokoll aufgenommen werden oder binnen acht Tagen nach der Versammlung schriftlich eingereicht werden. Er wird dem Minister vom Präsidenten des Geschäftsführenden Ausschusses mitgeteilt.

Der Minister entscheidet und notifiziert seinen Beschluß binnen dreißig Tagen nach dem an ihn gerichteten Antrag; andernfalls ist der Vorschlag definitiv abgelehnt.

Art. 164 - Der Präsident und die Vizepräsidenten des Geschäftsführenden Ausschusses sind unabhängig voneinander befugt, zusammen mit dem leitenden Beamten des Dienstes für Entschädigungen oder dessen Stellvertreter das Institut bindende Akte in bezug auf den Dienst für Entschädigungen zu unterzeichnen mit Ausnahme derjenigen, die sich auf die tägliche Geschäftsführung beziehen oder von Sonderbevollmächtigten ausgehen.

Art. 165 - Binnen drei Monaten nach Übermittlung der in den Artikeln 141 § 1 Absatz 1 Nr. 13 Buchstabe *a*) und 161 Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe *b*) des koordinierten Gesetzes erwähnten Berichte erstattet der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen dem Minister Bericht über die Maßnahmen, die er infolge der Feststellungen des Dienstes für medizinische Kontrolle und des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle zu treffen beschlossen hat oder dem Minister vorschlägt.

Art. 166 - Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen teilt dem Minister binnen drei Monaten nach Erstellung seines Jahresberichts die Maßnahmen mit, die er ausgehend von den Erkenntnissen dieses Berichts vorschlägt oder beschlossen hat.

Abschnitt II — Medizinischer Invaliditätsrat

A. Zusammensetzung des Medizinischen Invaliditätsrates und Amtsbereich der regionalen Kommissionen

Art. 167 - Der Medizinische Invaliditätsrat umfaßt eine Hohe Kommission und regionale Kommissionen.

Die Hohe Kommission hat ihren Sitz in Brüssel.

Es gibt elf regionale Kommissionen; jede von ihnen hat das Gebiet einer Provinz als Amtsbereich, jedoch mit Ausnahme des zweisprachigen Gebietes Brüssel-Hauptstadt.

Der Sitz jeder regionalen Kommission, deren Amtsbereich mit dem Gebiet einer Provinz übereinstimmt, befindet sich in der Hauptstadt der Provinz ihres Amtsbereiches. Jede regionale Kommission umfaßt Abteilungen, die einen separaten Sitz und einen separaten Amtsbereich haben.

Für das zweisprachige Gebiet Brüssel-Hauptstadt wird eine regionale Kommission eingesetzt, die aus zwei Abteilungen besteht. Eine dieser Abteilungen erkennt in Sachen, die in Französisch behandelt werden, und die andere Abteilung in Sachen, die in Niederländisch behandelt werden. Der Sitz dieser regionalen Kommission befindet sich in Brüssel.

Jederzeit können die in Artikel 170 Nr. 6 erwähnten Akten entsprechend den Notwendigkeiten des Dienstes oder den Fortbewegungsmöglichkeiten der Berechtigten jeder Abteilung unabhängig von ihrem Amtsbereich und der regionalen Kommission einer angrenzenden Provinz oder einer ihrer Abteilungen übermittelt werden.

B. Hohe Kommission

Art. 168 - Die Hohe Kommission setzt sich zusammen aus:

1. zwei Mitgliedern, die Doktoren der Medizin und Beamte des Dienstes für Entschädigungen sind,
2. zwölf ordentlichen Mitgliedern und zwölf 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 ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat,
3. zwei Mitgliedern, die Doktoren der Medizin und Beamte des Dienstes für medizinische Kontrolle sind.

Der König bestimmt den Präsidenten unter den Mitgliedern der Hohen Kommission auf deren Vorschlag hin.

Art. 169 - Alle Mitglieder der Hohen Kommission sind stimmberechtigt. Ist der Präsident der Hohen Kommission verhindert, bestimmen die anwesenden Mitglieder aus ihrer Mitte einen Versammlungsvorsitzenden.

Art. 170 - Die Hohe Kommission hat als Aufgabe:

1. gemäß den in ihrer Geschäftsordnung bestimmten Modalitäten einen Anwesenheitsplan für ihre ordentlichen Mitglieder und ihre Ersatzmitglieder zu erstellen im Hinblick auf die Anwendung der Bestimmungen von Artikel 171,
2. die Zahl der Abteilungen der regionalen Kommissionen festzulegen und deren Sitz und Amtsbereich zu bestimmen,
3. ihre Geschäftsordnung und die der regionalen Kommissionen zu erstellen,
4. über die reibungslose Arbeit der regionalen Kommissionen zu wachen; zur Erfüllung dieser Aufgabe kann sie eines beziehungsweise mehrere ihrer Mitglieder abordnen, um Versammlungen der regionalen Kommissionen und deren Abteilungen beizuwohnen und um über deren Tätigkeit Bericht zu erstatten,
5. über den Invaliditätszustand der Berechtigten im Sinne von Artikel 100 des koordinierten Gesetzes zu befinden und die Dauer dieses Zustands zu bestimmen, unbeschadet der Anwendung von Artikel 94 Absatz 2 des koordinierten Gesetzes und von Artikel 176,
6. der von ihr bestimmten Abteilung der regionalen Kommission die Akten in bezug auf Berechtigte, für die sie eine körperliche Untersuchung als notwendig erachtet, zu übermitteln,
7. den Vertrauensarzt aufzufordern, jeden Bericht, den sie für zweckmäßig erachtet, sofort zu erstellen und ihr zu übermitteln,
8. unter den in Artikel 225 § 1 Nr. 5 festgelegten Bedingungen über die Vorschläge des Vertrauensarztes zu befinden, die darauf abzielen, einem Berechtigten ohne Person zu Lasten bei Arbeitsunfähigkeit die Hilfe einer Drittperson zuzuerkennen; bevor sie einen Beschluß faßt, kann sie die Stellungnahme eines ihrer Mitglieder oder einer Abteilung einer regionalen Kommission beantragen, den Betreffenden auffordern, vor ihr zu erscheinen, oder in Fällen, in denen die beantragten Auskünfte das Eingreifen eines Arztes nicht erforderlich machen, eine Untersuchung durch eine Fachkraft für Krankenpflege, die Beamter des Dienstes für Entschädigungen ist, anordnen,
9. gemäß Artikel 82 des koordinierten Gesetzes Stellungnahmen abzugeben über Fragen in bezug auf den Invaliditätszeitraum, die ihr vom Minister, vom Geschäftsführenden Ausschuß beziehungsweise vom leitenden Beamten des Dienstes für Entschädigungen oder von den Versicherungsträgern vorgelegt werden; diese Stellungnahmen müssen im Monat nach dem Datum des diesbezüglichen Antrags abgegeben werden,
10. mit dem in Artikel 23 des koordinierten Gesetzes erwähnten Kollegium der Ärzte-Direktoren zusammenzuarbeiten, indem sie ihm mitteilt, welche Berechtigten für eine Rehabilitation oder Umschulung in Frage kommen können, und indem sie dem Kollegium alle Informationen übermittelt, die es für die Erfüllung seiner Aufgabe beantragt,
11. dem Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen pro Quartal über die Arbeit des Medizinischen Invaliditätsrates Bericht zu erstatten.

Art. 171 - Die in Artikel 170 Nr. 5, 6 und 7 erwähnten Aufgaben werden ebenfalls von einem allein handelnden Mitglied der Hohen Kommission gültig ausgeführt, wenn sie keinen Fall betreffen, in dem der Hohen Kommission die Akte in Anwendung von Artikel 184 Absatz 2 übermittelt worden ist oder in dem der Beschluß gemäß der Geschäftsordnung der Hohen Kommission vorbehalten ist.

C. Regionale Kommissionen und ihre Abteilungen

Art. 172 - Jede regionale Kommission setzt sich zusammen aus:

1. dem dienstleitenden Arzt-Hauptinspektor des Dienstes für medizinische Kontrolle der Provinz, in der die regionale Kommission ihren Sitz hat, oder des zweisprachigen Gebietes Brüssel-Hauptstadt,
2. zwölf ordentlichen Mitgliedern und zwölf 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 ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat,
3. einem Arzt-Inspektor des Dienstes für medizinische Kontrolle, der von dem in Nr. 1 erwähnten dienstleitenden Arzt-Hauptinspektor für jede Sitzung der Kommission und für jede Sitzung der in Artikel 167 Absatz 3 erwähnten Abteilungen bestimmt wird.

Das im vorhergehenden Absatz Nr. 1 erwähnte Mitglied führt den Vorsitz der regionalen Kommission.

Art. 173 - Alle Mitglieder der regionalen Kommission sind stimmberechtigt. Ist der Präsident der regionalen Kommission verhindert, bestimmen die anwesenden Mitglieder aus ihrer Mitte einen Versammlungsvorsitzenden.

Art. 174 - Die regionalen Kommissionen haben als Aufgabe:

1. aus ihrer Mitte die in Artikel 175 erwähnten Abteilungen zusammensetzen,
2. einen Anwesenheitsplan für die Mitglieder ihrer Abteilungen zu erstellen ohne Unterscheidung zwischen ordentlichen Mitgliedern und Ersatzmitgliedern,
3. über die reibungslose Arbeit ihrer Abteilungen zu wachen,
4. Begutachtungsanträgen, die ihnen von der Hohen Kommission zugesandt werden, nachzukommen.

Art. 175 - Die Abteilungen der regionalen Kommissionen umfassen:

1. mindestens zwei Mitglieder, die der in Artikel 172 Absatz 1 Nr. 2 erwähnten Gruppe angehören; jedes von ihnen muß im Hinblick auf seine Ernennung zum Mitglied der regionalen Kommission von einem anderen Versicherungsträger vorgeschlagen werden,
2. das in Artikel 172 Absatz 1 Nr. 3 erwähnte Mitglied.

Art. 176 - Die Abteilungen der regionalen Kommissionen haben als Aufgabe:

1. von der Hohen Kommission oder von einem ihrer Mitglieder beantragte körperliche Untersuchungen vorzunehmen,
2. für jede dieser körperlichen Untersuchungen einen ausführlichen Bericht zu erstellen, der die verschiedenen in Artikel 100 des koordinierten Gesetzes festgelegten Taxierungskriterien berücksichtigt,
3. in bezug auf Berechtigte, die sie einer körperlichen Untersuchung unterzogen haben, einen der folgenden Beschlüsse zu fassen:
 - a) Feststellung des Invaliditätszustands im Sinne von Artikel 100 des koordinierten Gesetzes und Abgabe ihrer Stellungnahme in bezug auf die Dauer des Invaliditätszustandes an die Hohe Kommission,
 - b) Feststellung des Endes dieses Zustands,
4. in bezug auf Berechtigte, die zwar vorgeladen wurden, aber nicht vor ihnen erschienen sind, den Invaliditätszustand festzustellen und der Hohen Kommission ihre Stellungnahme in bezug auf die Dauer des Invaliditätszustands abzugeben, vorausgesetzt, daß sie in den Besitz von Angaben gebracht worden sind, die sie für ausreichend erachten,
5. der Hohen Kommission die in Nr. 3 und 4 erwähnten Beschlüsse, auch wenn sie in Anwendung von Absatz 2 gefaßt worden sind, die diesbezüglichen Untersuchungsberichte und eine Abschrift der Notifizierung an den Berechtigten zur Feststellung des Endes des Arbeitsunfähigkeitszustands zu übermitteln,
6. Begutachtungsanträgen, die ihnen von der Hohen Kommission zugesandt werden, nachzukommen.

Muß ein Berechtigter zu Hause untersucht werden, werden die in Absatz 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten Aufgaben ebenfalls von einem allein handelnden Arzt, der von der Abteilung zu diesem Zweck unter ihren Mitgliedern bestimmt wird, gültig ausgeführt.

D. Eingreifen der Vertrauensärzte und Ärzte-Inspektoren in bezug auf den Invaliditätszustand

Art. 177 - § 1 - 1. Zwischen der siebten und fünften Woche vor dem Anfangsdatum des Invaliditätszeitraums erstellt der Vertrauensarzt für die Hohe Kommission einen Bericht, der alle Angaben umfaßt, die die Mitglieder dieser Kommission über die Zweckmäßigkeit unterrichten können, den Invaliditätszustand im Sinne von Artikel 100 des koordinierten Gesetzes festzustellen. Dieser Bericht enthält die Stellungnahme des Vertrauensarztes.

Die Beschlüsse werden innerhalb der letzten vier Wochen des Zeitraums primärer Arbeitsunfähigkeit aufgrund dieses Berichts gefaßt.

2. Spätestens sechs Wochen vor Ablauf jedes Zeitraums, für den der Medizinische Invaliditätsrat den Invaliditätszustand festgestellt hat, erstellt der Vertrauensarzt einen ausführlichen Bericht, der seine Stellungnahme über die Zweckmäßigkeit, den Invaliditätszustand im Sinne von Artikel 100 des koordinierten Gesetzes für einen neuen Zeitraum festzustellen, beinhaltet.

Die Beschlüsse werden innerhalb vier Wochen vor Ablauf des Zeitraums, für den der Invaliditätszustand anerkannt worden ist, aufgrund der vorerwähnten Berichte gefaßt.

3. Wird das Ende des Invaliditätszustands entweder vom Arzt-Inspektor oder vom Vertrauensarzt festgestellt, teilt letzterer dies unmittelbar der Hohen Kommission anhand eines Berichts mit, der die Angaben, auf die sein Beschluß gestützt ist, umfaßt und dem er eine Abschrift der Notifizierung an den Berechtigten beifügt.

4. Unabhängig von den in den Nummern 1 bis 3 erwähnten Berichten vermerkt der Vertrauensarzt in ergänzenden Berichten, die er sofort nach ihrer Erstellung der Hohen Kommission übermittelt, jegliche Bemerkungen, durch die die Prognose, die in seinem vorhergehenden Bericht in bezug auf die Entwicklung des Invaliditätszustands enthalten ist, geändert werden könnte.

Darüber hinaus erstellt der Vertrauensarzt jeden Bericht, der von der Hohen Kommission oder von einem ihrer Mitglieder als zweckdienlich angesehen wird, und übermittelt ihr sofort diesen Bericht.

5. Setzt die Arbeitsunfähigkeit innerhalb dreier Monate nach Beendigung des Invaliditätszustands wieder ein, kann der Invaliditätszustand für einen Zeitraum von höchstens vierzehn Tagen ab Wiedereinsetzen der Arbeitsunfähigkeit vom Vertrauensarzt anerkannt werden.

Ist der Vertrauensarzt der Ansicht, daß der Invaliditätszustand für einen Zeitraum anerkannt werden muß, der vierzehn Tage ab Wiedereinsetzen dieses Zustands nicht überschreitet, so legt sein Beschluß gleichzeitig das Ende des Invaliditätszustands bei Ablauf des anerkannten Zeitraums fest. Der Bericht, der die Angaben, auf die sein Beschluß gestützt ist, umfaßt, und eine Abschrift der Notifizierung an den Berechtigten werden unmittelbar an die Hohe Kommission gesandt.

Ist der Vertrauensarzt der Ansicht, daß der Arbeitsunfähigkeitszeitraum vierzehn Tage überschreiten kann, erstellt er einen Bericht, der die Hohe Kommission über die Zweckmäßigkeit unterrichtet, den Invaliditätszustand für einen neuen Zeitraum festzustellen, und übermittelt ihr diesen Bericht.

Beschließt der Vertrauensarzt, das Wiedereinsetzen der Arbeitsunfähigkeit nicht anzuerkennen, teilt er dies unmittelbar der Hohen Kommission anhand eines Berichts mit, der die Angaben, auf die sein Beschluß gestützt ist, umfaßt, und dem er eine Abschrift der Notifizierung an den Berechtigten beifügt.

Vorliegende Bestimmungen sind ebenfalls auf den Arzt-Inspektor, der einen Berechtigten auf Antrag des Vertrauensarztes untersucht, anwendbar. Letzterer ist mit der Übermittlung der für die Hohe Kommission bestimmten Unterlagen beauftragt.

6. Der Vertrauensarzt teilt der Hohen Kommission unmittelbar die Namen der Berechtigten mit, die sich in einem Invaliditätszustand befinden, wenn sie die Arbeit aus eigenem Antrieb wiederaufnehmen.

Ebenso teilt der Versicherungsträger der Hohen Kommission unmittelbar jedes Ereignis mit, das die administrative Lage der Berechtigten verändert.

7. Der Vertrauensarzt erstellt die in Artikel 170 Nr. 8 erwähnten Berichte über Berechtigte, die keine Personen zu Lasten haben und im Fall von Arbeitsunfähigkeit auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, und übermittelt sie der Hohen Kommission.

§ 2 - Die in § 1 Nr. 1, 2, 4, 6 Absatz 1 und 7 erwähnten Berichte werden von den Vertrauensärzten an die medizinische Direktion ihres Versicherungsträgers gesandt; der Arzt-Direktor dieses Versicherungsträgers übermittelt sie der Hohen Kommission.

Die in § 1 Nr. 1 und 2 erwähnten Berichte müssen der Hohen Kommission spätestens vier Wochen vor dem äußersten Datum, bis zu dem der Beschluß aufgrund dieser Berichte gefaßt werden muß, zukommen.

Die in § 1 Nr. 3 und 5 erwähnten Berichte werden von den Vertrauensärzten an die Hohe Kommission gesandt; sie übermitteln gleichzeitig eine Abschrift dieser Berichte an die medizinische Direktion ihres Versicherungsträgers.

E. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Kommissionen des Medizinischen Invaliditätsrates

Art. 178 - Das Sekretariat der Hohen Kommission, der regionalen Kommissionen und der Abteilungen der regionalen Kommissionen wird von Bediensteten wahrgenommen, die vom leitenden Beamten des Dienstes für Entschädigungen bestimmt werden.

Art. 179 - Ist ein Mitglied einer im Medizinischen Invaliditätsrat arbeitenden Kommission bei einer Sitzung verhindert, muß es alle notwendigen Vorkehrungen treffen, um sich von einem Ersatzmitglied derselben Kommission ersetzen zu lassen. Was die Abteilungen der regionalen Kommissionen betrifft, kann diese Stellvertretung von einem Mitglied einer anderen Abteilung derselben regionalen Kommission wahrgenommen werden.

Art. 180 - Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds. Wenn in der Hohen Kommission Mitglieder in Anwendung von Artikel 171 tagen und in den Abteilungen der regionalen Kommissionen nehmen jedoch die ordentlichen Mitglieder ebenso wie die Ersatzmitglieder an der Arbeit teil.

Art. 181 - Die Hohe Kommission und die regionalen Kommissionen tagen rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit gefaßt. Bei Stimmgleichheit ist die Stimme des Präsidenten ausschlaggebend.

Art. 182 - Die Abteilungen der regionalen Kommissionen tagen rechtsgültig, wenn mindestens zwei Mitglieder anwesend sind, die nicht von dem Versicherungsträger vorgeschlagen worden sind, dem der Berechtigte, dessen Fall untersucht werden muß, angehört.

Art. 183 - Beantragt die Hohe Kommission oder eines ihrer Mitglieder, Untersuchungen vorzunehmen, wird davon ausgegangen, daß der Zustand der Arbeitsunfähigkeit anerkannt ist, bis ein Beschluß gefaßt wird, der das Ergebnis dieser Untersuchungen berücksichtigt.

Art. 184 - Beschlüsse der Abteilungen der regionalen Kommissionen sind gültig, wenn sie einstimmig gefaßt werden, wobei Mitglieder, die von einem bestimmten Versicherungsträger vorgeschlagen worden sind, sich bei einer Abstimmung, die einen bei diesem Versicherungsträger eingetragenen Berechtigten betrifft, der Stimme enthalten müssen.

Wird keine Einstimmigkeit erzielt, übermittelt die Abteilung der regionalen Kommission die Akte zusammen mit einem mit Gründen versehenen Bericht der Hohen Kommission, die mit einfacher Mehrheit beschließt.

Art. 185 - Beschlüsse der Hohen Kommission und der Abteilungen der regionalen Kommissionen werden mit Gründen versehen.

Art. 186 - Mitglieder des Medizinischen Invaliditätsrates können von den Versicherungsträgern, deren Vertrauensärzten und den in Artikel 91 des koordinierten Gesetzes erwähnten zugelassenen Kontrolldiensten für die Erfüllung der Aufgaben, die ihnen obliegen, alle Auskünfte verlangen, die sie für zweckmäßig erachten.

Art. 187 - Die Mitglieder der Hohen Kommission und der regionalen Kommissionen werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus der Hohen Kommission und den regionalen Kommissionen ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt.

Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Die Bestimmungen des vorliegenden Artikels gelten nicht für die in den Artikeln 168 Nr. 1 und 3 und 172 Nr. 1 und 3 erwähnten Mitglieder.

F. Notifizierungen

Art. 188 - Der Beschluß der Hohen Kommission oder eines ihrer Mitglieder zur Feststellung eines Invaliditätszustands wird dem Versicherungsträger unter den in der Geschäftsordnung festgelegten Bedingungen notifiziert.

Art. 189 - Der Beschluß einer Abteilung einer regionalen Kommission oder eines ihrer Mitglieder zur Feststellung eines Invaliditätszustands wird der Hohen Kommission notifiziert. Diese verfügt über fünfzehn Werkzeuge, um ihren Beschluß zur Festlegung der Dauer des Invaliditätszustands dem Versicherungsträger zu notifizieren.

Der Beschluß einer Abteilung einer regionalen Kommission, eines ihrer Mitglieder oder der Hohen Kommission in Anwendung von Artikel 184 Absatz 2 zur Feststellung des Endes des Invaliditätszustands wird den Berechtigten, dem Versicherungsträger, dem Verwaltungsdienst der Krankenkasse oder des Regionalen Amtes und dem Vertrauensarzt notifiziert. Diese Notifizierungen werden binnen drei Werktagen nach dem Tag der Beschlußfassung vorgenommen.

Art. 190 - Der Beschluß des Vertrauensarztes oder des Arzt-Inspektors zur Feststellung des Endes des Invaliditätszustands oder zur Nichtanerkennung des Wiedereinsetzens der Arbeitsunfähigkeit binnen drei Monaten nach Ende eines Invaliditätszeitraums wird den Berechtigten, dem Versicherungsträger und dem Verwaltungsdienst der Krankenkasse oder des Regionalen Amtes notifiziert.

Diese Notifizierungen werden vorgenommen:

1. binnen drei Werktagen nach dem Tag der Beschlußfassung, wenn das Ende des Invaliditätszustands festgestellt wird,
2. binnen fünf Werktagen nach dem Tag des Empfangs der Bescheinigung oder der Erklärung der Arbeitsunfähigkeit oder der vom Landesamt für Arbeitsbeschaffung ausgestellten Notifizierung der Arbeitsunfähigkeit, wenn es einen in Artikel 177 § 1 Nr. 5 Absatz 4 erwähnten Beschluß betrifft.

Art. 191 - Die in den Artikeln 189 und 190 erwähnten Notifizierungen an die Berechtigten werden gegen Empfangsbestätigung übergeben. Werden sie jedoch per Einschreiben vorgenommen, wird davon ausgegangen, daß sie am ersten Tag nach Aufgabe bei der Post zugestellt werden; Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertage werden jedoch nicht mitgezählt.

Art. 192 - Die in Buchstabe F) erwähnten Notifizierungen der Beschlüsse der Hohen Kommission oder eines ihrer Mitglieder, einer Abteilung einer regionalen Kommission, des Vertrauensarztes und des Arzt-Inspektors müssen den von der Hohen Kommission erstellten Mustern entsprechen.

Die Muster der Notifizierungen, die für die Berechtigten bestimmt sind und sich auf Beschlüsse zur Nichtanerkennung ihres Invaliditätszustands oder zur Feststellung des Endes dieses Zustands beziehen, enthalten die Angaben, die notwendig sind, um bei den in Artikel 167 des koordinierten Gesetzes erwähnten Rechtsprechungsorganen in zweckdienlicher Weise Beschwerde einzulegen.

Abschnitt III — Krankenkassenfachrat

Art. 193 - Der aufgrund von Artikel 83 des koordinierten Gesetzes beim Dienst für Entschädigungen eingesetzte Krankenkassenfachrat setzt sich zusammen aus:

1. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen vorgeschlagen werden,
2. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden,
3. acht ordentlichen Mitgliedern und acht Ersatzmitgliedern, die 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 ihre jeweilige Mitgliederzahl berücksichtigt, wobei jeder Versicherungsträger Anrecht auf mindestens ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds hat.

Der Präsident wird vom König unter den Mitgliedern des Rates bestimmt.

Der leitende Beamte des Dienstes für Entschädigungen, der leitende Beamte des Dienstes für medizinische Kontrolle und der leitende Beamte des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle wohnen von Rechts wegen den Versammlungen des Rates bei.

Der Präsident kann jeden Beamten des Dienstes für Entschädigungen oder der Allgemeinen Dienste, dessen Anwesenheit als nützlich angesehen wird, zu den Versammlungen hinzuziehen, damit er dort ständig oder gelegentlich tagt.

Das Sekretariat des Rates wird von einem Bediensteten des Dienstes für Entschädigungen, der vom leitenden Beamten dieses Dienstes bestimmt wird, wahrgenommen.

Art. 194 - Die Mitglieder des Rates werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Ihre Mandate sind alle drei Jahre je zur Hälfte erneuerbar.

Die Mandate der Mitglieder des Krankenkassenfachrates wurden jedoch zum erstenmal am 1. Januar 1967 erneuert, wobei die ausscheidenden Mitglieder durch das Los bestimmt wurden.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Krankenkassenfachrat ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Art. 195 - Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds.

Ist der Präsident verhindert, wird er von einem stellvertretenden Präsidenten ersetzt, der vom König unter den Mitgliedern des Rates ernannt wird.

Art. 196 - Der Rat wird von seinem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angegebenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Der Rat tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.

Art. 197 - Die vom Krankenkassenfachrat abgegebenen Stellungnahmen werden dem Geschäftsführenden Ausschuss des Dienstes für Entschädigungen vom Präsidenten des Rates mitgeteilt.

Art. 198 - Der Rat erstellt seine Geschäftsordnung und legt sie dem Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen zur Billigung vor.

KAPITEL II — Anwendungsbereich

Im Rahmen der Entschädigungsversicherung geltende Definition der Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer

Art. 199 - Unter Saisonarbeitern sind Arbeitnehmer zu verstehen, die Arbeiten verrichten, deren Dauer begrenzt ist, entweder aufgrund der saisonbedingten Art der Arbeit oder weil die Unternehmen, die sie anstellen, gezwungen sind, zu bestimmten Zeiten des Jahres Hilfspersonal einzustellen.

Art. 200 - Unter Gelegenheitsarbeitern sind zu verstehen:

1. zeitweilige Arbeitnehmer und Aushilfsarbeiter, so wie diese Begriffe im Gesetz vom 24. Juli 1987 über die zeitweilige Arbeit, die Aushilfsarbeit und die Leiharbeit definiert sind,
2. Heimarbeiter, so wie sie in Artikel 3 Nr. 4 des Königlichen Erlasses vom 28. November 1969 zur Ausführung des Gesetzes vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 15. Juni 1970, definiert sind.

Art. 201 - Unter Vorbehalt der im vorliegenden Königlichen Erlaß vorgesehenen Ausnahmen sind unter Teilzeitarbeitnehmern alle Arbeitnehmer zu verstehen, deren Arbeitsregelung normalerweise nicht die durchschnittliche Anzahl Arbeitsstunden pro Woche derselben Tätigkeit umfaßt, die im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung in dem Unternehmen oder Tätigkeitssektor verrichtet wird; was das Lehrpersonal betrifft, das in einer von einer Gemeinschaft organisierten oder subventionierten Unterrichtsanstalt beschäftigt ist, wird davon ausgegangen, daß die Arbeitsregelung teilzeitig ausgeübt wird, wenn sie normalerweise die durchschnittliche Anzahl Arbeitsstunden pro Woche, die einem vollen Stundenplan entspricht, nicht umfaßt.

Art. 202 - Für die Anwendung des koordinierten Gesetzes gelten als Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter oder Teilzeitarbeitnehmer die in den Artikeln 199, 200 und 201 erwähnten Arbeitnehmer, die außerhalb der in diesen Artikeln erwähnten Arbeitszeiträume einerseits weder der Entschädigungspflichtversicherung aufgrund des Gesetzes vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer noch dem Gesetzerlaß vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen unterliegen und andererseits die Bedingungen nicht erfüllen, um Arbeitslosengeld zu beziehen, oder freiwillig auf das Arbeitslosengeld verzichten.

KAPITEL III — Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen

Abschnitt I — Wartezeit im Hinblick auf die Eröffnung des Anrechts auf Entschädigungen

Art. 203 - Für die Anwendung von Artikel 128 § 1 des koordinierten Gesetzes müssen die Berechtigten in einem Zeitraum von sechs Monaten mindestens hundertzwanzig Arbeitstage erreichen, so wie dieser Begriff im Rahmen der Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit der Lohnempfänger definiert ist.

Für Arbeitnehmer, die in Ausführung eines Abkommens beschäftigt werden, das im Rahmen des Königlichen Erlasses Nr. 179 vom 30. Dezember 1982 über Experimente zur Anpassung der Arbeitszeit in den Unternehmen im Hinblick auf eine Neuverteilung der verfügbaren Arbeit geschlossen worden ist, wird davon ausgegangen, daß sie eine Anzahl Arbeitstage erreichen, die der im Rahmen einer Vollzeitarbeit geleisteten Anzahl Tage entspricht, wenn der Lohn, der ihnen aufgrund des Abkommens bewilligt wird, dem Lohn einer entsprechenden Vollzeitarbeit entspricht. Für Arbeitnehmer, die in Ausführung eines kollektiven Arbeitsabkommens beschäftigt werden, das aufgrund des am 2. Juni 1987 im Nationalen Arbeitsrat geschlossenen kollektiven Arbeitsabkommens Nr. 42 über die Einführung neuer Arbeitsregelungen in den Unternehmen geschlossen worden ist, und die einen Lohn erhalten, der mindestens dem garantierten durchschnittlichen monatlichen Mindesteinkommen entspricht, wird davon ausgegangen, daß sie Vollzeitarbeitsleistungen erbringen.

In Abweichung von den Bestimmungen von Absatz 1 haben Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer ihre Wartezeit absolviert, wenn sie während eines Zeitraums von sechs Monaten vierhundert Arbeitsstunden erreichen. Der Bezugszeitraum wird jedoch auf höchstens achtzehn Monate für Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer verlängert, für die es aufgrund ihrer Arbeitsregelung unmöglich ist, ihre Wartezeit binnen sechs Monaten zu absolvieren.

Für die Anwendung desselben Artikels werden folgende Tage Arbeitstagen gleichgesetzt:

1. Tage beruflicher Inaktivität, die auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen sind, die eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, so wie sie in Artikel 100 des koordinierten Gesetzes definiert ist,
2. Tage, für die der Berechtigte aufgrund des Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle oder aufgrund der am 3. Juni 1970 koordinierten Gesetze über die Entschädigung für Berufskrankheiten Entschädigungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit bezieht,
3. Tage des gesetzlichen Jahresurlaubs,
4. in Artikel 246 definierte Tage kontrollierter unfreiwilliger Arbeitslosigkeit,
5. Tage, an denen der Arbeitslose durch Vermittlung des Landesamts für Arbeitsbeschaffung Hausarbeit verrichtet, um seine Arbeitslosigkeit zu beenden,
6. von den Gewerkschaftsorganisationen anerkannte Streiktage,
7. Tage der Arbeitsunterbrechung infolge eines Lockouts,
8. Tage, an denen keine Arbeit verrichtet wird, für die der Arbeitgeber aber Lohn zahlen muß,
9. Ausgleichsruhetage, die bestimmt sind, die wöchentliche Arbeitsdauer auf weniger als 40 Stunden durchschnittlich zu verkürzen,
10. Tage, an denen der Arbeitnehmer in Anwendung von Artikel 239 als arbeitsunfähig angesehen wird,
11. Tage, an denen der Betreffende das Amt eines Sozialrichters oder Sozialgerichtsrats bei den Arbeitsgerichten ausübt,

12. Tage, an denen für ein zeitweilig angestelltes Mitglied des Lehrpersonals davon ausgegangen wird, daß es Lohn erhalten hat, weil sein Monatslohn dem Zehntel des Jahreslohns entsprach, den es bekommen hätte, wenn es definitiv angestellt gewesen wäre; gleiches gilt für Personen, die diesen Mitgliedern des Lehrpersonals gleichgestellt sind,

13. nicht entlohnte erlaubte Abwesenheitstage, die aufgrund von kollektiven Sektorenabkommen, Unternehmensabkommen oder individuellen Abkommen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aus zwingenden Gründen bewilligt werden. Die Gleichsetzung ist jedoch auf höchstens zehn Tage pro Jahr beschränkt, ob diese Tage auf einmal oder über mehrere Zeiträume bewilligt werden.

Für Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer werden die im vorhergehenden Absatz erwähnten Inaktivitätszeiträume, insofern sie mit Tagen oder Zeiträumen, während deren die betroffenen Arbeitnehmer normalerweise gearbeitet hätten, übereinstimmen, im Verhältnis der Anzahl Arbeitsstunden berücksichtigt, die sie im Laufe dieser Zeiträume verrichtet hätten.

Für Vollzeitarbeitnehmer, die ständig im Rahmen einer Fünftagewoche beschäftigt sind, wird die Anzahl Tage der vorerwähnten Zeiträume, während deren die wöchentliche Arbeit des Arbeitnehmers auf fünf Tage verteilt war oder verteilt worden wäre, um 20 Prozent erhöht, außer wenn diese Tage ohne Berücksichtigung dieser wöchentlichen Arbeitsregelung angegeben werden. Enthält das Ergebnis eine Bruchzahl, wird es nach oben aufgerundet.

Art. 204 - § 1 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 131 des koordinierten Gesetzes behalten die in Artikel 128 § 1 und die in Artikel 128 § 2 Absatz 2 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten, die die in Artikel 207 erwähnten Bedingungen nicht erfüllen, das Anrecht auf Leistungen bis zum Ende des Quartals nach dem Quartal, im Laufe dessen sie die Wartezeit beendet haben.

§ 2 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 131 des koordinierten Gesetzes behalten die Berechtigten, die gemäß Artikel 128 § 2 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes von der Absolvierung der Wartezeit befreit sind, das Anrecht auf Leistungen bis zum Ende des Zeitraums, der an dem Tag beginnt, an dem sie die Eigenschaft eines Berechtigten erlangt haben, und am Ende des darauffolgenden Quartals endet.

Sie behalten dieses Recht:

1. während des ersten Quartals, das dem in Absatz 1 definierten Zeitraum folgt, wenn sie für das Quartal, in dem sie die Eigenschaft eines Berechtigten erlangt haben, die in Titel IV Kapitel II Abschnitt V vorgesehenen Beitragsbedingungen erfüllt haben,

2. während des zweiten Quartals, das dem in Absatz 1 definierten Zeitraum folgt, wenn sie für diesen Zeitraum die in Titel IV Kapitel II Abschnitt V vorgesehenen Beitragsbedingungen erfüllt haben.

Abschnitt II — Befreiung von und Verkürzung der Wartezeit im Hinblick auf die Eröffnung des Anrechts auf Entschädigungen

Art. 205 - § 1 - Von der Wartezeit im Hinblick auf die Eröffnung des Anrechts auf Entschädigungen oder Bestattungsgeld werden befreit:

1. im folgenden Gesetz und in den folgenden Königlichen Erlassen erwähnte Personen unter den dort festgelegten Bedingungen:

a) im Gesetz vom 28. Juni 1960 über die soziale Sicherheit der Personen, die in der Armee zeitweilige Dienste verrichtet haben,

b) im Königlichen Erlaß vom 28. November 1956 zur Festlegung für ehemalige Bedienstete der Belgischen Eisenbahnen oder ihre Witwen, die der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung unterliegen, der Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen,

c) im Königlichen Erlaß vom 11. Januar 1958 zur Festlegung für ehemalige Mitglieder der Hilfs- und Unterstützungskasse für Seeleute, die unter belgischer Flagge fahren, oder ihre Witwen, die der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung unterliegen, der Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen,

d) im Königlichen Erlaß vom 15. April 1958 zur Festlegung der Bedingungen, unter denen die Leistungen der Kranken- und Invalidenversicherung Flüchtlingen ungarischer Staatsangehörigkeit bewilligt werden,

e) im Königlichen Erlaß vom 6. August 1962 zur Befreiung bestimmter Kategorien von Personen, die ihre Berufstätigkeit entweder im Kongo oder in Ruanda-Urundi ausgeübt haben, von den Bedingungen für die Zulassung zur Arbeitslosenversicherung und zur Kranken- und Invalidenversicherung,

2. Personen, die binnen dreißig Tagen nach Ende ihrer Einberufung oder Wiedereinberufung die Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 86 § 1 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes erlangen oder wiedererlangen,

3. a) Personen zu Lasten und Vollwaisen, so wie in Artikel 32 des koordinierten Gesetzes oder in einem der Königlichen Erlasse zur Ausführung von Artikel 33 des koordinierten Gesetzes erwähnt, die entweder ihr Studium an einer von einer Gemeinschaft organisierten, anerkannten oder subventionierten Unterrichtsanstalt beendet haben oder ein Diplom oder Studienzeugnis vor dem zuständigen Prüfungsausschuß einer Gemeinschaft erlangt haben, sofern sie spätestens am Tag nach dem Zeitraum von sieben Monaten nach Ende ihres Studiums oder nach Erlangung eines Diploms oder Studienzeugnisses vor dem zuständigen Prüfungsausschuß einer Gemeinschaft die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe a) oder c) des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft eines Berechtigten erlangt haben und sofern es folgende Studien betrifft:

— Studium der Unterstufe des Sekundarunterrichts mit technischer oder beruflicher Ausbildung,

— Studium der Oberstufe des Sekundarunterrichts.

Personen zu Lasten oder Vollwaisen, die die in Artikel 36 § 1 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe f) und g) des Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 zur Regelung der Arbeitslosigkeit erwähnten Bedingungen erfüllen, werden mit Personen zu Lasten oder Vollwaisen gleichgestellt, die die Unterstufe des Sekundarunterrichts mit technischer oder beruflicher Ausbildung beendet haben.

Fangen Personen zu Lasten oder Vollwaisen ein anderes Studium an, nachdem sie die Oberstufe des Sekundarunterrichts oder die Unterstufe des Sekundarunterrichts mit technischer oder beruflicher Ausbildung beendet haben, beginnt die im vorhergehenden Absatz erwähnte Frist am Tag nach Ende des zuletzt abgeschlossenen Studiums oder am Tag nach Abbruch des Studiums, wenn das Studium vorzeitig abgebrochen wird,

b) Personen zu Lasten und Vollwaisen, so wie in Artikel 32 des koordinierten Gesetzes oder in einem der Königlichen Erlasse zur Ausführung von Artikel 33 des koordinierten Gesetzes erwähnt, die eine Lehre abgeschlossen haben, die in den Rechtsvorschriften über die Ausbildung in einem selbständigen Beruf vorgesehen ist, sofern sie spätestens am Tag nach dem Zeitraum von sieben Monaten nach Ende ihrer Lehre die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe a) oder c) des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft eines Berechtigten erlangt haben.

Die in Buchstabe a) und b) erwähnte Frist wird verlängert:

1) um drei oder sechs Monate für Personen, die aufgrund von Artikel 36 § 1 Absatz 1 Nr. 4 des Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 zur Regelung der Arbeitslosigkeit nach Ende ihres Studiums oder ihrer Lehre mindestens 233 beziehungsweise 310 Werktage als Arbeitssuchende eingetragen sein müssen, bevor sie Arbeitslosengeld beziehen können,

2) um die Dauer des Beschäftigungsvertrags für Studenten, der in den Monaten Juli, August oder September ausgeführt wird, wenn der Student während dieser Beschäftigung der Anwendung des Gesetzes vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer entzogen ist,

3) um die Dauer des Zeitraums, in dem der Betreffende aufgrund seiner Einberufung oder Wiedereinberufung nicht in der Lage war, die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe a) oder c) des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft eines Berechtigten zu erlangen,

4) um die Dauer des Zeitraums, in dem der Betreffende arbeitsunfähig ist, sich in Mutterschaftsruhe oder in Vaterschaftsurlaub befindet, so wie im koordinierten Gesetz erwähnt,

c) unter den in Buchstabe a) und b) festgelegten Bedingungen, Personen zu Lasten:

1) eines Versicherten der überseeischen Sozialversicherungsregelung,

2) eines Mitglieds der Hilfs- und Unterstützungskasse für Seeleute oder seiner Witwe,

3) des Berechtigten, dessen Versicherungspflicht für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherungsregelung auf den Zweig Gesundheitspflege beschränkt ist und der von seinem Arbeitgeber oder gegebenenfalls von der Behörde seiner Glaubensgemeinschaft ins Ausland geschickt wird, um einen Auftrag zu erfüllen, und der bei seiner Rückkehr nach Belgien von der Wartezeit im Hinblick auf die Eröffnung des Anrechts auf Gesundheitsleistungen befreit wird,

4) eines Arbeitnehmers, der seinen Hauptwohntort in Belgien hat und der den Rechtsvorschriften eines Landes unterliegt, mit dem Belgien einen bilateralen oder multilateralen Vertrag über soziale Sicherheit geschlossen hat, oder auf den die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familie, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, anwendbar ist,

5) eines Arbeitnehmers, der seinen Hauptwohntort in Belgien hat und der aufgrund eines auf ihn anwendbaren Statuts einer Einrichtung europäischen oder internationalen Rechts mit Niederlassung in Belgien Beteiligungen für die Gesundheitspflege bezieht,

4. Personen, die binnen dreißig Tagen nach Ende ihrer Haft die Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 86 § 1 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes wiedererlangen oder im Sinne von Artikel 100 § 1 des koordinierten Gesetzes arbeitsunfähig werden, insofern sie die in Artikel 128 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Wartezeit absolviert haben oder davon befreit waren und bei Beginn ihrer Haft die Bedingungen für die Bewilligung von Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen erfüllten,

5. Personen, die während eines Zeitraums von sechs Monaten ununterbrochen an der durch das Gesetz vom 17. Juli 1963 über die überseeische soziale Sicherheit vorgesehenen Versicherung teilgenommen haben, die durch die Artikel 17 und 19 desselben Gesetzes vorgeschriebenen Beiträge entrichtet haben und binnen dreißig Tagen nach Ende ihrer Teilnahme an dieser Versicherung oder des Zeitraums, in dem sie die in diesem Gesetz vorgesehenen Leistungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung bezogen haben, die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe a) oder c) des koordinierten Gesetzes definierte Eigenschaft eines Berechtigten erlangen.

Haben diese Personen während eines Zeitraums von weniger als sechs Monaten ununterbrochen an der durch das Gesetz vom 17. Juli 1963 vorgesehenen Versicherung teilgenommen, wird der Zeitraum, der durch die Beiträge gedeckt ist, die aufgrund dieses Gesetzes entrichtet wurden, einem Zeitraum, der für die Berechnung der in Artikel 128 des koordinierten Gesetzes erwähnten Wartezeit berücksichtigt wird, gleichgesetzt. Diese Zusammenrechnung erfolgt jedoch nur, wenn nicht mehr als dreißig Tage zwischen dem Ende der Teilnahme an den Rechtsvorschriften, die im Gesetz vom 17. Juli 1963 vorgesehen sind, und der Erlangung der in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe a) oder c) des koordinierten Gesetzes definierten Eigenschaft eines Berechtigten liegen.

§ 2 - Für die Bewilligung der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung oder des Bestattungsgelds werden die in Artikel 1 Nr. 1 des Königlichen Erlasses vom 28. Juni 1969 zur Ausdehnung des Anwendungsbereichs der Gesundheitspflegepflichtversicherung auf die Studenten des Hochschulunterrichts erwähnten Berechtigten unter den in Artikel 205 § 1 Nr. 3 Buchstabe a) festgelegten Bedingungen von der Wartezeit befreit.

§ 3 - Von der Wartezeit im Hinblick auf die Eröffnung des Anrechts auf Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen und auf das Bestattungsgeld werden Personen befreit, die binnen dreißig Tagen nach Ende des Zeitraums, in dem sie eine in Artikel 21 § 1 des Königlichen Erlasses Nr. 50 vom 24. Oktober 1967 über die Ruhestands- und Hinterbliebenenpension für Lohnempfänger erwähnte Hinterbliebenenpension oder einen gleichartigen Vorteil aufgrund belgischer oder ausländischer Rechtsvorschriften bezogen haben, die Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 86 § 1 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes wiedererlangen oder arbeitsunfähig werden im Sinne von Artikel 100 § 1 des koordinierten Gesetzes, insofern sie die in Artikel 128 des koordinierten Gesetzes erwähnte Wartezeit absolviert haben oder davon befreit worden sind und insofern sie die vorerwähnte Eigenschaft eines Berechtigten bis zum Tag vor Einsetzen der Hinterbliebenenpension hatten.

§ 4 - Für die Bewilligung des in Artikel 113 des koordinierten Gesetzes erwähnten Mutterschaftsgelds und des Bestattungsgelds wird die in Artikel 128 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Wartezeit auf drei Monate mit mindestens sechzig Arbeitstagen verkürzt für Berechtigte, die sich nicht mehr in einer der in Artikel 86 § 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lagen befinden, nachdem sie die vorerwähnte Wartezeit absolviert haben oder davon befreit worden sind, und die erneut unter das Gesetz vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer oder den Gesetzerlaß vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen fallen, wenn sie in der Zwischenzeit für Mutterschaftsleistungen oder Leistungen im Todesfall fortwährend als freiwillig Versicherte ordentliche Mitglieder einer Krankenkasse oder Personen zu Lasten eines solchen Mitglieds waren.

Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer haben die verkürzte Wartezeit absolviert, wenn sie innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten zweihundert Arbeitsstunden erreichen. Der Bezugszeitraum wird jedoch auf höchstens neun Monate verlängert für Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer, für die es aufgrund ihrer Arbeitsregelung unmöglich ist, ihre verkürzte Wartezeit binnen drei Monaten zu absolvieren.

§ 5 - Für die Bewilligung der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung oder des Bestattungsgelds wird die in Artikel 128 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Wartezeit auf einen Monat mit mindestens zwanzig Arbeitstagen verkürzt zugunsten von Berechtigten, die sich nicht mehr in einer der in Artikel 86 § 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lagen befinden, nachdem sie die vorerwähnte Wartezeit absolviert haben oder davon befreit worden sind, und die erneut unter das Gesetz vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer oder den Gesetzerlaß vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen fallen, insofern die Unterbrechung, die nicht aufgeteilt sein darf:

1. zum Ziel hatte, dem Berechtigten auf der Grundlage einer von ihm abgegebenen schriftlichen Erklärung zu erlauben, sich um die Erziehung eines Kindes zu kümmern, das mit ihm unter demselben Dach wohnt und entweder Person zu seinen Lasten oder zu Lasten der Person ist, bei der dieser Berechtigte während der vorerwähnten Unterbrechung in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 123 Nr. 1 und 2 eingetragen war,

2. innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nach dem Datum der Geburt des Kindes liegt.

Der Zeitraum von drei Jahren wird verdoppelt, wenn es ein Kind betrifft, das die Zusatzbeihilfe für behinderte Kinder bezieht, die in Anwendung der Rechtsvorschriften in bezug auf die Familienbeihilfen für Lohnempfänger oder der Rechtsvorschriften in bezug auf die Familienbeihilfen für Selbständige bewilligt wird.

Erfolgt eine weitere Geburt vor Ende der Unterbrechung, kann diese verlängert werden, ohne daß drei beziehungsweise sechs Jahre nach dem Datum dieser weiteren Geburt überschritten werden dürfen.

Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter oder Teilzeitarbeitnehmer haben die verkürzte Wartezeit absolviert, wenn sie innerhalb eines Zeitraums von einem Monat siebenundsechzig Arbeitsstunden erreichen. Der Bezugszeitraum wird jedoch auf höchstens drei Monate verlängert für Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter oder Teilzeitarbeitnehmer, für die es aufgrund ihrer Arbeitsregelung unmöglich ist, ihre verkürzte Wartezeit binnen einem Monat zu absolvieren.

§ 6 - Für Personen, die die Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 86 § 1 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes mindestens bis zum dreißigsten Tag vor ihrer Einberufung oder Wiedereinberufung hatten und die spätestens am dreißigsten Tag nach Ende ihrer Einberufung oder Wiedereinberufung arbeitsunfähig im Sinne von Artikel 100 § 1 des koordinierten Gesetzes werden, wird davon ausgegangen, daß die Wartezeit absolviert wurde.

Werden die im vorhergehenden Absatz erwähnten Personen innerhalb dreißig Tagen nach Entlassung ins Zivilleben oder in den Urlaub auf unbestimmte Zeit arbeitsunfähig im Sinne von Artikel 100 § 1 des koordinierten Gesetzes und ist diese Arbeitsunfähigkeit auf einen während des Wehrdienstes geschehenen Unfall oder ein während des Wehrdienstes erlittenes Leiden zurückzuführen, wird davon ausgegangen, daß die Wartezeit absolviert wurde. Dies gilt auch, wenn diese Personen, die einberufen oder wiedereinberufen worden sind, aus gesundheitlichen Gründen von ihrem Dienst abwesend sind, insofern ihre Abwesenheit nicht auf die Dauer des Wehrdienstes angerechnet wird.

§ 7 - Für die Anwendung des vorliegenden Erlasses wird der Zeitraum der Ableistung der Verpflichtungen aufgrund der Rechtsvorschriften über das Statut der Wehrdienstverweigerer aus Gewissensgründen dem Zeitraum der Einberufung oder Wiedereinberufung zum Wehrdienst gleichgesetzt.

Abschnitt III — Modalitäten in bezug auf die Wartezeit bei Übergang von einem Zweig der Entschädigungsversicherung zu einem anderen

Art. 206 - Für die Bewilligung der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung oder des Bestattungsgelds wird die in Artikel 128 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Wartezeit auf drei Monate mit mindestens sechzig Arbeitstagen verkürzt zugunsten von Personen, die die Eigenschaft eines Berechtigten im Sinne von Artikel 86 § 1 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes erlangen, vorausgesetzt, daß sie diese Eigenschaft spätestens am dreißigsten Tag nach Verlust der in Artikel 3 des Königlichen Erlasses vom 20. Juli 1971 zur Einführung einer Arbeitsunfähigkeitsversicherungsregelung zugunsten der Selbständigen erwähnten Eigenschaft eines Berechtigten erlangen und sie die in dieser Regelung vorgesehene Wartezeit absolviert haben oder davon befreit worden sind.

Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer haben die verkürzte Wartezeit absolviert, wenn sie innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten zweihundert Arbeitsstunden erreichen. Der Bezugszeitraum wird jedoch auf höchstens neun Monate verlängert für Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter oder Teilzeitarbeitnehmer, für die es aufgrund ihrer Arbeitsregelung unmöglich ist, ihre verkürzte Wartezeit binnen drei Monaten zu absolvieren.

Abschnitt IV — Aufrechterhaltung der Ansprüche der Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer

Art. 207 - Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer behalten ihr Anrecht auf Entschädigungen, wenn sie für das zweite und dritte Quartal vor dem Quartal, in dem sie Leistungen beantragen, einerseits die in Artikel 203 Absatz 3 erwähnte Anzahl Arbeitsstunden erreicht haben und andererseits die in Artikel 130 Absatz 1 Nr. 2 des koordinierten Gesetzes festgelegten Bedingungen erfüllt haben. Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer, die diese Bedingungen nicht erfüllen, behalten jedoch ihr Anrecht auf Entschädigungen, insofern während der drei Quartale vor dem Quartal, in dem sie diese Leistungen beantragen, keine durchgehende Unterbrechung von mehr als dreißig Tagen in ihrer Eigenschaft eines Berechtigten eingetreten ist, so wie diese in Artikel 86 § 1 des koordinierten Gesetzes definiert ist, und insofern sie die in Artikel 130 Absatz 1 Nr. 2 des koordinierten Gesetzes festgelegten Bedingungen erfüllt haben.

Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter oder Teilzeitarbeitnehmer, die am Ende eines Quartals Entschädigungen beziehen, beziehen diese jedoch weiter bis zum Ende der laufenden Arbeitsunfähigkeit.

Abschnitt V — Ansprüche der Berechtigten, die aufgrund der Rechtsvorschriften über die Ruhestandspensionsregelung der Bergarbeiter innerhalb der letzten sechs Monate primärer Arbeitsunfähigkeit eine Invalidityspension beanspruchen können

Art. 208 - Für die Anwendung der Bestimmungen von Artikel 87 Absatz 4 des koordinierten Gesetzes läuft das Anrecht auf Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit am Ende des Kalendermonats aus, der dem Monat vorangeht, in dem der sechste Monat der Arbeitsunfähigkeit endet, wenn dieser spätestens am Fünfzehnten des Monats ausläuft, und am Ende des Monats, in dem die ersten sechs Monate der Arbeitsunfähigkeit enden, wenn diese nach dem Fünfzehnten des Monats auslaufen.

Art. 209 - Bergarbeiter, die über den in Artikel 208 festgelegten Zeitraum hinaus arbeitsunfähig sind, können unter Vorbehalt einer Rückforderung entweder zu ihren Lasten oder zu Lasten der Vorsorgekasse, die die nachstehend erwähnte Pension schuldet, die Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit beziehen, wenn sie die Invaliditätspension als Bergarbeiter bei der für diese Angelegenheit zuständigen Einrichtung beantragt haben und sie sich verpflichten, dem Versicherungsträger den Betrag der als Vorschuß geleisteten Entschädigung in Höhe der erhaltenen Pension zurückzuzahlen. Verweigert die vorerwähnte Einrichtung die Pension, setzt sie den Versicherungsträger davon in Kenntnis; die Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit wird nur weiter bewilligt, wenn die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Artikel 100 des koordinierten Gesetzes vom Vertrauensarzt anerkannt wird.

Darüber hinaus ist Absatz 1 ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf Bergarbeiter anwendbar, die, obwohl sie arbeiteten, die vorerwähnte Pension bezogen, deren Betrag in Anwendung der Bestimmungen zur Regelung des gleichzeitigen Bezugs solcher Pensionen und eines Lohns beziehungsweise einer Besoldung gekürzt war.

Art. 210 - Bergarbeiter, die bei Ablauf des in Artikel 208 festgelegten Zeitraums aufgrund der Rechtsvorschriften über die Ruhestandspensionsregelung der Bergarbeiter Anrecht auf eine Invaliditätspension haben, haben bis zum Ablauf des in Artikel 87 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes festgelegten Zeitraums von einem Jahr Anspruch auf den Unterschied zwischen dem Betrag der Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit und dem Betrag der in Werktagen berechneten Invaliditätspension, die ihnen als Bergarbeitern bewilligt wird.

Bergarbeiter, der ihre Invaliditätspension als Bergarbeiter nicht vor Ende des sechsten Monats ihrer Arbeitsunfähigkeit beantragt haben, erhalten den im vorhergehenden Absatz erwähnten Unterschied erst ab dem Datum, an dem ihre Pension einsetzt.

Abschnitt VI — Höhe der Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen, Höchst- und Mindestbetrag der Invaliditätsentschädigung

Art. 211 - Die Höhe der Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit wird auf 60 Prozent des in Artikel 87 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohnausfalls festgelegt. Für die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe c) des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten und für Berechtigte, die die vorerwähnte Eigenschaft aufgrund von Artikel 131 desselben Gesetzes behalten, darf der Betrag der Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit während der ersten sechs Monate der Arbeitsunfähigkeit nicht über dem Arbeitslosengeld liegen, auf das sie Anspruch gehabt hätten, wenn sie nicht arbeitsunfähig gewesen wären. Die vorerwähnten Berechtigten bleiben in der Arbeitslosenkategorie, die gemäß den Bestimmungen von Artikel 110 § 1, § 2 oder § 3 des Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 zur Regelung der Arbeitslosigkeit zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit festgelegt worden ist, außer wenn im Laufe des vorerwähnten Zeitraums infolge eines Todesfalls oder einer Geburt oder der Eheschließung, Ehescheidung oder Trennung von Tisch und Bett des Berechtigten eine Änderung eintritt.

Für die Bestimmung des in Absatz 1 erwähnten Zeitraums von sechs Monaten wird die Dauer des Zeitraums der Mutterschaftsruhe unmittelbar vor dem Arbeitsunfähigkeitszeitraum berücksichtigt.

Die Maßnahme zur Beschränkung des Betrags der Entschädigung wegen primärer Arbeitsunfähigkeit auf das in Absatz 1 erwähnte Arbeitslosengeld ist jedoch nicht auf zeitweilige Arbeitslose anwendbar. Für die Anwendung der vorliegenden Bestimmung werden in Artikel 28 § 3 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 erwähnte Arbeitnehmer und Arbeitnehmer, die im Rahmen des Königlichen Erlasses vom 30. Juli 1994 über die Halbzeitfrühpension für die Hälfte der Arbeitszeit beschäftigt sind, zeitweiligen Arbeitslosen gleichgestellt.

Art. 212 - Der Höchstbetrag des in Artikel 87 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohns wird auf 1.083,33 Franken pro Tag festgelegt.

Dieser Betrag ist an den Schwellenindex 114,20 gebunden und wird den Schwankungen des Preisindexes angepaßt gemäß den Artikeln 2, 4 § 1 und 6 Nr. 3 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 Lohngrenzen sowie den Selbständigen im Sozialbereich auferlegte Verpflichtungen an den Verbraucherpreisindex gebunden werden.

Art. 213 - Die Höhe der Invaliditätsentschädigung wird auf 65 Prozent des in Artikel 87 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohnausfalls festgelegt. Für Berechtigte, deren Arbeitsunfähigkeit vor dem 1. Januar 1975 eingesetzt hat, wird dieser Lohn um einen Betrag von 29,42 Franken, der an den Index 114,20 gebunden ist, erhöht. Für Berechtigte, deren Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Januar 1975 und spätestens am 31. Dezember 1976 eingesetzt hat, wird dieser Lohn um einen Betrag von 15,13 Franken, der an den Index 114,20 gebunden ist, erhöht.

Für Berechtigte, die nicht als Arbeitnehmer mit Person zu Lasten angesehen werden, wird dieser Satz auf 45 beziehungsweise 40 Prozent desselben Lohns herabgesetzt, je nachdem ob es in Artikel 226 erwähnte Berechtigte betrifft oder nicht.

Der Höchstbetrag der Invaliditätsentschädigung wird auf 1.681,61 Franken für Berechtigte festgelegt, die als Arbeitnehmer mit Person zu Lasten angesehen werden, und auf 1.121,07 Franken für Berechtigte, die nicht als Arbeitnehmer mit Person zu Lasten angesehen werden. Für die Anwendung von Artikel 237 werden diese Beträge an den Index 181,41 gebunden.

Für Berechtigte, deren Arbeitsunfähigkeit vor dem 1. Oktober 1974 eingesetzt hat, wird der Höchstbetrag der Invaliditätsentschädigung ab dem 1. Juli 1984 auf 1.150,63 Franken festgelegt, wenn sie als Arbeitnehmer mit Person zu Lasten angesehen werden, und auf 770,04 Franken, wenn sie nicht als Arbeitnehmer mit Person zu Lasten angesehen werden. Für die Anwendung von Artikel 237 werden diese Beträge an den Index 181,41 gebunden. Für Berechtigte, deren Arbeitsunfähigkeit frühestens am 1. Januar 1974 und spätestens am 30. September 1974 eingesetzt hat und deren Arbeitsunfähigkeit am 1. Juli 1984 andauert, ist der Betrag des Lohnausfalls, der für die Berechnung der ab diesem Datum bewilligten Entschädigung berücksichtigt wird, der Betrag des tatsächlichen Lohns für den in Artikel 87 des koordinierten Gesetzes erwähnten Bezugszeitraum; dieser Betrag ist jedoch auf den Höchstbetrag, auf den die Beiträge für die Entschädigungsversicherung einbehalten worden sind, beschränkt. Dieser Höchstbetrag wird vor Anwendung von Absatz 1 um 10,24 Prozent erhöht.

Art. 214 - § 1 - Der Mindesttagesbetrag der Invaliditätsentschädigung, die Berechtigten, die die Eigenschaft eines regelmäßigen Arbeitnehmers haben, bewilligt wird, wird wie folgt festgelegt:

1. Für Berechtigte, die als Arbeitnehmer mit Person zu Lasten angesehen werden, beläuft sich der Mindesttagesbetrag auf 391,70 Franken.

2. Für Berechtigte, die nicht als Arbeitnehmer mit Person zu Lasten angesehen werden, beläuft sich der Mindesttagesbetrag auf:

- a) 313,45 Franken für die in Artikel 226 erwähnten Berechtigten,
- b) 280,43 Franken für die nicht in Artikel 226 erwähnten Berechtigten.

Die im vorhergehenden Absatz erwähnten Beträge sind an den Schwellenindex 114,20 gebunden.

Dieser Mindesttagesbetrag wird erst ab dem Datum bewilligt, an dem der in Artikel 224 erwähnte Invalide ohne Person zu Lasten 21 Jahre alt wird.

§ 2 - Der Mindesttagesbetrag der Invaliditätsentschädigung, die nicht regelmäßigen Arbeitnehmern bewilligt wird, entspricht dem in Werktagen berechneten Betrag des Existenzminimums, das aufgrund des Gesetzes vom 7. August 1974 zur Einführung des Rechts auf ein Existenzminimum gewährleistet wird.

Für Berechtigte mit Person zu Lasten im Sinne von Artikel 93 des koordinierten Gesetzes entspricht dieser Betrag dem Betrag, der für zusammenlebende Ehepartner gewährleistet wird.

Für Berechtigte ohne Person zu Lasten entspricht dieser Betrag dem Betrag, der für Alleinstehende gewährleistet wird.

Unter nicht regelmäßigen Arbeitnehmern sind Berechtigte zu verstehen, denen die Eigenschaft eines regelmäßigen Arbeitnehmers gemäß den Bestimmungen von Artikel 224 nicht zuerkannt werden kann.

Art. 215 - Für Berechtigte, die zwischen dem 2. April 1964 und dem 30. Juni 1970 arbeitsunfähig geworden sind und deren Arbeitsunfähigkeit am 1. Juli 1971 andauert, entspricht der Betrag des Lohnausfalls, der für die Berechnung der ab letztgenanntem Datum zu bewilligenden Entschädigung berücksichtigt wird, dem Betrag des tatsächlichen Lohns für den in Artikel 87 des koordinierten Gesetzes erwähnten Bezugszeitraum; dieser Betrag ist jedoch auf den Höchstbetrag, auf den die Beiträge für die Gesundheitspflegeversicherung einbehalten worden sind, beschränkt, und der monatliche Betrag des Lohns darf 14.300 Franken während des ersten Quartals 1970 und 14.575 Franken während des zweiten Quartals 1970 nicht übersteigen.

Vor Anwendung der Artikel 93 Absatz 5, 98 und 99 des koordinierten Gesetzes wird der Tagesbetrag der Invaliditätsentschädigung um 25 Prozent erhöht für Berechtigte, die vor dem 2. April 1964 arbeitsunfähig geworden sind.

Abschnitt VII — Höhe des Mutterschaftsgelds und Gewährungsbedingungen

Art. 216 - Die Höhe des Mutterschaftsgelds wird auf 79,5 Prozent des in Artikel 113 Absatz 3 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohnausfalls während der ersten dreißig Tage der Mutterschaftsruhe festgelegt, so wie sie in den Artikeln 114 und 115 des koordinierten Gesetzes definiert ist, und auf 75 Prozent dieses Lohnausfalls ab dem einunddreißigsten Tag dieses Zeitraums.

Während der ersten dreißig Tage der Mutterschaftsruhe beziehen die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe *a*) und *b*) des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten jedoch ein Mutterschaftsgeld, das 82 Prozent des vorerwähnten Lohnausfalls beträgt, ohne daß die im vorerwähnten Artikel 113 Absatz 3 vorgesehene Lohnbegrenzung zur Anwendung kommt.

Art. 217 - In Artikel 113 letzter Absatz des koordinierten Gesetzes erwähnte Berechtigte unter kontrollierter Vollarbeitslosigkeit und Berechtigte, die die vorerwähnte Eigenschaft aufgrund von Artikel 131 des koordinierten Gesetzes behalten, haben Anrecht auf eine Basisentschädigung, die 60 Prozent des in Artikel 113 Absatz 3 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohnausfalls entspricht; der Betrag dieser Entschädigung darf jedoch nicht über dem Betrag des Arbeitslosengelds liegen, auf das die vorerwähnten Berechtigten Anspruch gehabt hätten, wenn sie nicht in Mutterschaftsruhe gewesen wären.

Die im vorhergehenden Absatz erwähnte begrenzende Maßnahme wird nicht mehr angewandt, sobald sechs Monate verstrichen sind, wobei die Dauer der Mutterschaftsruhe und des unmittelbar davorliegenden Arbeitsunfähigkeitszeitraums berücksichtigt wird.

In Absatz 1 erwähnte Berechtigte haben darüber hinaus Anspruch auf eine Zusatzentschädigung, die während der ersten dreißig Tage der Mutterschaftsruhe 19,5 Prozent des in Artikel 113 Absatz 3 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohnausfalls und ab dem einunddreißigsten Tag dieses Zeitraums 15 Prozent dieses Lohnausfalls beträgt.

Art. 218 - Die Beträge des Mutterschaftsgelds, so wie sie in den Artikeln 216 und 217 festgelegt sind, werden höchstens fünfzehn Wochen bewilligt.

Dauert der Zeitraum der Mutterschaftsruhe, so wie er in den Artikeln 114 und 115 des koordinierten Gesetzes definiert ist, länger als fünfzehn Wochen, wird die Höhe des Mutterschaftsgelds für den Teil des Zeitraums der Mutterschaftsruhe, der fünfzehn Wochen überschreitet, auf 60 Prozent des in Artikel 113 Absatz 3 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohnausfalls beschränkt, unbeschadet der in Artikel 217 Absatz 1 vorgesehenen begrenzenden Maßnahme.

Art. 219 - Die Bestimmungen des vorliegenden Königlichen Erlasses, die die Entschädigungsversicherung betreffen, sind auf die Mutterschaftsversicherung anwendbar, insofern durch vorliegenden Abschnitt nicht davon abgewichen wird.

Abschnitt VIII — Verlängerung der postnatalen Ruhe

Art. 220 - Für die Verlängerung der postnatalen Ruhe in Anwendung von Artikel 114 Absatz 2 des koordinierten Gesetzes werden folgende Zeiträume einem Zeitraum, in dem die Berechtigten weitergearbeitet haben, gleichgesetzt:

1. Zeiträume des Jahresurlaubs einschließlich des Zeitraums, der durch das zeitversetzte Gehalt gedeckt wird, das zeitweiligen Lehrkräften oder Aushilfslehrkräften nach Ende des Arbeitsvertrags oder der zeitweiligen Anstellung bewilligt wird,

2. Zeitraum, in dem die Berechtigten als Sozialgerichtsrat oder Sozialrichter bei den Arbeitsgerichtshöfen beziehungsweise Arbeitsgerichten tagen,

3. durch ein Gesetz, eine Verordnung oder ein kollektives Arbeitsabkommen geregelte Tage, an denen die Berechtigten das Recht haben, der Arbeit mit Fortzahlung des normalen Lohns fernzubleiben bei familiären Ereignissen, zur Erfüllung staatsbürgerlicher Pflichten oder ziviler Aufgaben, bei Erscheinen vor Gericht,

4. durch ein Gesetz, eine Verordnung oder ein kollektives Arbeitsabkommen geregelte Tage, an denen die Berechtigten das Recht haben, der Arbeit aus zwingenden Gründen fernzubleiben,

5. Tage, für die der garantierte Tageslohn in Anwendung von Artikel 27 des Gesetzes vom 3. Juli 1978 über die Arbeitsverträge bewilligt wird,

6. in den Artikeln 49, 50 und 51 des Gesetzes vom 3. Juli 1978 über die Arbeitsverträge erwähnte Zeiträume,
7. Zeitraum, in dem ein Unternehmen geschlossen ist infolge von Maßnahmen, die in Anwendung der Rechtsvorschriften oder Regelungen in bezug auf den Umweltschutz getroffen werden,
8. Feiertage, Ersatztage und Ausgleichsruhetage, die in Anwendung des Gesetzes vom 4. Januar 1974 über die Feiertage bewilligt werden,
9. für die Berechtigten, die abwechselnd gemäß der Fünftagewocheregelung und der Sechstagewocheregelung arbeiten, der Tag der Fünftagewoche, an dem sie normalerweise gearbeitet hätten, wenn es sich um eine Woche der Sechstagewocheregelung gehandelt hätte,
10. Ausgleichsruhetage, die in Anwendung des Gesetzes vom 16. März 1971 über die Arbeit bewilligt werden, und Ausgleichsruhetage, die aufgrund der Verkürzung der Arbeitszeit bewilligt werden.

Abschnitt IX — Umwandlung eines Teils der postnatalen Ruhe in Vaterschaftsurlaub

Art. 221 - § 1 - Stirbt die Mutter, kann der Vater des Kindes gemäß Artikel 114 Absatz 4 des koordinierten Gesetzes Vaterschaftsurlaub beanspruchen, dessen Dauer den Teil der in Artikel 114 Absatz 2 des koordinierten Gesetzes erwähnten postnatalen Ruhe, den die Mutter bei ihrem Tod nicht aufgebraucht hat, nicht überschreiten darf.

§ 2 - Berechtigte, die Anspruch auf den in § 1 erwähnten Vaterschaftsurlaub erheben möchten, müssen zu diesem Zweck einen Antrag bei dem Versicherungsträger, bei dem sie angeschlossen sind, einreichen. Diesem Antrag muß ein Auszug aus der Sterbeurkunde der Mutter und eine Bescheinigung der Pflegeanstalt, in der bestätigt wird, daß das Neugeborene das Krankenhaus verlassen hat, beigefügt werden.

§ 3 - Der Vater bezieht eine Entschädigung für jeden Werktag des Vaterschaftsurlaubs und für jeden Tag desselben Zeitraums, der durch eine Verordnung des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen einem Werktag gleichgesetzt wird. Die Höhe dieser Entschädigung wird aufgrund des Lohns des Vaters des Kindes bestimmt gemäß den Bestimmungen von Artikel 113 des koordinierten Gesetzes und der Artikel 216 bis 219, unter Berücksichtigung der Eigenschaft des Vaters als Berechtigter im Sinne von Artikel 86 § 1 des vorerwähnten koordinierten Gesetzes und des bereits verstrichenen Teils der Mutterschaftsruhe.

Art. 222 - § 1 - Ist die Mutter im Krankenhaus, kann der Vater des Kindes gemäß Artikel 114 Absatz 4 des koordinierten Gesetzes Vaterschaftsurlaub beanspruchen, der frühestens am achten Tag nach der Geburt des Kindes beginnt, vorausgesetzt, daß der Krankenhausaufenthalt der Mutter länger als sieben Tage dauert und daß das Neugeborene das Krankenhaus verlassen hat.

Der Vaterschaftsurlaub läuft zu dem Zeitpunkt aus, an dem der Krankenhausaufenthalt der Mutter endet, und spätestens bei Ablauf des Zeitraums, der der Mutterschaftsruhe entspricht, die die Mutter zum Zeitpunkt ihres Krankenhausaufenthalts noch nicht genommen hatte.

§ 2 - Berechtigte, die Anspruch auf den in § 1 erwähnten Vaterschaftsurlaub erheben möchten, müssen zu diesem Zweck einen Antrag bei dem Versicherungsträger, bei dem sie angeschlossen sind, einreichen. Diesem Antrag muß eine Bescheinigung der Pflegeanstalt beigefügt werden, in der das Datum des Beginns des Krankenhausaufenthalts der Mutter angegeben ist und in der bestätigt wird, daß der Krankenhausaufenthalt der Mutter länger als sieben Tage dauert und daß das Neugeborene das Krankenhaus verlassen hat.

§ 3 - Der Vater bezieht für jeden Werktag des Vaterschaftsurlaubs und für jeden Tag desselben Zeitraums, der durch eine Verordnung des Geschäftsführenden Ausschusses des Dienstes für Entschädigungen einem Werktag gleichgesetzt wird, eine Entschädigung, deren Höhe auf 60 Prozent des in Artikel 87 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohnausfalls festgelegt wird.

Für die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe c) des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten unter kontrollierter Vollarbeitslosigkeit und für die Berechtigten, die die vorerwähnte Eigenschaft aufgrund von Artikel 131 des koordinierten Gesetzes behalten, darf der Betrag der Entschädigung jedoch nicht über dem Betrag des Arbeitslosengelds liegen, auf das sie Anspruch gehabt hätten, wenn sie nicht in Vaterschaftsurlaub gewesen wären.

Für die in Artikel 93 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten darf der Betrag der Entschädigung nicht unter dem Betrag der Invaliditätsentschädigung liegen, auf die sie Anspruch gehabt hätten, wenn sie nicht in Vaterschaftsurlaub gewesen wären.

§ 4 - Die Mutter des Kindes behält während des Vaterschaftsurlaubs eine Entschädigung, die gemäß den Bestimmungen der Artikel 216 bis 219 berechnet wird.

Art. 223 - § 1 - Bei Empfang des in Artikel 221 oder 222 erwähnten Antrags auf Vaterschaftsurlaub übergibt der Versicherungsträger dem betreffenden Berechtigten ein Informationsblatt, gegebenenfalls eine Erklärung in bezug auf die im Rahmen des Zweigs Entschädigungen erforderlichen Versicherungsbedingungen und eine Bescheinigung über die Wiederaufnahme der Arbeit oder der Arbeitslosigkeit, die den vom Geschäftsführenden Ausschuss des Dienstes für Entschädigungen erstellten Mustern entsprechen.

Dieser Berechtigte schickt seinem Versicherungsträger das Informationsblatt oder gegebenenfalls die Erklärung in bezug auf die im Rahmen des Zweigs Entschädigungen erforderlichen Versicherungsbedingungen so schnell wie möglich zurück, nachdem die Unterlagen ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben worden sind von seinem Arbeitgeber, von ihm selber und gegebenenfalls vom Landesamt für Arbeitsbeschaffung, von der Einrichtung für die Auszahlung des Arbeitslosengelds oder vom Schuldner der Leistungen, die in bezug auf Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten vorgesehen sind.

Der Berechtigte übergibt seinem Versicherungsträger binnen acht Tagen nach Ende des in Artikel 114 Absatz 4 des koordinierten Gesetzes erwähnten Vaterschaftsurlaubs ebenfalls eine Bescheinigung, die dem vom Geschäftsführenden Ausschuss des Dienstes für Entschädigungen erstellten Muster entspricht, die von seinem Arbeitgeber beziehungsweise von der Einrichtung für die Auszahlung des Arbeitslosengelds ausgefüllt, mit dem Datum versehen und unterschrieben worden ist und in der das Datum angegeben ist, an dem der Betreffende die Arbeit oder die kontrollierte Arbeitslosigkeit wiederaufgenommen hat.

In dem in Artikel 222 erwähnten Fall muß der Bescheinigung eine Bescheinigung der Pflegeanstalt beigefügt werden, in der das Datum, an dem der Krankenhausaufenthalt der Mutter geendet hat, angegeben wird.

§ 2 - Der Versicherungsträger, der bei Anwendung von Artikel 114 Absatz 4 des koordinierten Gesetzes mit der Zahlung der in Artikel 113 des koordinierten Gesetzes erwähnten Entschädigung an den Vater des Kindes beauftragt ist, ist der Versicherungsträger, bei dem der Vater angeschlossen ist.

Dieser Versicherungsträger ist verpflichtet, beim Versicherungsträger der Mutter alle Angaben einzuholen, anhand deren der restliche Teil der postnatalen Ruhe, zu rechnen ab dem Tod der Mutter oder ihrer Aufnahme im Krankenhaus, bestimmt werden kann.

Abschnitt X — Regelmäßiger Arbeitnehmer

Art. 224 - § 1 - Um als regelmäßige Arbeitnehmer im Sinne von Artikel 93 des koordinierten Gesetzes angesehen zu werden, müssen die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 oder 2 des koordinierten Gesetzes erwähnten Arbeitnehmer gleichzeitig folgende Bedingungen erfüllen:

1. zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit, die zur Invalidität geführt hat, seit mindestens sechs Monaten die Eigenschaft eines Entschädigungsberechtigten haben.

Berechtigte, deren Invalidität frühestens am 1. April 1983 eingesetzt hat, müssen darüber hinaus mindestens hundertzwanzig effektive Arbeitstage oder in Anwendung von Artikel 203 Absatz 4 gleichgesetzte Tage erreichen. Die in Artikel 203 Absatz 4 Nr. 4 aufgezählten Tage dürfen für die Anwendung der vorliegenden Bestimmung jedoch nicht berücksichtigt werden.

In Abweichung von den Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes müssen Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter oder Teilzeitarbeitnehmer vierhundert effektive Arbeitsstunden oder in Anwendung von Artikel 203 Absatz 4 gleichgesetzte Stunden erreichen. Die in Anwendung von Artikel 203 Absatz 4 Nr. 4 gleichgesetzten Stunden dürfen für die Anwendung der vorliegenden Bestimmung jedoch nicht berücksichtigt werden,

2. innerhalb des Zeitraums, der an dem Datum, an dem sie Berechtigte geworden sind, beginnt und am Tag vor Einsetzen der Arbeitsunfähigkeit endet, eine Anzahl Arbeitstage oder gleichgesetzte Tage erreichen, die mindestens drei Vierteln der Anzahl Werkstage des betreffenden Zeitraums entspricht. Unter Tagen, die Arbeitstagen gleichgesetzt werden, sind Tage zu verstehen, die in den Artikeln 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe b), 100, 114 und 128 des koordinierten Gesetzes erwähnt sind.

Unter Werktagen sind alle Tage des Jahres außer Sonntage zu verstehen. Hat ein Arbeitnehmer die Eigenschaft eines Entschädigungsberechtigten seit dem ersten Januar des Kalenderjahres, das dem Jahr vorangeht, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingesetzt hat, wird der Bezugszeitraum jedoch auf dieses Kalenderjahr beschränkt.

Unter Kalenderjahr im Sinne der vorliegenden Bestimmung ist das Bezugsjahr zu verstehen, so wie es in Artikel 277 definiert ist.

Verliert ein Arbeitnehmer die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 oder 2 des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft eines Berechtigten während eines Zeitraums von weniger als drei Monaten, unterbricht dieser Zeitraum nicht den Bezugszeitraum.

War ein Vollzeitarbeitnehmer ständig in einer Fünftagewocheregelung beschäftigt, wird die Anzahl Tage der vorerwähnten Zeiträume, während deren die wöchentliche Arbeit des Arbeitnehmers auf fünf Tage verteilt war oder verteilt worden wäre, um 20 Prozent erhöht, außer wenn diese Tage ohne Berücksichtigung dieser wöchentlichen Arbeitsregelung angegeben werden. Enthält das Ergebnis eine Bruchzahl, wird es nach oben aufgerundet.

In Abweichung von den in Nr. 2 Absatz 1 erwähnten Bestimmungen müssen Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter oder Teilzeitarbeitnehmer während des oben definierten Bezugszeitraums eine Anzahl Arbeitsstunden oder hiermit gleichgesetzte Stunden erreichen, die mindestens 28 Arbeitsstunden pro Woche entspricht, oder in Ermangelung dessen eine Anzahl Arbeitsstunden, die mindestens drei Vierteln der Anzahl Arbeitsstunden entspricht, die ein Vollzeitarbeitnehmer in einer ähnlichen Funktion in demselben Unternehmen oder Beschäftigungszweig erreicht. Für diese Arbeitnehmer werden die in Nr. 2 Absatz 1 erwähnten Inaktivitätszeiträume, insofern sie mit Zeiträumen übereinstimmen, während deren die betroffenen Arbeitnehmer normalerweise gearbeitet hätten, für die Anzahl Arbeitsstunden, die sie im Laufe dieser Zeiträume erbracht hätten, berücksichtigt,

3. für alle Werkstage des in Nr. 2 erwähnten Bezugszeitraums einen durchschnittlichen Tageslohn nachweisen von mindestens 440 Franken, wenn sie 21 Jahre alt oder älter sind, 330 Franken, wenn sie 18 bis 20 Jahre alt sind, und 220 Franken, wenn sie jünger als 18 Jahre alt sind. Zu diesem Zweck wird für Tage, die Arbeitstagen gleichgesetzt werden, ein fiktiver Lohn berechnet, der dem Lohnausfall, so wie er in Artikel 87 des koordinierten Gesetzes definiert ist und der als Grundlage für die Berechnung der Entschädigung gedient hat, entspricht.

Für Arbeitnehmer, deren Beiträge aufgrund der Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit auf der Grundlage von Pauschallöhnen berechnet werden, wird davon ausgegangen, daß sie die in Absatz 1 festgelegte Bedingung in bezug auf den Tageslohn erfüllt haben,

4. Berechtigte, deren Invalidität frühestens am 1. April 1983 eingesetzt hat, müssen für alle Werkstage des in Nr. 2 erwähnten Bezugszeitraums einen durchschnittlichen Tageslohn nachweisen von mindestens 864 Franken, wenn sie 21 Jahre alt oder älter sind, 648 Franken, wenn sie 18 bis 20 Jahre alt sind, und 432 Franken, wenn sie jünger als 18 Jahre alt sind. Zu diesem Zweck wird für Tage, die mit Arbeitstagen gleichgesetzt werden, ein fiktiver Lohn berechnet, der dem Lohnausfall, so wie er in Artikel 87 des koordinierten Gesetzes definiert ist und der als Grundlage für die Berechnung der Entschädigung gedient hat, entspricht.

Für Arbeitnehmer, deren Beiträge aufgrund der Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit auf der Grundlage von Pauschallöhnen berechnet werden, wird davon ausgegangen, daß sie die in Absatz 1 festgelegte Bedingung in bezug auf den Tageslohn erfüllt haben.

Für Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer wird für Stunden, die Arbeitsstunden gleichgesetzt werden, ein fiktiver Lohn berechnet, der ebenfalls aufgrund des Lohnausfalls, der für die Berechnung der Entschädigung berücksichtigt wird, bestimmt wird.

§ 2 - Der Zeitraum der Einberufung oder Wiedereinberufung und jeder aufgrund von Artikel 205 § 7 hiermit gleichgesetzte Zeitraum, die in Artikel 247 erwähnten Zeiträume fortgesetzter Versicherung und Zeiträume, während deren ein Berechtigter die Arbeit eingestellt hat, um sich unter den in Artikel 205 § 5 festgelegten Bedingungen der Erziehung seines Kindes zu widmen, werden für die Anwendung der Bestimmungen von § 1 neutralisiert.

§ 3 - Die Beträge des in § 1 erwähnten durchschnittlichen Tageslohns werden jedes Jahr im Laufe des Monats Dezember anhand eines Prozentsatzes Neubewertet, der dem Verhältnis zwischen dem am 1. Januar des laufenden Jahres geltenden Mindestbetrag der Invaliditätsentschädigung für regelmäßige Arbeitnehmer mit Person zu Lasten und demselben Betrag am 1. Januar des vorhergehenden Jahres entspricht.

Die so neubewerteten Beträge werden für die Anwendung von § 1 ab dem 1. Januar nach dieser Neubewertung berücksichtigt.

Bei Anwendung von § 2 sind die Beträge des in § 1 erwähnten durchschnittlichen Tageslohns, durch die die Werktage des Bezugszeitraums nachgewiesen werden, der einem neutralisierten Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorangeht, jedoch die Beträge, die gemäß dem vorliegenden Paragraphen für das Jahr festgelegt werden, das dem Jahr folgt, in dem der neutralisierte Zeitraum begonnen hat.

§ 4 - Invalide Berechtigte, die die Bedingungen für die Bewilligung der Eigenschaft eines regelmäßigen Arbeitnehmers erfüllen, behalten diese Eigenschaft, wenn sie binnen zwölf Monaten nach Ende des Invaliditätszeitraums, für den ihnen die Eigenschaft eines regelmäßigen Arbeitnehmers bewilligt worden war, wieder arbeitsunfähig werden.

Setzt die Arbeitsunfähigkeit binnen zwölf Monaten nach Ende eines Zeitraums primärer Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Monaten ein, erhalten invalide Berechtigte, die zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit, die zur Invalidität geführt hat, die in § 1 erwähnten Bedingungen nicht erfüllten, diese Bedingungen aber erfüllt hätten, wenn der vorerwähnte Zeitraum ohne Unterbrechung angedauert hätte, die Eigenschaft eines regelmäßigen Arbeitnehmers.

Der vorliegende Paragraph ist nur auf Berechtigte anwendbar, deren Invalidität frühestens am 1. April 1983 einsetzt.

Abschnitt XI — Arbeitnehmer mit Person zu Lasten

Art. 225 - § 1 - Folgende Personen werden als Arbeitnehmer mit Person zu Lasten im Sinne von Artikel 93 des koordinierten Gesetzes angesehen:

1. verheiratete Berechtigte, deren Ehepartner entweder die Eigenschaft einer Person zu Lasten im Sinne der Artikel 123 Nr. 1, 124 und 127 hat oder unter demselben Dach wie der Berechtigte wohnt, keine Berufstätigkeit ausübt und tatsächlich weder eine Pension oder Rente noch eine Beihilfe oder Entschädigung aufgrund belgischer oder ausländischer Rechtsvorschriften bezieht,

2. Berechtigte, die mit einer nicht entlohnten Person zusammenwohnen, die sich um den Haushalt des Berechtigten kümmert und die entweder die Eigenschaft einer Person zu dessen Lasten im Sinne der Artikel 123 Nr. 2, 124, 125 und 127 hat oder seit mehr als sechs Monaten unter demselben Dach wie der Berechtigte wohnt und ebenfalls die in Artikel 123 Nr. 2 Absatz 3 erwähnten Bedingungen erfüllt, keine Berufstätigkeit ausübt und tatsächlich weder eine Pension oder Rente noch eine Beihilfe oder Entschädigung aufgrund belgischer oder ausländischer Rechtsvorschriften bezieht,

3. Berechtigte, die mit einem oder mehreren Kindern zusammenwohnen, von denen mindestens eins zu ihren Lasten ist im Sinne der Artikel 123 Nr. 3, 124, 125 und 127,

4. Berechtigte, die mit einem oder mehreren Verwandten in aufsteigender Linie zusammenwohnen, die entweder die Eigenschaft einer Person zu ihren Lasten im Sinne der Artikel 123 Nr. 4, 124, 125 und 127 haben oder seit mehr als sechs Monaten unter demselben Dach wie der Berechtigte wohnen und ebenfalls die in Artikel 123 Nr. 4 Buchstabe a) erwähnten Bedingungen erfüllen, keine Berufstätigkeit ausüben und tatsächlich weder eine Pension oder Rente noch eine Beihilfe oder Entschädigung aufgrund belgischer oder ausländischer Rechtsvorschriften beziehen,

5. Berechtigte, die nicht in einem Krankenhaus aufgenommen, nicht in einer in Artikel 34 Nr. 11 des koordinierten Gesetzes erwähnten Einrichtung oder einem dort erwähnten Dienst aufgenommen, nicht in einem Gefängnis inhaftiert oder in einer Einrichtung zum Schutz der Gesellschaft interniert sind und für die der Medizinische Invaliditätsrat beschlossen hat, daß die Hilfe einer Drittperson notwendig ist, weil sie aufgrund ihres physischen oder geistigen Zustands nicht in der Lage sind, die gewöhnlichen Handlungen des täglichen Lebens allein zu verrichten.

Der Grad der Notwendigkeit der Hilfe einer Drittperson wird aufgrund der Gesamtpunktezahl bestimmt, die gemäß dem Handbuch zuerkannt wird, das für die Bestimmung des Selbständigkeitsgrades in den Rechtsvorschriften in bezug auf die Gewährung der Behindertenbeihilfen verwendet wird.

Berechtigte, die insgesamt weniger als 11 Punkte erhalten, können nicht als Arbeitnehmer mit Person zu Lasten angesehen werden.

Die Notwendigkeit der Hilfe einer Drittperson kann nur anerkannt werden, wenn sie für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Monaten als unerlässlich angesehen wird.

Durch den Krankenhausaufenthalt der in Absatz 1 erwähnten Berechtigten oder durch ihre Unterbringung in einer Einrichtung oder einem Dienst, die in Artikel 34 Nr. 11 des koordinierten Gesetzes erwähnt sind, werden die Auswirkungen der Anerkennung der Notwendigkeit der Hilfe einer Drittperson ab dem ersten Tag des dritten Monats des Krankenhausaufenthalts oder der Unterbringung bis zum Ende des Aufenthalts beziehungsweise der Unterbringung ausgesetzt, außer wenn die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung sich nicht an den Kosten des Pflegetagespreises beteiligt oder die in Artikel 148 erwähnte Beihilfe nicht bewilligt.

Sind die in Absatz 1 erwähnten Berechtigten in einem Gefängnis inhaftiert oder in einer Einrichtung zum Schutz der Gesellschaft interniert, werden die Auswirkungen der Anerkennung der Notwendigkeit der Hilfe einer Drittperson ab dem ersten Tag der Inhaftierung oder Internierung ausgesetzt.

Sind die Berechtigten während eines Zeitraums von weniger als dreißig Tagen nicht mehr im Krankenhaus aufgenommen, in einer in Artikel 34 Nr. 11 des koordinierten Gesetzes erwähnten Einrichtung oder in einem dort erwähnten Dienst untergebracht, im Gefängnis inhaftiert oder in einer Einrichtung zum Schutz der Gesellschaft interniert, wird dieser Zeitraum als Verlängerung des vorhergehenden angesehen.

§ 2 - Die in § 1 Nr. 1 bis 4 erwähnten Berechtigten, die gleichzeitig mit anderen Personen als den in diesem Paragraphen erwähnten Personen zusammenwohnen, behalten die Eigenschaft eines Arbeitnehmers mit Person zu Lasten nur, wenn diese anderen Personen mit den Berechtigten bis zum dritten Grad verwandt oder verschwägert sind oder keine Berufstätigkeit ausüben und tatsächlich weder eine Pension oder Rente noch eine Beihilfe oder Entschädigung aufgrund belgischer oder ausländischer Rechtsvorschriften beziehen.

Die in § 1 Nr. 3 und 4 erwähnten Berechtigten, die gleichzeitig mit einer in § 1 Nr. 1 oder 2 angegebenen Person zusammenwohnen, können die Eigenschaft eines Arbeitnehmers mit Person zu Lasten nur gemäß § 1 Nr. 1 oder 2 erhalten.

§ 3 - Unter Berufstätigkeit im Sinne der Paragraphen 1 und 2 ist jede Berufstätigkeit zu verstehen, aufgrund deren je nach Fall ein in Artikel 23 § 1 Nr. 1, 2 oder 4 oder in Artikel 228 § 2 Nr. 3 und 4 des Einkommensteuergesetzbuches 1992 erwähntes Einkommen bezogen wird, selbst wenn die Berufstätigkeit von einer Zwischenperson ausgeübt wird, und jede entsprechende Tätigkeit, die im Ausland oder im Dienst einer internationalen oder überstaatlichen Organisation erbracht wird. Dieses Einkommen und die vorerwähnten Pensionen, Renten, Beihilfen und Entschädigungen werden jedoch nur berücksichtigt, wenn der Gesamtbetrag 6.807,75 Franken pro Monat übersteigt; dieser Betrag ist an den Schwellenindex 114,20 gebunden und wird den Schwankungen des Preisindexes gemäß den in Artikel 237 erwähnten Bestimmungen angepaßt.

Für die Anwendung dieser Bestimmung muß ein Zwölftel des Betrags der jährlich gezahlten Vorteile wie Prämien, Gewinnbeteiligungen, dreizehntes Monatsgehalt, Zuwendungen, doppeltes Urlaubsgeld oder Beträge, die den Arbeitnehmern zur Ergänzung des doppelten Urlaubsgelds gezahlt werden, sowie Urlaubsgeld oder zusätzliches Urlaubsgeld, das Begünstigten einer Ruhestands- oder Hinterbliebenenpension gezahlt wird, berücksichtigt werden. Der monatliche Betrag des Einkommens der in Artikel 23 § 1 Nr. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzbuches 1992 erwähnten Nichtlohnempfänger wird darüber hinaus fiktiv auf ein Zwölftel von 100/80 des Unterschieds zwischen Bruttogewinn oder Bruttoertrag und diesbezüglichen beruflichen Aufwendungen festgelegt. Für den monatlichen Betrag des Einkommens, das aus den vorerwähnten Entschädigungen und Beihilfen besteht, die in einem Tagesbetrag ausgedrückt sind und auf die ein Begünstigter für alle zu entschädigenden Tage eines bestimmten Monats Anspruch erheben kann, wird davon ausgegangen, daß er dem mit 26 multiplizierten vorerwähnten Tagesbetrag entspricht; betrifft es Entschädigungen wegen zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit, die aufgrund der Bestimmungen des Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle oder der am 3. Juni 1970 koordinierten Gesetze über die Entschädigung für Berufskrankheiten bewilligt werden, ist der vorerwähnte Tagesbetrag mit 30 zu multiplizieren.

Für die Anwendung des vorliegenden Artikels wird weder der Berufslaufbahnzuschlag, der älteren Arbeitslosen bewilligt wird, noch die Entschädigung zur Ergänzung des Arbeitslosengelds berücksichtigt, die aufgrund des kollektiven Arbeitsabkommens Nr. 46 bewilligt wird, das im Nationalen Arbeitsrat geschlossen und durch Königlichen Erlaß vom 10. Mai 1990 für verbindlich erklärt worden ist.

Arbeitslose erbringen den Nachweis, daß sie einen Berufslaufbahnzuschlag beziehen, anhand einer von der Einrichtung für die Auszahlung des Arbeitslosengelds ausgestellten Bescheinigung; sie erbringen den Nachweis, daß sie eine Entschädigung zur Ergänzung des Arbeitslosengelds beziehen, anhand einer Bescheinigung, die von dem mit der Zahlung dieser Entschädigung beauftragten Arbeitgeber ausgestellt wird.

Für die Anwendung des vorliegenden Artikels wird die Pauschalzulage, die Arbeitslosen bewilligt wird, die im Rahmen einer lokalen Beschäftigungsagentur aufgrund von Artikel 79 des Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 zur Regelung der Arbeitslosigkeit beschäftigt sind, ebenfalls nicht berücksichtigt.

§ 4 - Der Nachweis jeder der in § 1 erwähnten Lagen muß bei Zahlung der Invaliditätsentschädigungen zum Satz eines Berechtigten mit Person zu Lasten anhand einer offiziellen Bescheinigung erbracht werden, die der Akte des Berechtigten beigelegt wird.

Was die Bedingung des Zusammenwohnens betrifft, ergibt sich dieser Nachweis aus der in Artikel 3 Absatz 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 8. August 1983 zur Organisation eines Nationalregisters der natürlichen Personen erwähnten Information, die beim Nationalregister zu erhalten ist, es sei denn, aus anderen zu diesem Zweck vorgelegten Beweisstücken geht hervor, daß die zu berücksichtigende Lage nicht oder nicht mehr mit der vorerwähnten Information des Nationalregisters übereinstimmt.

Ist die einzige Person zu Lasten ein Kind, das älter als 18 Jahre ist, ist jährlich eine Bescheinigung der Einrichtung, die die Kinderzulagen zahlt, erforderlich.

Abschnitt XII — Arbeitnehmer ohne Person zu Lasten, denen wegen Verlust des einzigen Einkommens eine höhere Entschädigung bewilligt werden kann

Art. 226 - Berechtigte, die den Nachweis erbringen, daß sie entweder allein leben oder ausschließlich mit Personen zusammenwohnen, die kein Einkommen beziehen und nicht als Personen zu Lasten angesehen werden, gelten im Sinne von Artikel 93 Absatz 6 des koordinierten Gesetzes als Arbeitnehmer ohne Person zu Lasten, denen wegen Verlust des einzigen Einkommens eine höhere Entschädigung bewilligt werden kann.

Für die Anwendung des vorliegenden Artikels wird als Einkommen jedes Einkommen im Sinne von Artikel 225 § 3 angesehen, ohne Berücksichtigung der in diesem Artikel erwähnten Grenzen.

Der Nachweis der in Absatz 1 erwähnten Lage muß gemäß den Bestimmungen von Artikel 225 § 4 erbracht werden.

Abschnitt XIII — Auswirkung der Unterbringung in einer Familie auf die Eigenschaft eines Arbeitnehmers mit Person zu Lasten

Art. 227 - In Abweichung von Artikel 225 § 2 Absatz 1 und von Artikel 226 Absatz 1 behalten die in Artikel 225 § 1 Nr. 1 bis 4 erwähnten Berechtigten und die in Artikel 226 erwähnten Berechtigten ihre Eigenschaft, wenn sie mit Personen zusammenwohnen, die ihnen im Rahmen des Königlichen Erlasses Nr. 81 vom 10. November 1967 zur Schaffung eines Fonds für sozio-medizinisch-pädagogische Betreuung Behinderter, von einem öffentlichen Sozialhilfenzentrum, im Rahmen des Gesetzes vom 26. Juni 1990 über den Schutz der Person des Geisteskranken oder in Anwendung des Gesetzes vom 8. April 1965 über den Jugendschutz anvertraut werden. Die vorerwähnten Berechtigten behalten ebenfalls ihre Eigenschaft, wenn sie selbst im Rahmen einer der vorerwähnten Formen in einer Familie untergebracht sind.

Abschnitt XIV — Verweigerung der Entschädigungen

Art. 228 - § 1 - Unter Lohn im Sinne von Artikel 103 § 1 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes ist ebenfalls der Pauschallohn zu Lasten des Fonds für die Existenzsicherheit der Bauarbeiter zu verstehen, der für Ruhetage bewilligt wird, die im Rahmen der Verkürzung der Arbeitsdauer zuerkannt werden.

§ 2 - Unter «durch das Urlaubsgeld gedecktem Zeitraum» im Sinne von Artikel 103 § 1 Nr. 2 des koordinierten Gesetzes sind folgende Tage zu verstehen:

1. Urlaubstage, die mit einem Arbeitsunfähigkeitszeitraum zusammenfallen, sofern die Arbeitsunfähigkeit während des Urlaubszeitraums eingesetzt hat,

2. Urlaubstage, die der Berechtigte aufgrund seiner Arbeitsunfähigkeit nicht vor Ende des betreffenden Urlaubsjahres nehmen kann.

Auf schriftlichen Antrag der Berechtigten werden die Urlaubstage auf den Zeitraum zwischen dem Datum des Antrags und dem Ende des Urlaubsjahres angerechnet.

Mangels schriftlichen Antrags der Berechtigten werden diese Tage jedoch auf das erste Semester des Jahres, das dem Urlaubsjahr folgt, angerechnet im Verhältnis zu mindestens vier Tagen pro Monat, die mit den ersten vier Entschädigungstagen jeden Monats übereinstimmen.

Endet die entschädigte Arbeitsunfähigkeit, bevor eine vollständige Anrechnung erfolgt ist, werden diese Tage auf die letzten Entschädigungstage des verstrichenen Arbeitsunfähigkeitszeitraums angerechnet.

Abschnitt XV — Kürzung der Entschädigungen

Art. 229 - Berechtigte, die mit Auswirkung nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine gewöhnliche, besondere oder ergänzende Beihilfe beziehen, so wie sie im Gesetz vom 27. Juni 1969 über die Gewährung von Behindertenbeihilfen vorgesehen ist, haben, je nachdem ob sie Personen zu Lasten haben oder nicht, Anspruch auf einen Betrag, der dem Unterschied zwischen 150 beziehungsweise 125 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung, die für Berechtigte mit Personen zu Lasten festgelegt ist, und dem Betrag der gewöhnlichen, besonderen oder ergänzenden Beihilfe, so wie sie im Gesetz vom 27. Juni 1969 über die Gewährung von Behindertenbeihilfen vorgesehen ist, entspricht; dieser Betrag wird in Werktagen berechnet, ohne daß der Tagesbetrag der Entschädigung, der ihnen bewilligt worden wäre, wenn es keinen gleichzeitigen Bezug gegeben hätte, jedoch überschritten werden darf.

Für die Anwendung des vorliegenden Erlasses wird der Betrag der in Artikel 2 § 4 des Gesetzes vom 27. Juni 1969 über die Gewährung von Behindertenbeihilfen vorgesehenen Beihilfe für die Hilfe einer Drittperson nicht berücksichtigt.

Berechtigte, die aufgrund des Königlichen Erlasses vom 24. Dezember 1974 über die gewöhnlichen und besonderen Behindertenbeihilfen eine Beihilfe beziehen, haben jedoch Anrecht auf eine nicht gekürzte Arbeitsunfähigkeitsentschädigung.

Art. 230 - § 1 - Berechtigte, die ein berufliches Einkommen beziehen, das auf eine Arbeit zurückzuführen ist, die vorab unter den in § 2 festgelegten Bedingungen erlaubt worden ist, haben, je nachdem ob sie Personen zu Lasten haben oder nicht, Anspruch auf einen Betrag, der dem Unterschied zwischen 150 beziehungsweise 125 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung, die für Berechtigte mit Personen zu Lasten festgelegt ist, und dem in Werktagen berechneten Betrag des beruflichen Einkommens entspricht, ohne daß der Tagesbetrag der Entschädigung, der ihnen bewilligt worden wäre, wenn es keinen gleichzeitigen Bezug gegeben hätte, jedoch überschritten werden darf. Für Prämien, Gewinnbeteiligungen, dreizehntes Monatsgehalt, Zuwendungen und andere gleichartige Vorteile, die jährlich gezahlt werden, wird davon ausgegangen, daß sie zum beruflichen Einkommen des Quartals gehören, in dem sie bewilligt werden.

Unter beruflichem Einkommen ist jedes in Artikel 23 § 1 Nr. 1, 2 und 4 des Einkommensteuergesetzbuches 1992 erwähnte Einkommen zu verstehen, das ein Berechtigter sich durch eine persönliche Tätigkeit verschafft, und jede Entschädigung, Beihilfe oder Rente, die ihm wegen des Verlusts dieses Einkommens gezahlt wird.

Der Betrag des in Artikel 23 § 1 Nr. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzbuches 1992 erwähnten Einkommens, das durch die Ausübung einer selbständigen Tätigkeit erlangt wird, wird fiktiv auf 100/80 des Unterschieds zwischen Bruttogewinn oder Bruttoertrag und diesbezüglichen beruflichen Aufwendungen festgelegt.

Für die Anwendung der vorliegenden Bestimmung werden Einkünfte, die sich aus den folgenden Tätigkeiten ergeben, nicht berücksichtigt:

- Mandat eines Gemeinderatsmitglieds,
- Mandat eines Mitglieds des Rates eines öffentlichen Sozialhilfezentrums mit Ausnahme des Mandats des Präsidenten dieses Rates,
- Amt eines Sozialrichters, Handelsrichters oder Sozialgerichtsrats.

Beihilfen und Lohnergänzungen, die von den mit der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung von Behinderten beauftragten Einrichtungen bewilligt werden, die im Dekret der Deutschsprachigen Gemeinschaft vom 19. Juni 1990, im Dekret der Flämischen Gemeinschaft vom 27. Juni 1990, im Dekret der Französischen Gemeinschaftskommission der Region Brüssel-Hauptstadt vom 17. März 1994 und im Dekret der Wallonischen Region vom 6. April 1995 über die Eingliederung von Personen mit Behinderung erwähnt sind, werden für die Kürzung der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung gemäß den Bestimmungen von Absatz 1 nicht berücksichtigt. Die vorerwähnten Einrichtungen stellen den Berechtigten eine Bescheinigung über die Berechnung der Beihilfen und Lohnergänzungen aus, die sie bewilligen. Diese Bescheinigung wird der Akte der Berechtigten beigelegt.

§ 2 - Um die Erlaubnis zu bekommen, eine Berufstätigkeit während der Arbeitsunfähigkeit auszuüben, müssen Berechtigte vor Aufnahme jeglicher Tätigkeit einen diesbezüglichen Antrag beim Vertrauensarzt ihres Versicherungsträgers stellen, der die Erlaubnis erteilen kann, insofern sie mit dem betreffenden Leiden vereinbar ist.

Diese Erlaubnis, in der Art, Umfang und Bedingungen für die Ausübung dieser Tätigkeit näher bestimmt werden, wird in der medizinischen und administrativen Akte der Berechtigten am Sitz des Versicherungsträgers aufbewahrt. Die Erlaubnis wird den Berechtigten notifiziert. Der Versicherungsträger übermittelt dem Provinzialdienst des Dienstes für medizinische Kontrolle eine Abschrift dieser Erlaubnis.

Art. 231 - § 1 - In Artikel 240 Absatz 1 erwähnte Berechtigte haben Anspruch auf eine Arbeitsunfähigkeitsentschädigung, deren Betrag auf 60 Prozent des in Artikel 87 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohnausfalls festgelegt wird, wobei der berücksichtigte Lohn der Lohn ist, den sie vor Anpassung der Arbeitsbedingungen oder der risikobundenen Arbeitszeiten oder vor Wechsel des Arbeitsplatzes bezogen.

Diese Entschädigung wird auf den Betrag beschränkt, der dem Unterschied zwischen 75 Prozent des in Absatz 1 erwähnten Lohnausfalls und dem in Werktagen berechneten beruflichen Einkommen entspricht, das die Berechtigten nach Anpassung der Arbeitsbedingungen oder der risikobundenen Arbeitszeiten oder nach Wechsel des Arbeitsplatzes beziehen.

§ 2 - In Artikel 240 Absatz 2 erwähnte Berechtigte, die mehrere Tätigkeiten als Lohnempfänger ausüben und für die die Aussetzung der Ausführung des Arbeitsvertrags oder die Befreiung von der Arbeit nur eine oder mehrere, aber nicht all diese Tätigkeiten betrifft, haben Anspruch auf eine Arbeitsunfähigkeitsentschädigung, deren Betrag auf 60 Prozent des in Artikel 87 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Lohnausfalls festgelegt wird, wobei der berücksichtigte Lohn der Lohn ist, der auf die Tätigkeit beziehungsweise die Tätigkeiten zurückzuführen ist, die die Berechtigten unterbrochen haben.

Diese Entschädigung wird auf den Betrag beschränkt, der dem Unterschied entspricht zwischen einerseits 75 Prozent der Summe des in Absatz 1 erwähnten Lohnausfalls und dem in Werktagen berechneten beruflichen Einkommen, das auf die von den Berechtigten weiter ausgeübte Tätigkeit als Lohnempfänger zurückzuführen ist, und andererseits dem in Werktagen berechneten Betrag des beruflichen Einkommens, das auf letztere Tätigkeit zurückzuführen ist.

§ 3 - Für die Anwendung der Paragraphen 1 und 2 ist unter beruflichem Einkommen jedes Einkommen zu verstehen, das Berechtigte aufgrund ihrer eigenen Tätigkeit als Lohnempfänger beziehen, und jede Entschädigung, Beihilfe oder Rente, die ihnen wegen des Verlusts dieses Einkommens gezahlt wird.

Für Prämien, Gewinnbeteiligungen, dreizehntes Monatsgehalt, Zuwendungen und andere gleichartige Vorteile, die jährlich gezahlt werden, wird davon ausgegangen, daß sie zum beruflichen Einkommen des Quartals gehören, in dem sie bewilligt werden.

Art. 232 - Berechtigte, die gleichzeitig ein in Artikel 230 erwähntes berufliches Einkommen und eine in Artikel 229 Absatz 1 erwähnte Beihilfe beziehen, haben, je nachdem ob sie Personen zu Lasten haben oder nicht, Anspruch auf einen Betrag, der dem Unterschied zwischen 170 beziehungsweise 145 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung, die für Berechtigte mit Personen zu Lasten festgelegt ist, und dem Betrag des beruflichen Einkommens und der Beihilfe, die zusammen in Werktagen berechnet werden, entspricht, ohne daß der Tagesbetrag der Entschädigung, der ihnen bewilligt worden wäre, wenn es keinen gleichzeitigen Bezug gegeben hätte, jedoch überschritten werden darf.

Beziehen Berechtigte gleichzeitig ein in Artikel 230 erwähntes berufliches Einkommen und eine in Artikel 229 Absatz 3 erwähnte Beihilfe, werden jedoch die Bestimmungen von Artikel 230 angewandt.

Art. 233 - Berechtigte, die keine Personen zu Lasten haben und im Gefängnis inhaftiert oder in einer Einrichtung zum Schutz der Gesellschaft interniert sind, haben Anrecht auf eine Entschädigung, die der Hälfte der Entschädigung entspricht, die sie hätten beanspruchen können, wenn sie sich nicht in einer der vorerwähnten Lagen befunden hätten.

Art. 234 - Die Arbeitsunfähigkeitsentschädigung wird um 10 Prozent gekürzt, solange sich ein Berechtigter weigert, ein Rehabilitations- oder Umschulungsprogramm, das von seinem Versicherungsträger vorgeschlagen und vom Kollegium der Ärzte-Direktoren beschlossen wird, zu absolvieren.

Art. 235 - § 1 - Unbeschadet der Bestimmungen der Rechtsvorschriften in bezug auf die Ruhestands- und Hinterbliebenenpension haben Berechtigte, die aus irgendeinem Grund ihre Rechte auf eine Alters-, Ruhestands- oder Dienstalterspension oder auf irgendeinen anderen als eine solche Pension geltenden Vorteil geltend machen können, bewilligt von einem belgischen oder ausländischen Sozialversicherungsträger, einer öffentlichen Behörde, einer öffentlichen oder einer gemeinnützigen Einrichtung, Anspruch, je nachdem ob sie Personen zu Lasten haben oder nicht, auf einen Betrag, der dem Unterschied zwischen 150 beziehungsweise 125 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung, die für Berechtigte mit Personen zu Lasten festgelegt ist, und dem in Werktagen berechneten Betrag der Pension oder des als Pension geltenden Vorteils entspricht, ohne daß der Tagesbetrag der Entschädigung, der ihnen bewilligt worden wäre, wenn es keinen gleichzeitigen Bezug gegeben hätte, jedoch überschritten werden darf.

§ 2 - Unbeschadet der Bestimmungen der Rechtsvorschriften in bezug auf die Ruhestands- und Hinterbliebenenpension haben Berechtigte, die einerseits eine Alters-, Ruhestands- oder Dienstalterspension oder irgendeinen anderen als eine solche Pension geltenden Vorteil, bewilligt von einem belgischen oder ausländischen Sozialversicherungsträger, einer öffentlichen Behörde, einer öffentlichen oder einer gemeinnützigen Einrichtung, und andererseits ein in Artikel 230 erwähntes berufliches Einkommen, eine in Artikel 229 Absatz 1 erwähnte Beihilfe oder beides beziehen, Anspruch, je nachdem ob sie Personen zu Lasten haben oder nicht, auf einen Betrag, der dem Unterschied zwischen 170 beziehungsweise 145 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung, der für Berechtigte mit Personen zu Lasten festgelegt ist, und dem Betrag der Pension oder des als Pension geltenden Vorteils, die beziehungsweise der in einer der vorerwähnten Lagen bewilligt wird, und der in den Artikeln 229 Absatz 1 und 230 erwähnten Einkommen, die zusammen in Werktagen berechnet werden, entspricht, ohne daß der Tagesbetrag der Entschädigung, der ihnen bewilligt worden wäre, wenn es keinen gleichzeitigen Bezug gegeben hätte, jedoch überschritten werden darf.

Für die Anwendung des vorhergehenden Absatzes werden die in Artikel 229 Absatz 3 erwähnten Beihilfen nicht berücksichtigt.

Art. 236 - Um die Pension, die Beihilfe oder das Einkommen, die in den Artikeln 210, 229, 230, 231, 232 und 235 erwähnt sind, in Werktagen zu berechnen, muß ihr wöchentlicher, monatlicher, vierteljährlicher oder jährlicher Betrag durch 6, 26, 78 beziehungsweise 312 geteilt werden.

Abschnitt XVI — Anpassung der Entschädigungen an die Schwankungen des Preisindexes

Art. 237 - Der Betrag der Entschädigungen wegen primärer Arbeitsunfähigkeit und der Invaliditätsentschädigung und die in Artikel 213 und 214 erwähnten Höchst- und Mindestbeträge der Invaliditätsentschädigung werden gemäß den Bestimmungen der Artikel 1 bis und 4 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, erhöht oder gekürzt.

Die Erhöhung oder Kürzung wird ab dem in Artikel 6 Nr. 3 des vorerwähnten Gesetzes vom 2. August 1971 festgelegten Monat angewandt.

Die Erhöhung oder Kürzung des Betrags der in den vorhergehenden Absätzen erwähnten Entschädigungen wird nur für Berechtigte angewandt, für die der Beginn des Bezugszeitraums für die Berechnung der Entschädigung vor dem Datum liegt, an dem die Erhöhung oder Kürzung angewandt wird.

Abschnitt XVII — Höhe des Bestattungsgelds

Art. 238 - § 1 - Die Höhe des Bestattungsgelds wird auf 6.000 Franken festgelegt.

§ 2 - Für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten und für Berechtigte, die eine Ruhestandspension als Bergarbeiter beziehen, wird das Bestattungsgeld nur bewilligt, wenn sie an ihrem Todestag in dieser Eigenschaft bei einem Versicherungsträger eingetragen sind und Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben.

§ 3 - Die in Artikel 86 § 2 des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft eines Begünstigten des Bestattungsgelds wird Personen bewilligt, die die Bestattungskosten tatsächlich getragen haben. Als Begünstigte werden nie Bestattungsunternehmer, ihre Verwandten, Angestellten oder Beauftragten, außer wenn sie der Ehepartner des Verstorbenen sind oder mit dem Verstorbenen bis zum dritten Grad verwandt oder verschwägert sind, oder juristische Personen privaten Rechts angesehen, die in Ausführung eines Versicherungsvertrags die Bestattungskosten ganz oder teilweise übernommen haben.

*Abschnitt XVIII — Besondere Bedingungen
in bezug auf die Eröffnung des Anrechts auf Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen*

Art. 239 - § 1 - Für folgende Personen wird davon ausgegangen, daß sie den erforderlichen Arbeitsunfähigkeitsgrad, wie in Artikel 100 § 1 des koordinierten Gesetzes vorgesehen, erreichen:

1. Berechtigte, denen untersagt ist, während des nachstehend erwähnten Zeitraums zur Arbeit zu gehen, weil sie mit einer Person in Kontakt gekommen sind, die an einer der folgenden ansteckenden Krankheiten leidet:

Diphtherie (mit möglicher Verlängerung, wenn der Betreffende Keimträger ist)	7 Tage
Epidemische Enzephalitis	17 Tage
Typhus und Paratyphus	12 Tage
Zerebrospinale Meningitis	9 Tage
Rotz	12 Tage
Poliomyelitis	17 Tage
Scharlach	10 Tage
Pocken	18 Tage

Diese Zeiträume beginnen an dem Tag, an dem der Berechtigte mit dem Kranken in Kontakt gekommen ist, und nicht an dem Tag, an dem die Mitteilung der Arbeitsunterbrechung verschickt oder abgegeben wird,

2. schwangere Berechtigte, Wöchnerinnen oder stillende Berechtigte, für die die Ausführung des Arbeitsvertrags ausgesetzt ist oder die von der Arbeit befreit sind in Anwendung der Artikel 42 § 1 Absatz 1 Nr. 3, 43 § 1 Absatz 2 Nr. 2 oder 43bis Absatz 2 des Gesetzes vom 16. März 1971 über die Arbeit.

Für stillende Arbeitnehmerinnen darf der Zeitraum, für den davon ausgegangen wird, daß sie den erforderlichen Arbeitsunfähigkeitsgrad erreichen, jedoch einen Zeitraum von fünf Monaten ab dem Tag der Entbindung nicht übersteigen.

§ 2 - Für Berechtigte, die während eines Zeitraums arbeitsunfähig sind, im Laufe dessen sie ein Rehabilitations- oder Umschulungsprogramm absolvieren, das vom Kollegium der Ärzte-Direktoren im Rahmen des koordinierten Gesetzes zugelassen ist, wird davon ausgegangen, daß sie den erforderlichen Arbeitsunfähigkeitsgrad behalten.

Art. 240 - Schwangere Berechtigte, Wöchnerinnen oder stillende Berechtigte, auf die eine in Artikel 42 § 1 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 oder Artikel 43 § 1 Absatz 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. März 1971 über die Arbeit erwähnte Maßnahme angewandt wird und deren Lohn infolge der Anpassung der Arbeitsbedingungen, der risikogebundenen Arbeitszeiten oder des Wechsels des Arbeitsplatzes niedriger als der Lohn ist, den sie aufgrund ihrer gewöhnlichen Tätigkeit beziehen, werden als arbeitsunfähig im Sinne von Artikel 100 § 1 des koordinierten Gesetzes angesehen.

Dieselbe Arbeitsunfähigkeitsvermutung gilt für Berechtigte, die mehrere Tätigkeiten als Lohnempfänger ausüben und für die die Aussetzung der Ausführung des Arbeitsvertrags oder die Befreiung von der Arbeit in Anwendung der Artikel 42 § 1 Absatz 1 Nr. 3, 43 § 1 Absatz 2 Nr. 2 oder 43bis Absatz 2 des Gesetzes vom 16. März 1971 über die Arbeit nur eine oder mehrere, aber nicht all diese Tätigkeiten betrifft.

Die in den vorhergehenden Absätzen erwähnten Arbeitsunfähigkeitsvermutungen sind nicht auf Berechtigte anwendbar, die eine Tätigkeit, die nicht den Bestimmungen des Gesetzes vom 16. März 1971 über die Arbeit unterliegt, beginnen oder fortsetzen.

Art. 241 - Berechtigte haben Anspruch auf die Arbeitsunfähigkeitsentschädigung, wenn sie Anrecht auf einen der in Artikel 103 § 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Vorteile haben oder bis sie einen dieser Vorteile erhalten und unter der Bedingung, daß sie ihren Versicherungsträger in Kenntnis setzen von:

1. jeder Angabe, durch die ihr Recht begründet werden kann,
2. jeder eingeleiteten Klage oder jedem anderen Verfahren zwecks Erlangung dieses Vorteils.

Art. 242 - § 1 - Berechtigte, die von mehr als einem Arbeitgeber beschäftigt werden und die sich aufgrund einer oder mehrerer, aber nicht all dieser Beschäftigungen in einem der in Artikel 103 § 1 des koordinierten Gesetzes vorgesehenen Zeiträume befinden, haben nur Anspruch auf eine Arbeitsunfähigkeitsentschädigung für eine Beschäftigung, die nicht zur Bewilligung eines Lohns oder finanziellen Vorteils im Sinne von Artikel 103 § 1 des koordinierten Gesetzes führt.

Für die Anwendung des vorliegenden Paragraphen wird der in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe a) des koordinierten Gesetzes erwähnte Zeitraum, für den ein Berechtigter Anspruch auf Entschädigung wegen Bruch des Arbeitsvertrags hat, einem Beschäftigungszeitraum gleichgesetzt.

§ 2 - In Artikel 131bis des Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 zur Regelung der Arbeitslosigkeit erwähnte Teilzeitarbeitnehmer mit Aufrechterhaltung der Rechte, die sich aufgrund ihrer Beschäftigung in einem in Artikel 103 § 1 Nr. 2 oder 3 des koordinierten Gesetzes vorgesehenen Zeitraum befinden, haben während dieses Zeitraums nur Anspruch auf eine Arbeitsunfähigkeitsentschädigung entsprechend dem Betrag der Zulage zur Gewährleistung des Einkommens, der aufgrund ihrer Arbeitsunfähigkeit von der Einrichtung für die Auszahlung des Arbeitslosengelds nicht bewilligt worden ist.

Art. 243 - Berechtigte, die ihre Arbeitsleistungen zur Hälfte verkürzt haben und gemäß dem Königlichen Erlaß vom 30. Juli 1994 über die Halbzahnpension Arbeitslosengeld beziehen, haben während des Zeitraums, im Laufe dessen sie aufgrund von Artikel 10 Absatz 3 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 30. Juli 1994 das Anrecht auf Arbeitslosengeld behalten, ohne den in Artikel 52 § 1 oder 2 des Gesetzes vom 3. Juli 1978 über die Arbeitsverträge erwähnten garantierten Lohn zu beziehen, Anspruch auf eine unter Berücksichtigung ihrer Teilzeittätigkeit berechnete Arbeitsunfähigkeitsentschädigung.

Abschnitt XIX — Monetäre Bestimmungen
in bezug auf den gleichzeitigen Bezug von Entschädigungen und Leistungen aus dem Ausland

Art. 244 - § 1 - Wenn in Anwendung der Artikel 87 Absatz 3 und 136 § 2 des koordinierten Gesetzes und der Artikel 210, 230, 232 und 235 der Betrag der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung sich möglicherweise ändert, weil ein Begünstigter eine aufgrund ausländischer Rechtsvorschriften zuerkannte Leistung oder ein berufliches Einkommen durch Ausübung einer vom Vertrauensarzt erlaubten Tätigkeit auf dem Staatsgebiet eines anderen Landes bezieht, wird der Betrag dieser Leistung oder dieses Einkommens für die Berechnung der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung in Belgische Franken zum dreimonatlichen Mittelkurs, der von der Belgischen Nationalbank angegeben wird, umgerechnet.

Geht die ausländische Leistung jedoch zu Lasten einer Regelung eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder wird das berufliche Einkommen durch Ausübung einer erlaubten Tätigkeit auf dem Staatsgebiet eines Mitgliedstaates erworben, ist der zu berücksichtigende Wechselkurs der Kurs, der im Rahmen der EWG-Verordnungen festgelegt ist.

Bei der Berechnung der Höhe der Entschädigung muß folgender Wechselkurs berücksichtigt werden:

a) für die Anwendung von Artikel 136 § 2 des koordinierten Gesetzes und Artikel 235 der Wechselkurs, der für das Quartal gültig ist, in dem sich der erste Tag der Arbeitsunfähigkeit oder eventuell das Datum des Einsetzens der ausländischen Leistung befindet, wenn diese nach dem Einsetzen der Arbeitsunfähigkeit bewilligt wird,

b) für die Anwendung von Artikel 87 Absatz 3 des koordinierten Gesetzes und Artikel 210 der Wechselkurs, der für das Quartal gültig ist, in dem sich der Tag befindet, an dem die aufgrund der Regelung der Invaliditätspension für Bergarbeiter bewilligte Pension eingesetzt hat, die einen ausländischen Pensionsanteil umfaßt,

c) für die Anwendung der Artikel 230 und 232 der Wechselkurs, der für das Quartal gültig ist, in dem sich der Tag der Wiederaufnahme der Arbeit befindet.

§ 2 - Die in § 1 erwähnte Berechnung wird revidiert:

a) wenn die Leistung oder das berufliche Einkommen um 2 Prozent ändert im Vergleich zum Betrag, der bei der ursprünglichen oder vorherigen Berechnung berücksichtigt worden ist; die neue Berechnung erfolgt zum Wechselkurs, der für das Quartal gültig ist, in dem sich der Tag der Änderung der Leistung oder des beruflichen Einkommens befindet,

b) wenn der Mittelkurs der ausländischen Währung um 2 Prozent schwankt im Vergleich zu demjenigen, der bei der ursprünglichen oder vorherigen Berechnung berücksichtigt worden ist; die Revision erfolgt mit Auswirkung ab dem ersten Tag des Quartals, in dem der um 2 Prozent geänderte Mittelkurs anwendbar ist,

c) wenn die Höhe der Invaliditätsentschädigung ändert, weil ein Begünstigter mit Personen zu Lasten als Begünstigter ohne Person zu Lasten angesehen werden muß oder umgekehrt; in diesem Fall wird der Betrag der Leistung oder des beruflichen Einkommens zum Wechselkurs umgerechnet, der für das Quartal gültig ist, in dem die Änderung der Lage eintritt.

§ 3 - Die von der Belgischen Nationalbank angegebenen Wechselkurse werden vom Institut vor Beginn des Quartals, für das sie gültig sind, veröffentlicht.

Diese Wechselkurse entsprechen den Mittelkursen:

- des ersten Quartals für die im Laufe des dritten Quartals anwendbaren Kurse,
- des zweiten Quartals für die im Laufe des vierten Quartals anwendbaren Kurse,
- des dritten Quartals für die im Laufe des ersten Quartals des darauffolgenden Jahres anwendbaren Kurse,
- des vierten Quartals für die im Laufe des zweiten Quartals des darauffolgenden Jahres anwendbaren Kurse.

Im Rahmen der EWG-Verordnungen anwendbare Wechselkurse werden ebenfalls vom Institut vor Beginn des Quartals, für das sie gültig sind, veröffentlicht.

Art. 245 - Decken die von einem ausländischen Versicherungsträger erhaltenen rückständigen Beträge, die in belgische Währung umgerechnet werden, den Betrag der Vorschüsse oder der vorläufig gezahlten Entschädigungen nicht, wird der Unterschied nicht zurückgefordert, wenn dieser Unterschied entweder auf den Unterschied der jeweiligen Wechselkurse, die einerseits für die Berechnung der Höhe der von der ausländischen Einrichtung geschuldeten Beträge und andererseits für die Realisierung des in ausländischer Währung ausgedrückten Werts gebraucht werden, oder auf die konjunkturelle Anpassung der Entschädigungen zurückzuführen ist.

TITEL IV — Gemeinsame Bestimmungen

KAPITEL I — Anwendungsbereich

Abschnitt I — Kontrollierte Arbeitslosigkeit

Art. 246 - Unter kontrollierter Arbeitslosigkeit, wie in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 3 des koordinierten Gesetzes erwähnt, ist jeder Arbeitslosigkeitstag zu verstehen, für den ein Arbeitnehmer seine Verpflichtungen in bezug auf die Arbeitslosenkontrolle erfüllt hat oder ordnungsgemäß davon befreit war und für den in Anwendung der Arbeitslosigkeitsvorschriften:

1. Arbeitslosengeld gezahlt worden ist,
2. das Recht auf Arbeitslosengeld für einen begrenzten Zeitraum aufgrund einer Verwaltungssanktion aberkannt worden ist, die in Anwendung der Artikel 153 bis 156 des Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 zur Regelung der Arbeitslosigkeit verhängt wurde,

3. das Recht auf Arbeitslosengeld für einen begrenzten Zeitraum in Anwendung der Artikel 52 bis 54 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 verweigert oder aberkannt worden ist, weil der Arbeitnehmer aufgrund von Umständen, die von seinem Willen abhängen, arbeitslos ist oder wird,

4. das Recht auf Arbeitslosengeld für einen begrenzten Zeitraum in Anwendung von Artikel 56 § 2 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 verweigert worden ist, weil der Arbeitslose für seine Wiederbeschäftigung Bedingungen stellt, die nicht begründet sind,

5. das Recht auf Arbeitslosengeld verweigert worden ist, weil der Arbeitnehmer sich nicht als Arbeitssuchender hatte eintragen lassen, obwohl er nicht ordnungsgemäß davon befreit war,

6. das Recht auf Arbeitslosengeld verweigert worden ist:

a) in Anwendung von Artikel 55 Nr. 1 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991,

b) in Anwendung von Artikel 131bis desselben Königlichen Erlasses wegen Teilzeitbeschäftigung,

7. das Recht auf Arbeitslosengeld verweigert worden ist, weil der Arbeitnehmer den Antrag auf Arbeitslosengeld oder die Verwaltungsakte außerhalb der vorgeschriebenen Fristen eingereicht hat,

8. das Recht auf Arbeitslosengeld aberkannt worden ist, weil der Arbeitnehmer an einem Sonntag, einem gesetzlichen Feiertag oder einem gewöhnlichen Inaktivitätstag gearbeitet hat,

9. das Recht auf Arbeitslosengeld für einen Heimarbeiter in Anwendung von Artikel 75 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 verweigert worden ist, ausgenommen in dem in Absatz 2 Nr. 1 des vorerwähnten Artikels 75 erwähnten Fall,

10. das Recht auf Arbeitslosengeld verweigert worden ist, weil der Arbeitslose, der eine Nebentätigkeit ausübt oder mit einem Selbständigen zusammenwohnt, versäumt hat, dies zu melden, so wie es in Artikel 48 beziehungsweise Artikel 50 des Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 bestimmt ist,

11. der Berechtigte freiwillig auf das Arbeitslosengeld unter den in Artikel 42 § 2 Nr. 9 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 definierten Bedingungen verzichtet hat.

Unter kontrollierter Arbeitslosigkeit, wie in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 3 des koordinierten Gesetzes erwähnt, ist ebenfalls der Zeitraum zu verstehen, während dessen ein in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes erwähnter Arbeitnehmer seine Berufslaufbahn in Anwendung von Artikel 100 des Sanierungsgesetzes vom 22. Januar 1985 zur Festlegung sozialer Bestimmungen unterbrochen hat und eine Unterbrechungszulage bezieht, für die ihm eine in Artikel 281 § 3 erwähnte Bescheinigung für Berechtigte einer Unterbrechungszulage ausgestellt wird; für einen Arbeitnehmer, der vor Unterbrechung seiner Berufslaufbahn nicht die in Artikel 86 § 1 des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft eines Entschädigungsberechtigten hatte, ist die Anwendung dieser Bestimmung jedoch auf den Zweig Gesundheitspflege beschränkt. Diese Gleichsetzung wird darüber hinaus nicht berücksichtigt für die Verlängerung der postnatalen Ruhe in Anwendung von Artikel 114 Absatz 2 des koordinierten Gesetzes.

Unter kontrollierter Arbeitslosigkeit, wie in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 3 des koordinierten Gesetzes erwähnt, ist ebenfalls der Zeitraum zu verstehen, während dessen ein Selbständiger, der seine Tätigkeit endgültig eingestellt hat, keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat in Anwendung von Artikel 44 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 und von Artikel 4 des Königlichen Erlasses vom 22. August 1983 zur Einführung einer Beihilfe für nachgeordnete Darlehen, die von dem bei der Nationalen Kasse für Berufskredite geschaffenen Beteiligungsfonds bewilligt werden, zugunsten entschädigter Vollarbeitsloser, die sich als Selbständige niederlassen beziehungsweise ein Unternehmen gründen wollen.

Unter kontrollierter Arbeitslosigkeit, wie in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 3 des koordinierten Gesetzes erwähnt, ist ebenfalls der Zeitraum zu verstehen, während dessen einem Berechtigten gemäß den Bestimmungen von Artikel 29 § 2 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 das Statut eines Teilzeitarbeitnehmers mit Aufrechterhaltung der Rechte zuerkannt wird.

Abschnitt II — Fortgesetzte Versicherung

Art. 247 - § 1 - Für folgende Personen wird davon ausgegangen, daß sie sich in einer interessierenden sozialen Lage im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 6 des koordinierten Gesetzes befinden, so daß sie Anspruch auf die fortgesetzte Versicherung während der nachstehend festgelegten Zeiträume haben können, wenn sie die in Artikel 121 oder in Artikel 128 des koordinierten Gesetzes vorgesehenen Bedingungen erfüllen:

1. arbeitslose Berechtigte, denen das Arbeitslosengeld in Anwendung der folgenden Artikel des Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 zur Regelung der Arbeitslosigkeit verweigert wird:

a) der Artikel 30 bis 34, 37 und 38, weil sie die erforderlichen Zulassungsbedingungen nicht erfüllen,

b) des Artikels 44, weil sie nicht ohne Lohn sind,

c) der Artikel 52 § 3, 52bis § 1 Absatz 2 und § 2, 56 § 1 Absatz 1 und 155 Absatz 2, weil sie für einen unbestimmten Zeitraum vom Recht auf Arbeitslosengeld ausgeschlossen sind,

d) des Artikels 81, weil die Dauer ihrer Arbeitslosigkeit die aufgrund dieser Bestimmung festgelegte Höchstgrenze überschreitet.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die mindestens einen und höchstens zwölf Monate beträgt; in dem in Buchstabe *b*) erwähnten Fall wird die fortgesetzte Versicherung jedoch für den Zeitraum bewilligt, während dessen die Betroffenen nicht ohne Lohn sind,

2. arbeitslose Berechtigte, die die Bedingungen erfüllen, um Arbeitslosengeld zu beziehen, aber freiwillig und vorübergehend darauf verzichten, entweder um einen nicht versicherungspflichtigen Beruf auszuüben oder aus irgendeinem anderen Grund, ohne im letzteren Fall jedoch die in Artikel 246 Absatz 1 Nr. 11 erwähnten Bedingungen zu erfüllen.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die mindestens einen und höchstens drei Monate beträgt,

3. Berechtigte, die Saisonarbeiter sind, sofern sie in Belgien beschäftigt sind, dort ihren Hauptwohntort haben und ihnen das Arbeitslosengeld aberkannt worden ist.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die mindestens einen und höchstens neun Monate beträgt,

4. Berechtigte, die nicht mehr arbeitsunfähig sind im Sinne von Artikel 100 des koordinierten Gesetzes und zwecks Wiedereingliederung mit Zustimmung des Kollegiums der Ärzte-Direktoren entweder einen Beruf ausüben, durch den sie den Rechtsvorschriften über die Ruhestands- und Hinterbliebenenpension der Selbständigen unterliegen, oder einen Beruf ausüben, für den aufgrund der Rechtsvorschriften im Bereich der sozialen Sicherheit keine Versicherungspflicht besteht.

Die fortgesetzte Versicherung wird für einen Zeitraum von zwei Jahren bewilligt, der vom Kollegium der Ärzte-Direktoren erneuert werden kann,

5. Berechtigte, deren Arbeitsvertrag nach Vereinbarung der Parteien ausgesetzt wird.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die drei Monate pro Kalenderjahr nicht überschreiten darf,

6. Berechtigte, die ihr Kind stillen.

Die fortgesetzte Versicherung wird für einen Zeitraum von höchstens fünf Monaten ab dem Tag der Entbindung bewilligt,

7. Berechtigte, die im Gefängnis inhaftiert oder in einer Einrichtung zum Schutz der Gesellschaft interniert sind. Wenn sie am Tag des Beginns ihrer Inhaftierung oder Internierung im Sinne von Artikel 100 des koordinierten Gesetzes jedoch arbeitsunfähig sind, setzt der Zeitraum fortgesetzter Versicherung erst an dem Datum ein, an dem dieser Zustand der Arbeitsunfähigkeit endet.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die den Zeitraum der Inhaftierung oder Internierung nicht überschreiten darf,

8. Berechtigte, die im Zeitraum von fünf Jahren, der am Ende des Monats ausläuft, in dem sie das in Artikel 108 Nr. 1 des koordinierten Gesetzes erwähnte Alter erreichen, vorübergehend oder endgültig aufhören zu arbeiten.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die am Ende des Monats ausläuft, in dem die Berechtigten das im vorerwähnten Artikel festgelegte Alter erreichen, wenn es eine definitive Einstellung der Arbeit betrifft, und für die Dauer, die die Berechtigten bei ihrem Antrag auf fortgesetzte Versicherung angeben, wenn es eine vorübergehende Einstellung betrifft,

9. männliche oder weibliche Berechtigte, die ihre Arbeit aufgeben, damit ihr Ehepartner, der Berechtigter ist, den Höchstbetrag seiner Alterspension beziehen kann.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die am Ende des Monats ausläuft, in dem die Berechtigten 65 oder 60 Jahre alt werden, je nachdem ob es einen Mann oder eine Frau betrifft,

10. Berechtigte, die nach ihrer normalen Militärdienstzeit aufgrund einer Disziplinarmaßnahme weiterhin einberufen bleiben oder wiedereinberufen werden.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die weder unter noch über der Dauer der Aufrechterhaltung der Einberufung oder der Wiedereinberufung liegen darf,

11. Berechtigte, die im Ausland vorübergehend denselben Beruf ausüben, den sie in Belgien ausübten, wenn sie aufgrund der Rechtsvorschriften im Bereich der sozialen Sicherheit ihres neuen Arbeitsplatzes nicht versicherungspflichtig sind.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die die Dauer der Beschäftigung im Ausland nicht überschreiten darf,

12. streikende Berechtigte, Berechtigte im Lockout oder Berechtigte, deren Arbeitslosigkeit direkte oder indirekte Folge eines Streiks oder eines Lockouts ist und die in Ermangelung einer Erlaubnis des Geschäftsführenden Ausschusses des Landesamts für Arbeitsbeschaffung keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld haben.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die die Dauer des Streiks oder Lockouts nicht überschreiten darf,

13. Berechtigte, die wegen höherer Gewalt von der Arbeit abwesend sind.

Der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle befindet auf Antrag des Versicherungsträgers über Fälle höherer Gewalt, die dieser anerkennt.

Die fortgesetzte Versicherung wird für die Dauer bewilligt, die von diesem Dienst bestimmt wird,

14. Berechtigte, die aufgrund des Königlichen Erlasses vom 11. März 1954 zur Festlegung des Statuts des Zivilschutzkorps am Unterricht an der Zivilschutzschule teilnehmen.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die die Dauer des Lehrgangs, den die Berechtigten belegen, nicht überschreiten darf,

15. Berechtigte, die eine Pension zu Lasten einer öffentlichen Behörde oder eine Pension, deren Zahlung vom Belgischen Staat gewährleistet wird, beziehen und die vorübergehend infolge einer anerkannten Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Artikel 100 des koordinierten Gesetzes aufhören zu arbeiten, wenn für die Arbeitsunfähigkeit Leistungen in bar aufgrund von Artikel 108 Nr. 3 des koordinierten Gesetzes verweigert werden.

Die fortgesetzte Versicherung wird für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bewilligt,

16. Berechtigte, die keinerlei Erwerbstätigkeit ausüben und regelmäßig am Mittelschul-, Hochschul-, beruflichen oder technischen Unterricht teilnehmen, unter der Bedingung, daß dieser Unterricht tagsüber erteilt wird, Ferien, Sonn- und Feiertage ausgenommen.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die die Dauer des Unterrichts, an dem die Berechtigten teilnehmen, nicht überschreiten darf,

17. Berechtigte, die am Unterricht an anerkannten Schulen für Familienhelfer oder -helferinnen teilnehmen. Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die die Dauer des Unterrichts, an dem die Berechtigten teilnehmen, nicht überschreiten darf,

18. Berechtigte, die nach Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters weiterarbeiten oder nach diesem Alter die Arbeit wiederaufnehmen, wenn sie vorübergehend aufhören zu arbeiten und keine Pension beantragen.

Die fortgesetzte Versicherung wird für die Dauer bewilligt, die von den Berechtigten bei ihrem Antrag angegeben wird; sie endet jedoch, sobald die Pension einsetzt,

19. Berechtigte, die wegen körperlicher Unfähigkeit vorzeitig pensioniert werden, wenn sie die in Artikel 100 § 1 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes vorgesehenen Bedingungen nicht erfüllen, was den Grad der Arbeitsunfähigkeit betrifft, während eines Zeitraums, der nicht über das gesetzliche Pensionsalter laut Rechtsvorschriften über die Ruhestands- und Hinterbliebenenpension der Arbeiter und Angestellten hinausgehen darf.

Die fortgesetzte Versicherung wird ab dem Tag bewilligt, an dem die Arbeitsunfähigkeit der Berechtigten im Sinne von Artikel 100 § 1 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes 66 Prozent nicht mehr erreicht,

20. Berechtigte, für die die Versicherungspflicht in bezug auf die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherungsregelung auf den Zweig Gesundheitspflege beschränkt ist und die:

a) entweder aus persönlichen Gründen oder infolge von Disziplinarmaßnahmen keine Arbeitsleistungen erbringen müssen.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die dem Zeitraum entspricht, während dessen die Berechtigten keine Arbeitsleistungen erbringen müssen,

b) ihr Amt im Ausland ausüben und dort ihren Amtssitz haben.

Die fortgesetzte Versicherung wird für die Dauer des Zeitraums bewilligt, während dessen die Berechtigten ihr Amt im Ausland ausüben und dort ihren Amtssitz haben,

c) vom Verwaltungsgesundheitsdienst definitiv als arbeitsuntauglich anerkannt werden, insofern sie nicht arbeitsunfähig sind im Sinne von Artikel 100 § 1 des koordinierten Gesetzes, und die nicht die erforderlichen Dienstjahre haben, um eine vorzeitige Pension zu erhalten.

Die fortgesetzte Versicherung wird für die Dauer des Zeitraums bewilligt, der mit Erreichen des Alters der Versetzung in den Ruhestand laut Verwaltungs- und Besoldungsstatut, das auf sie anwendbar ist, ausläuft,

21. Berechtigte, die nicht mehr länger aufgrund eines Arbeitsvertrags für Hausangestellte beschäftigt sind, der hauptsächlich Hausarbeit manueller Art für den Bedarf des Haushalts des Arbeitgebers oder seiner Familie umfaßte.

Die fortgesetzte Versicherung wird für eine Dauer bewilligt, die drei Monate pro Kalenderjahr nicht überschreiten darf,

22. Berechtigte, denen als Bergarbeitern wegen Zechenschließung gekündigt worden ist und die die Warteentschädigung für ältere Arbeitnehmer aus der Bergbauindustrie beziehen in Anwendung von Artikel 56 § 2 des Pariser Vertrags über die Gründung der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl.

Die fortgesetzte Versicherung wird für die Dauer des Zeitraums bewilligt, für den die Warteentschädigung bewilligt wird.

§ 2 - Der Zeitraum fortgesetzter Versicherung läuft aus am Ende des Zeitraums, für den sie bewilligt worden ist, oder am Tag, an dem die Lage, aufgrund deren sie bewilligt worden ist, endet, oder, jedoch nur in den in § 1 Nr. 2 und 4 erwähnten Fällen, sobald die Berechtigten im Sinne von Artikel 100 des koordinierten Gesetzes arbeitsunfähig sind.

Art. 248 - Um zur fortgesetzten Versicherung zugelassen zu werden, müssen Berechtigte einen Antrag bei ihrem Versicherungsträger stellen und ihm folgende Belege übergeben:

a) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 1, 2 und 3 erwähnten Lagen eine vom Landesamt für Arbeitsbeschaffung ausgestellte Bescheinigung, in der angegeben ist, weshalb und wie lange das Arbeitslosengeld verweigert wird.

Für die in Artikel 247 § 1 Nr. 3 erwähnte Lage kann diese Bescheinigung durch eine Erklärung ihres letzten Arbeitgebers ersetzt werden,

b) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 4 erwähnte Lage eine vom Dienst für Gesundheitspflege ausgestellte Bescheinigung, in der die Zustimmung des Kollegiums der Ärzte-Direktoren angegeben ist,

c) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 5, 20 und 21 erwähnten Lagen eine vom Arbeitgeber oder gegebenenfalls von der Behörde der Glaubensgemeinschaft ausgestellte Bescheinigung, in der der genaue Zeitraum der Aussetzung des Vertrags oder der Beschäftigung oder der Zeitraum, während dessen die Berechtigten ihr Amt im Ausland ausüben, das Datum des Beschlusses des Verwaltungsgesundheitsdienstes, gemäß dem eine vorzeitige Pension nicht bewilligt werden kann, beziehungsweise das Datum der Einstellung der Hausarbeit angegeben ist,

d) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 6, 8, 9 und 18 erwähnten Lagen eine eidesstattliche Erklärung der Berechtigten,

e) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 11 erwähnte Lage eine Bescheinigung des Arbeitgebers,

f) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 7 erwähnte Lage eine Bescheinigung des Direktors der Einrichtung, in der der Zeitraum der Inhaftierung oder Internierung angegeben ist,

g) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 10 erwähnte Lage eine Bescheinigung der Militärbehörde, in der die Dauer der Aufrechterhaltung der Einberufung oder der Wiedereinberufung angegeben ist,

h) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 12 erwähnte Lage eine von der Gewerkschaftsorganisation oder vom Arbeitgeber ausgestellte Bescheinigung. In letzterem Fall muß die Bescheinigung vom Landesamt für Arbeitsbeschaffung gegengezeichnet sein,

i) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 14, 16 und 17 erwähnten Lagen eine vom Direktor der Schule ausgestellte Bescheinigung, in der der Zeitraum angegeben ist, während dessen die Berechtigten am Unterricht teilgenommen haben,

j) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 19 erwähnte Lage eine Bescheinigung des Vertrauensarztes der Krankenkasse, bei der die Berechtigten angeschlossen oder eingeschrieben sind,

k) für die in Artikel 247 § 1 Nr. 22 erwähnte Lage eine von den Bergbauverwaltungsdiensten des Ministeriums der Wirtschaftsangelegenheiten ausgestellte Bescheinigung.

In der in Artikel 247 § 1 Nr. 13 erwähnten Lage wird die fortgesetzte Versicherung aufgrund der vom Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle an den Versicherungsträger gerichteten Notifizierung bewilligt.

In der in Artikel 247 § 1 Nr. 15 erwähnten Lage wird die fortgesetzte Versicherung aufgrund der Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit bewilligt.

Art. 249 - Auf Grundlage der in Artikel 248 vorgesehenen Schriftstücke erstellt der Versicherungsträger eine Bescheinigung fortgesetzter Versicherung und verlangt von den Berechtigten den entsprechenden Beitrag.

Bescheinigungen fortgesetzter Versicherung, die in Anwendung von Artikel 247 eine Mindestdauer umfassen müssen, können erneuert werden; die Dauer der zusammengerechneten Zeiträume darf jedoch nicht den maximalen Zeitraum überschreiten, der durch die Bestimmung von Artikel 247, aufgrund deren die Bescheinigung beziehungsweise die Bescheinigungen ausgestellt werden, festgelegt ist.

Art. 250 - § 1 - Für jeden Zeitraum fortgesetzter Versicherung müssen Berechtigte einen Beitrag zahlen, der pro Werktag wie folgt festgelegt wird:

21 Jahre und älter	18 bis 21 Jahre	14 bis 18 Jahre
28 Franken	21 Franken	14 Franken

Als Werktage gelten alle Tage des Jahres außer Sonntage.

Für jeden Zeitraum fortgesetzter Versicherung oder für jeden Teil eines solchen Zeitraums, der einen vollständigen Kalendermonat umfaßt, ist der Beitrag wie folgt festgelegt:

21 Jahre und älter	18 bis 21 Jahre	14 bis 18 Jahre
700 Franken	525 Franken	350 Franken

§ 2 - Berechtigte, die für das Kalenderjahr Beitragsbelege abgegeben haben, deren Wert das in Artikel 286 festgelegte jährliche Minimum erreicht, werden für dieses Kalenderjahr von der Zahlung des vorerwähnten Beitrags befreit.

§ 3 - Die in § 1 erwähnten Beträge sind an den Schwellenindex 148,80 des Verbraucherpreisindex gebunden. Sie werden am 1. Januar jeden Jahres dem Satz des Verbraucherpreisindex vom 31. Oktober des Vorjahres angepaßt.

Art. 251 - Der in Artikel 250 bestimmte Beitrag muß spätestens am 30. Juni des Jahres, das dem betreffenden Bezugsjahr folgt, gezahlt werden. Das Recht auf Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung wird ausgesetzt, bis die Beiträge für die Zeiträume fortgesetzter Versicherung gezahlt sind.

KAPITEL II - Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen

Abschnitt I - Modalitäten in bezug auf das Anschließen und Einschreiben bei einem Versicherungsträger

Art. 252 - Um einen Versicherungsträger zu wählen, übergeben die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 12, 15 und 16 des koordinierten Gesetzes erwähnten Begünstigten einer Krankenkasse, einem Regionalen Amt der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung oder der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen einen Einschreibungsantrag, der einen Informationsbogen über die Haushaltszusammensetzung enthält und dem Muster in der Anlage entspricht. Die Echtheit der darauf vermerkten Auskünfte wird vom Beauftragten des Versicherungsträgers geprüft.

Der Versicherungsträger muß den Begünstigten den Empfang ihres Einschreibungsantrags bestätigen und ihnen binnen einem Monat seine Ablehnung oder Annahme notifizieren. Unbeschadet der Bestimmungen der Artikel 255 bis 274 muß die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung jeden Begünstigten einschreiben, der dies beantragt.

Begünstigte der Sozialwerke der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen, die keine andere Eigenschaft geltend machen können, werden von Rechts wegen bei der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen eingeschrieben.

Begünstigte, die jedoch noch eine andere Eigenschaft haben, wählen, bei welchem Versicherungsträger sie eingeschrieben werden wollen oder welchem Versicherungsträger sie sich anschließen wollen.

Nimmt der Versicherungsträger an, wird die Einschreibung an dem Datum wirksam, an dem die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 16 des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft eines Berechtigten oder einer Person zu Lasten erworben wird. Die Annahme wird jedoch nur wirksam unter der Bedingung, daß die Berechtigten eine der in Artikel 276 § 2 erwähnten Unterlagen abgeben; Personen zu Lasten müssen die in den Artikeln 123 bis 126 bestimmten Bedingungen erfüllen.

Sowohl für die Einschreibung als für nachträgliche Änderungen der Haushaltszusammensetzung sind die Berechtigten verpflichtet, den Nachweis zu erbringen, daß die Personen zu Lasten die in den Artikeln 123 und 124 festgelegten Bedingungen erfüllen. Bei Änderungen der Haushaltszusammensetzung werden die Berechtigten jedoch von der Vorlage der Bescheinigung der Gemeinde befreit.

Die vorgelegten Belege werden in der in Artikel 254 vorgesehenen Akte aufbewahrt.

Im vorliegenden Artikel erwähnte Begünstigte, die ebenfalls die Eigenschaft eines Begünstigten aufgrund der Bestimmungen der Königlichen Erlasse geltend machen können, die in Ausführung von Artikel 33 des koordinierten Gesetzes erlassen werden, dürfen nur einer einzigen Krankenkasse angeschlossen sein beziehungsweise nur bei einem einzigen regionalen Amt der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung eingeschrieben sein.

Der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle kann im Fall einer doppelten Einschreibung auf eigene Veranlassung oder auf Antrag des Versicherungsträgers über die Ordnungsmäßigkeit der Einschreibung befinden.

Art. 253 - Erwerben Berechtigte das Recht auf Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung, stellt der Versicherungsträger ihnen eine Versicherungskarte aus.

Diese Karte darf keine medizinischen Daten enthalten.

Der Minister legt das Muster dieser Karte fest.

Er bestimmt ebenfalls die Modalitäten in bezug auf Ausstellung und Benutzung dieser Karte.

Art. 254 - Der Versicherungsträger legt auf den Namen jedes Berechtigten eine Akte an, die den Einschreibungsantrag und eine Karte mit folgenden Angaben enthält:

1. Datum und Nummer der Einschreibung des Berechtigten, seine Identität und die der Personen zu seinen Lasten, deren Adresse und Erkennungsnummer im Nationalregister der natürlichen Personen,
2. jede Änderung der Anzahl Personen zu Lasten und ihrer Eigenschaft,

3. Art der Beitragsbelege, Typ der Datenübermittlung und auf der Karte vermerkte Daten in bezug auf die Versicherbarkeit,

4. Höhe und Art der Eigenbeiträge und ergänzenden Beiträge, Datum ihrer Zahlung und Zeitraum, auf den sie sich beziehen,

5. Aufstellung der Sanktionen, die dem Berechtigten und den Personen zu seinen Lasten auferlegt worden sind.

Diese Akte enthält ebenfalls alle Unterlagen in bezug auf die Eigenschaft als Begünstigte des Berechtigten und der Personen zu Lasten. Die Akte wird bei der Krankenkasse oder beim regionalen Amt aufbewahrt.

Alle medizinischen Angaben in bezug auf den Berechtigten und die Personen zu seinen Lasten werden vom Vertrauensarzt in einer besonderen Akte aufbewahrt.

Der Versicherungsträger muß spätestens am 1. Juni jedes Jahres Berechtigten, die die Bestimmungen nicht erfüllen, um ab dem 1. Juli weiterhin Anrecht auf Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung zu haben, ein Formular zusenden, auf dem fehlende Beitragsbelege und/oder ausstehende Eigenbeiträge vermerkt sind.

Eine Abschrift dieses Formulars wird in der Akte der Berechtigten aufbewahrt.

Abschnitt II — Wechsel

Art. 255 - Der individuelle Wechsel besteht aus dem Übergang eines Berechtigten zu einem anderen Versicherungsträger als demjenigen, bei dem er eingeschrieben war.

Er darf am ersten Tag jeden Kalenderquartals unter den in den Artikeln 257 bis 274 festgelegten Bedingungen erfolgen.

Art. 256 - Artikel 255 Absatz 1 ist nicht anwendbar auf Berechtigte, die die Eigenschaft eines Begünstigten der Sozialwerke der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen erlangen oder verlieren und in dieser Eigenschaft bei der Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen eingetragen sein müssen oder eingetragen sind. In diesen Fällen gilt die Einschreibung beim Versicherungsträger ab dem Datum, an dem die vorerwähnten Berechtigten ihre neue Eigenschaft erhalten.

Die für die Zusammenstellung der Akte notwendigen Auskünfte müssen dennoch dem neuen Versicherungsträger gemäß Artikel 261 Absatz 2 zugeschickt werden.

Art. 257 - Berechtigte, die den Versicherungsträger wechseln möchten, müssen dies beim Versicherungsträger, bei dem sie sich einschreiben möchten, beantragen.

Zu diesem Zweck füllen sie ein Formular «Antrag auf Wechsel» aus, das ihnen vom neuen Versicherungsträger ausgehändigt wird.

Art. 258 - Der neue Versicherungsträger schickt dem vorherigen Versicherungsträger den Antrag auf Wechsel spätestens am Fünften des Monats vor dem Monat, ab dem der Wechsel beantragt wird. Ist der Fünfte ein Samstag, Sonntag oder Feiertag, muß das Formular am ersten darauffolgenden Werktag geschickt werden.

Anträge auf Wechsel werden per Einschreiben zusammen mit einem Merkblatt, auf dem Name und Vorname des Berechtigten, seine Adresse und sein Geburtsdatum vermerkt sind, übermittelt.

Gleichzeitig sendet der neue Versicherungsträger dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle eine Abschrift des Merkblattes zu.

Art. 259 - Der vorherige Versicherungsträger darf nur in folgenden Fällen den Wechsel ablehnen oder seine Annahme zurückziehen:

a) wenn am Datum, für das der Wechsel beantragt wird, keine zwölf Monate seit dem Datum der ersten Einschreibung als Berechtigter bei dem Versicherungsträger, den der Berechtigte verlassen will, vergangen sind,

b) wenn dem Berechtigten am Datum, für das der Wechsel beantragt wird, eine Sanktion auferlegt ist, oder wenn vor diesem Datum eine Sanktion getroffen worden ist, die erst nach diesem Datum angewandt werden kann.

Diese Bestimmung ist jedoch in bezug auf Sanktionen, die mit Aufschub verkündet werden, nicht anwendbar,

c) wenn eine der folgenden Auskünfte auf dem Antrag auf Wechsel nicht vermerkt ist: Name, Vorname, Einschreibungsnummer oder Geburtsdatum, Ort, Bezeichnung der Krankenkasse, so wie sie im Mitgliedsbuch des Berechtigten vermerkt ist, Datum, für das der Wechsel beantragt wird,

d) wenn der Antrag auf Wechsel nicht innerhalb der in Artikel 258 vorgesehenen Frist übermittelt worden ist,

e) wenn der Berechtigte bei seinem vorherigen Versicherungsträger in Anwendung der Bestimmungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eine Schuld hat. Der Betrag der Schuld wird in der in Artikel 260 erwähnten Notifizierung vermerkt. Der Wechsel muß jedoch bewilligt werden, wenn der neue Versicherungsträger dem vorherigen Versicherungsträger den geschuldeten Betrag spätestens am Tag des Wechsels vollständig zukommen läßt,

f) wenn der Berechtigte seinen Wechsel bei verschiedenen Versicherungsträgern für dasselbe Datum beantragt hat,

g) wenn der Berechtigte erklärt, daß die Unterschrift auf dem Antrag auf Wechsel nicht die seine ist,

h) wenn der Versicherungsträger feststellt, daß der Antrag auf Wechsel nicht vom betreffenden Berechtigten unterzeichnet ist, außer wenn der Berechtigte den Antrag auf Wechsel innerhalb einer in Artikel 267 Absatz 2 vorgesehenen Frist von einem Monat schriftlich bestätigt.

Art. 260 - In den in Artikel 259 Buchstabe a) bis f) erwähnten Fällen muß die mit Gründen versehene Ablehnung dem Berechtigten und dem neuen Versicherungsträger binnen einer Frist von zwanzig Tagen ab dem ersten Werktag nach dem in Artikel 258 festgelegten Datum notifiziert werden. Diese Frist wird jedoch ab dem Tag der Notifizierung des Antrags auf Wechsel gerechnet, wenn das Formular «Antrag auf Wechsel» dem vorherigen Versicherungsträger nach dem in Artikel 258 festgelegten Datum zugeschickt wird.

In dem in Artikel 259 Buchstabe g) erwähnten Fall muß die mit Gründen versehene Ablehnung dem Berechtigten und dem neuen Versicherungsträger binnen der in Artikel 266 vorgesehenen Frist notifiziert werden.

In dem in Artikel 259 Buchstabe h) erwähnten Fall muß der mit Gründen versehene Ablehnungsbeschluß dem Berechtigten und dem neuen Versicherungsträger binnen der in Artikel 267 für den Ablehnungsbeschluß vorgesehenen Frist notifiziert werden.

Gleichzeitig sendet der vorherige Versicherungsträger dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle eine Abschrift seiner Ablehnung zu.

Berechtigte, deren Wechsel abgelehnt wird, können den Streitfall dem zuständigen Arbeitsgericht vorlegen.

Versäumt der vorherige Versicherungsträger, die Ablehnung innerhalb der festgelegten Frist zu notifizieren, gilt der Wechsel als angenommen.

Art. 261 - Wird der Wechsel angenommen, wird dieser dem neuen Versicherungsträger innerhalb der Frist, die in Artikel 260 Absatz 1 vorgesehen ist, notifiziert.

Diese Notifizierung erfolgt durch Zusendung der Auskünfte, die für die Zusammenstellung der in Artikel 254 erwähnten Akte notwendig sind, und insbesondere des ordnungsgemäß ausgefüllten Formulars, das in Artikel 264 erwähnt wird, mit den dazugehörigen Anlagen.

Art. 262 - Für die zum 1. Januar angenommenen Wechsel muß der neue Versicherungsträger den oder die Beitragsbelege für das Kalenderjahr erhalten, das am Datum des Wechsels endet.

Erreicht der Wert der Beitragsbelege nicht den Mindestwert, muß der neue Versicherungsträger unverzüglich den erforderlichen ergänzenden Beitrag vom Berechtigten verlangen. Der neue Versicherungsträger schuldet dem vorherigen Versicherungsträger den Betrag des ergänzenden Beitrags.

Der neue Versicherungsträger schickt jedem der vorherigen Versicherungsträger in einer Sendung die sie betreffenden Beitragsbelege und gegebenenfalls die ergänzenden Beiträge zusammen mit einem zusammenfassenden Verzeichnis.

Diese Sendung muß innerhalb einer Frist übermittelt werden, die nicht über den Fünfzehnten des dritten Monats nach dem Wechsel hinausgehen darf. Ein Duplikat des zusammenfassenden Verzeichnisses wird innerhalb derselben Frist an den Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle geschickt.

Art. 263 - Wird der Wechsel oder die Übertragung angenommen, muß die vom vorherigen Versicherungsträger ausgestellte Versicherungskarte, die in Artikel 253 erwähnt ist, vom neuen Versicherungsträger zurückverlangt werden.

Die neue Versicherungskarte darf erst ausgestellt werden, nachdem der neue Versicherungsträger die vom vorherigen Versicherungsträger ausgestellte Versicherungskarte erhalten hat.

Der neue Versicherungsträger vermerkt auf der neuen Karte das Datum des Wechsels als Datum der Eröffnung des Anrechts auf Gesundheitsleistungen.

Die vom vorherigen Versicherungsträger ausgestellte Versicherungskarte muß dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle vom neuen Versicherungsträger zusammen mit den in Artikel 332 erwähnten Listen übermittelt werden.

Art. 264 - Für angenommene Wechsel vermerkt der vorherige Versicherungsträger auf dem Formular «Antrag auf Wechsel» alle beantragten Auskünfte in bezug auf die Lage des Berechtigten gegenüber der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung einschließlich einer Sanktion mit Aufschub, die ihm auferlegt worden ist. Das ordnungsgemäß ausgefüllte und unterzeichnete Formular wird dem neuen Versicherungsträger innerhalb der in Artikel 260 Absatz 1 festgelegten Frist zugestellt.

Die Anträge auf Wechsel werden zusammen mit einem Merkblatt verschickt, in dem Name, Vorname, Hauptwohntort und nationale Nummer des Berechtigten vermerkt sind.

Gleichzeitig mit der Versendung dieses Merkblatts und seiner Anlagen schickt der vorherige Versicherungsträger eine Abschrift des Merkblatts an den Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle.

Art. 265 - Stellt der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle fest, daß der neue Versicherungsträger keine Notifizierung einer Ablehnung erhalten hat und daß derselbe Versicherungsträger das Formular «Antrag auf Wechsel» nicht ordnungsgemäß ausgefüllt innerhalb der in Artikel 260 Absatz 1 vorgesehenen Frist erhält, fordert er den säumigen Versicherungsträger entweder schriftlich oder durch einen Bediensteten auf, der zu diesem Versicherungsträger abgeordnet wird, binnen zwei Monaten das Formular «Antrag auf Wechsel» ordnungsgemäß auszufüllen und zu verschicken.

Art. 266 - Bestreitet ein Berechtigter die Echtheit seiner auf dem Antrag auf Wechsel angebrachten Unterschrift, kann der vorherige Versicherungsträger auf seinen Antrag die in Artikel 259 vorgesehene Möglichkeit anwenden; die Ablehnung muß innerhalb einer Frist von einem Monat ab dem Tag, an dem der Berechtigte von seinem Wechsel in Kenntnis gesetzt worden ist, notifiziert werden. Der vorherige Versicherungsträger teilt dies dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle innerhalb derselben Frist mit, indem er ihm den strittigen Antrag auf Wechsel zusammen mit der schriftlichen Erklärung des Betroffenen übermittelt.

Art. 267 - Will der vorherige Versicherungsträger von der Möglichkeit Gebrauch machen, die ihm aufgrund von Artikel 259 Buchstabe *h*) zuerkannt ist, notifiziert er dem Berechtigten und dem neuen Versicherungsträger sein Vorhaben innerhalb der in Artikel 260 Absatz 1 vorgesehenen Frist von zwanzig Tagen.

Der Berechtigte verfügt über einen Monat, um den Antrag auf Wechsel schriftlich zu bestätigen.

In Ermangelung einer Bestätigung des Antrags auf Wechsel notifiziert der vorherige Versicherungsträger im Monat nach der in Absatz 2 vorgesehenen Frist dem Berechtigten und dem neuen Versicherungsträger seinen mit Gründen versehenen Ablehnungsbeschuß. Innerhalb derselben Frist übermittelt er dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle eine Abschrift seines Ablehnungsbeschlusses und den strittigen Antrag auf Wechsel.

Art. 268 - Hat ein Versicherungsträger Kenntnis von einem ordnungswidrigen Wechsel eines seiner Begünstigten zu einem anderen Versicherungsträger, teilt er dies dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle mit.

Erfolgt diese Mitteilung innerhalb einer Frist von einem Jahr nach dem ordnungswidrigen Wechsel, teilt der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle dem Begünstigten und den beiden betroffenen Versicherungsträgern per Einschreiben mit, daß die Einschreibung beim neuen Versicherungsträger nicht gültig ist.

Die Zahlung der Beiträge in bezug auf die in Artikel 276 erwähnten Belege, die der Begünstigte dem neuen Versicherungsträger, bei dem er sich ordnungswidrig eingeschrieben hatte, übergeben hat, und die Eigenbeiträge, die er ihm gezahlt hat, bleiben im Besitz dieses Trägers. Die während des Zeitraums ordnungswidriger Einschreibung bewilligten Leistungen bleiben zu Lasten des Versicherungsträgers, der sie bewilligt hat. Alle Verbindlichkeiten dieses Trägers in bezug auf Leistungen, die an dem Datum der in Absatz 2 erwähnten Notifizierung noch nicht erbracht worden sind, sind ungültig.

Alle in Artikel 276 erwähnten Belege und alle Eigenbeiträge, die nach dem Datum der Notifizierung abgegeben beziehungsweise gezahlt werden, werden dem Versicherungsträger übertragen, bei dem der Begünstigte ordnungsgemäß eingeschrieben bleibt. Nach diesem Datum bewilligte Leistungen bleiben zu Lasten des Versicherungsträgers, der sie bewilligt hat.

Art. 269 - Der Nachweis für die Versendung der in den Artikeln 258, 260, 262, 264, 266 und 267 erwähnten Unterlagen obliegt dem Versicherungsträger, der mit dieser Versendung beauftragt ist.

Art. 270 - Verlegt ein Berechtigter seinen Wohnort in eine andere Gemeinde, in der es keinen organisierten Dienst seines Landesverbands oder der Hilfskasse gibt, setzt der Betreffende die Krankenkasse oder das Regionale Amt, bei der/dem er angeschlossen ist und die Krankenkasse oder das Regionale Amt, die/das er gewählt hat, davon in Kenntnis.

Sobald der Berechtigte sich an seinem neuen Wohnort niedergelassen hat, fordert der neue Versicherungsträger vom vorherigen den Wechselschein und alle Auskünfte, die für die ordnungsgemäße Bewilligung der verschiedenen Leistungen erforderlich sind.

Unter organisiertem Dienst ist der Dienst zu verstehen, der dem Berechtigten die Gelegenheit bietet, mindestens einmal pro Woche einen Beauftragten seines Versicherungsträgers zu treffen, dem er seine Beitragsbelege abgeben kann, dem er den Beitrag für fortgesetzte Versicherung zahlen kann, den er alle Auskünfte in bezug auf die Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung fragen kann und durch den er die Erstattung der Leistungen oder die Zahlung der Entschädigungen erhalten kann.

Art. 271 - Bei Wechsel gehen die vorab vom Vertrauensarzt bewilligten Gesundheitsleistungen, die zum Datum des Wechsels jedoch noch nicht erbracht worden sind, zu Lasten des neuen Versicherungsträgers, der nicht verlangen darf, daß eine neue Bewilligung erteilt wird.

Art. 272 - Bei Übergang eines Berechtigten von einer Krankenkasse zu einer anderen innerhalb desselben Landesverbands oder von einem Regionalen Amt zum anderen sind die Bestimmungen der Artikel 255 bis 271 nicht anwendbar, aber alle Auskünfte, die für das Zusammenstellen der in Artikel 254 erwähnten Akte notwendig sind, müssen der neuen Krankenkasse oder dem neuen Regionalen Amt übermittelt werden.

Art. 273 - Die Bestimmungen über individuelle Wechsel sind ebenfalls anwendbar auf Begünstigte einer Pension oder Rente aufgrund ausländischer Rechtsvorschriften, auf Saisonarbeiter und auf Grenzgänger, die ihren Hauptwohnoort in Belgien haben und im Ausland beschäftigt sind und aufgrund der Bestimmungen eines Vertrags oder einer Verordnung im Bereich der sozialen Sicherheit Anrecht auf Gesundheitsleistungen haben.

Art. 274 - Die Muster der verschiedenen in den Artikeln 258, 260, 262 und 264 erwähnten Unterlagen werden vom Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle erstellt.

Art. 275 - Bei kollektivem Wechsel, Auflösung oder Fusion von Krankenkassen in Anwendung der Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände können ihre Angeschlossenen individuell ihre Einschreibung bei einem anderen Versicherungsträger beantragen, ohne daß die in den Artikeln 255 bis 274 festgelegten Bedingungen erfüllt werden müssen. Die Auskünfte, die für das Zusammenstellen der in Artikel 254 erwähnten Akte notwendig sind, müssen dem neuen Versicherungsträger jedoch vom vorherigen Versicherungsträger übermittelt werden.

Abschnitt III — Beitragsbelege und Unterlagen, anhand deren die Eigenschaft als Berechtigter festgelegt wird

Art. 276 - § 1 - Für die Anwendung des koordinierten Gesetzes werden folgende Unterlagen als Beitragsbelege angesehen:

1. Beitragsschein und Lehrvertragsbescheinigung für Berufe, die von Lohnempfängern ausgeübt werden,
2. Beitragsschein «Arbeitsunfall»,
3. Beitragsschein «Berufskrankheit»,
4. Arbeitslosigkeitsbescheinigung,
5. Hausarbeitsbescheinigung,
6. in Artikel 248 erwähnte Belege, sofern der Beitrag für den Zeitraum fortgesetzter Versicherung gezahlt worden ist,
7. Bescheinigung für Berechtigte einer Unterbrechungszulage.

Die Bescheinigung für sozialversicherte Milizpflichtige und die Bescheinigung für sozialversicherte Wehrdienstverweigerer aus Gewissensgründen, die in Artikel 282 erwähnt werden, werden Beitragsbelegen gleichgesetzt.

Die in Artikel 282 erwähnte Erklärung, daß der Betreffende Vollwaise ist und Kinderzulagen bezieht, und die Bescheinigung, daß der Betreffende Vollwaise ist und die Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens bezieht, werden Beitragsbelegen gleichgesetzt.

Dies gilt ebenfalls für die in Artikel 282 erwähnte Bescheinigung, in der der behandelnde Arzt das voraussichtliche Datum der Entbindung für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 4 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten vermerkt, und für die in Artikel 129 § 1 erwähnte Unterlage in bezug auf die Wartezeit.

§ 2 - Die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1, 3, 5 und 6 des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft als Berechtigter wird aufgrund der in § 1 erwähnten Beitragsbelege festgelegt.

Die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7, 8 und 9 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten weisen ihre Eigenschaft als Berechtigte nach, indem sie den Nachweis erbringen, daß sie die in diesen Bestimmungen erwähnten Vorteile beziehen. Der Nachweis wird von der Behörde, die mit der Zahlung dieser Vorteile beauftragt ist, ausgestellt.

Personen, die zum ersten Mal die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1, 3, 12 und 16 des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft als Berechtigte erlangen und die gegebenenfalls in dieser Eigenschaft Beitragsbelege erhalten, die jährlich ausgestellt werden, und Personen, die zum ersten Mal die in Artikel 86 § 1 des koordinierten Gesetzes erwähnte Eigenschaft als Berechtigte erlangen, weisen ihre Eigenschaft als Berechtigte nach, indem sie eine der folgenden Unterlagen vorlegen:

— für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 erwähnten Berechtigten und für die Berechtigten, die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe a) des koordinierten Gesetzes erwähnt sind, eine Erklärung des Arbeitgebers, daß der Berechtigte ein Lohnempfänger ist, der aufgrund des Gesetzes vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzlerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer einem oder beiden Zweigen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung unterliegt, oder ein Lohnempfänger, der dem Gesetzlerlaß vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen unterliegt,

— für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 3 erwähnten Berechtigten und für die Berechtigten, die in Artikel 86 § 1 Nr. 1 Buchstabe c) des koordinierten Gesetzes erwähnt sind, eine Erklärung des Landesamts für Arbeitsbeschaffung, daß sich der Berechtigte unter kontrollierter Arbeitslosigkeit befindet,

— für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten, einen Auszug aus der Sterbeurkunde oder eine Bescheinigung, daß der Betreffende Berechtigter einer Hinterbliebenenpension ist; diese Bescheinigung wird von der Einrichtung ausgestellt, die mit der Zahlung der Hinterbliebenenpension beauftragt ist; für die im vorliegenden Absatz erwähnten Berechtigten, die sich in dieser Eigenschaft einem anderen Versicherungsträger anschließen, eine Bescheinigung des vorherigen Versicherungsträgers über die letzte Eigenschaft des verstorbenen Ehepartners,

— für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 16 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten, eine Bescheinigung, daß der Betreffende Vollwaise ist und Anrecht auf Kinderzulagen hat; diese Bescheinigung wird von der Einrichtung ausgestellt, die die Kinderzulagen zahlt; oder eine vom Ministerium der Sozialen Angelegenheiten ausgestellte Bescheinigung, daß der Betreffende behinderte Vollwaise ist und im Sinne des Gesetzes vom 27. Februar 1987 über die Behindertenbeihilfen eine Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens bezieht.

Art. 277 - § 1 - Das Landesamt für soziale Sicherheit teilt den Versicherungsträgern für die bei ihm angeschlossenen Arbeitgeber die Identifizierungsdaten der Arbeitnehmer und die in § 3 erwähnten Versicherbarkeitsdaten der Arbeitnehmer für jedes Bezugsjahr mit.

Erweist sich die elektronische Übermittlung der Daten als unmöglich oder ist der Arbeitnehmer nicht bei einem Versicherungsträger angeschlossen oder eingeschrieben, übermittelt das Landesamt für soziale Sicherheit dem Arbeitgeber binnen zwei Wochen nach Feststellung der Unmöglichkeit, einen elektronischen Beitragsschein zu übermitteln, einen Beitragsschein auf Papier. Der Arbeitgeber übergibt dem Arbeitnehmer den Beitragsschein innerhalb einer Frist von zwei Wochen.

Der Minister legt fest, wie die Beitragsscheine erstellt und übermittelt werden.

§ 2 - Arbeitgeber, die beim Landesamt für soziale Sicherheit der provinziellen und lokalen Verwaltungen angeschlossen sind, oder der Nationale Pensionsfonds für Bergarbeiter übermitteln ihren Arbeitnehmern binnen zwei Monaten nach der letzten Lohnzahlung jedes Jahres oder binnen zwei Monaten nach Ende des Arbeitsvertrags einen Beitragsschein auf Papier.

§ 3 - Auf dem Beitragsschein wird für jedes Quartal des Bezugsjahres der Lohn, auf den der Beitrag für die Entschädigungsversicherung und/oder der Beitrag für die Gesundheitspflegeversicherung einbehalten wird, und der Zeitraum, auf den sich dieser Lohn bezieht, vermerkt, so wie diese Begriffe in den Vorschriften über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer beziehungsweise in den Vorschriften über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen definiert sind. Für die Ausstellung des Beitragsscheins wird der Lohn auf den Betrag begrenzt, der sich aus der Multiplikation des Höchsttageslohns mit der Anzahl Arbeitstagen ergibt. Der Höchsttageslohn wird auf 4.385 Franken festgelegt für Vollzeitbeschäftigte, die gemäß der Fünftageswocheregelung beschäftigt sind, und auf 3.654 Franken für Teilzeitarbeitnehmer, die gemäß einer anderen Arbeitsregelung beschäftigt sind, Teilzeitarbeitnehmer, Saisonarbeiter und Gelegenheitsarbeiter; diese Beträge sind an den Schwellenindex 127,50 gebunden und werden ab 1987 jährlich am 1. Januar dem Schwellenindex, der am 1. Juli des vorhergehenden Jahres erreicht worden ist, angepaßt.

Auf dem Beitragsschein wird ebenfalls für jedes Quartal des Bezugsjahres die Anzahl Arbeitstage vermerkt, so wie sie in Artikel 203 definiert ist, und die Anzahl Tage, die durch die Entschädigung gedeckt sind, die während der zweiten Woche des garantierten Lohns gezahlt worden ist; für Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer wird auf dem Beitragsschein darüber hinaus für jedes Quartal die Anzahl Arbeitsstunden vermerkt.

Auf dem Beitragsschein werden ebenfalls für die vier Quartale des Bezugsjahres der Gesamtbetrag des Lohns, die Gesamtanzahl Arbeitstage, die Gesamtanzahl Tage, die durch die Entschädigung, die während der zweiten Woche des garantierten Lohns gezahlt worden ist, gedeckt sind, und gegebenenfalls die Gesamtanzahl Arbeitsstunden vermerkt.

Die Arbeitgeber händigen die Lehrvertragsbescheinigung für Berufe, die von Lohnempfängern ausgeübt werden, binnen zwei Monaten nach Ende des Bezugsjahres oder binnen zwei Monaten nach Ende des Lehrvertrags aus. Auf dieser Bescheinigung wird für jedes Quartal des Bezugsjahres die Anzahl Arbeitstage und -stunden vermerkt. Sie umfaßt ebenfalls die Gesamtanzahl Arbeitstage und -stunden für die vier Quartale des Bezugsjahres zusammen.

Art. 278 - Versäumt ein in Artikel 277 § 2 erwähnter Arbeitgeber, die Beitragsscheine auszustellen, kann der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle auf Antrag des betreffenden Arbeitnehmers die fehlenden Beitragsscheine ausstellen und ihm übermitteln.

Kann das in Artikel 277 § 1 vorgesehene Verfahren nicht angewandt werden, übermittelt der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle auf Antrag der Versicherungsträger und insofern genügend Beweismaterial vorgelegt wird, die fehlenden Daten dem Landesamt für soziale Sicherheit, das diese Daten gemäß dem in Artikel 277 § 1 vorgesehenen Verfahren den Versicherungsträgern zukommen läßt.

Darüber hinaus kann der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle der benachteiligten Person eine Bescheinigung übermitteln, die als vorläufiger Beitragsschein gilt. Aufgrund dieser Bescheinigung und unter Berücksichtigung der anderen Versicherbarkeitsdaten können die Versicherungsträger eventuell vorläufige Versicherungskarten ausstellen. Diese vorläufigen Karten haben eine Gültigkeitsdauer von drei Monaten.

In Abweichung vom vorhergehenden Absatz kann die für das Jahr 1994 ausgestellte vorläufige Versicherungskarte bis zum 31. März 1996 verlängert werden.

Art. 279 - Diejenigen, die eine Entschädigung, einen Zuschlag, eine Rente oder ein Kapital aufgrund der Rechtsvorschriften über den Schadenersatz für Arbeitsunfälle schulden, wobei die Begünstigten der Anwendung der Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 21. Dezember 1971 zur Ausführung bestimmter Bestimmungen des Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle unterliegt, stellen den Betroffenen binnen zwei Monaten nach Ende des Kalenderjahres den Beitragsschein «Arbeitsunfall» aus.

Auf diesem Beitragsschein werden für jedes Quartal des Kalenderjahres insbesondere Art des Schadenersatzes, Betrag des Schadenersatzes, auf den der Beitrag für die Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung einbehalten wird, Zeitraum, auf den sich der Schadenersatz bezieht, und Arbeitsunfähigkeitsgrad vermerkt.

Auf diesem Beitragsschein wird ebenfalls für die vier Quartale des Kalenderjahres der Gesamtbetrag des in Absatz 2 erwähnten Schadenersatzes vermerkt.

Art. 280 - Der Fonds für Berufskrankheiten stellt Begünstigten einer Entschädigung, Beihilfe oder Rente, die erwähnt ist im Königlichen Erlaß vom 18. Januar 1964 zur Regelung der Modalitäten im Hinblick auf die Einziehung und Verteilung der Sozialversicherungsbeiträge, die von den Opfern von Berufskrankheiten geschuldet werden, die Begünstigte der Rechtsvorschriften über den Schadenersatz für Berufskrankheiten sind, binnen zwei Monaten nach Ende jeden Kalenderjahres den Beitragsschein «Berufskrankheit» aus.

Auf diesem Beitragsschein werden für jedes Quartal des Kalenderjahres insbesondere Art des Schadenersatzes, Betrag des Schadenersatzes, auf den der Beitrag für die Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung einbehalten wird, Zeitraum, auf den sich der Schadenersatz bezieht, und Arbeitsunfähigkeitsgrad vermerkt.

Auf diesem Beitragsschein wird ebenfalls für die vier Quartale des Kalenderjahres der Gesamtbetrag des in Absatz 2 erwähnten Schadenersatzes vermerkt.

Art. 281 - § 1 - Das Landesamt für Arbeitsbeschaffung teilt den Versicherungsträgern für jedes Bezugsjahr die Identifizierungsdaten der Arbeitslosen und die in den Absätzen 3 und 4 erwähnten Versicherbarkeitsdaten mit.

Erweist sich die elektronische Datenübermittlung als unmöglich oder ist der Arbeitslose nicht bei einem Versicherungsträger angeschlossen oder eingeschrieben, übermittelt die Einrichtung für die Auszahlung des Arbeitslosengelds dem Arbeitslosen binnen zwei Wochen nach Feststellung der Unmöglichkeit, die Daten in bezug auf die Arbeitslosigkeit auf elektronischem Weg zu übermitteln, eine Arbeitslosigkeitsbescheinigung auf Papier.

Auf der Arbeitslosigkeitsbescheinigung werden für jedes Quartal des Kalenderjahres insbesondere die Anzahl Tage kontrollierter Arbeitslosigkeit, die Anzahl gesetzlicher Urlaubstage und der Zeitraum, auf den sich diese Tage beziehen, vermerkt.

Diese Bescheinigung umfaßt ebenfalls die Gesamtanzahl Tage kontrollierter Arbeitslosigkeit und die Gesamtanzahl gesetzlicher Urlaubstage für die vier Quartale des Kalenderjahres zusammen.

§ 2 - Einem Arbeitslosen, der seine Arbeitslosigkeit beendet, indem er durch Vermittlung des Landesamts für Arbeitsbeschaffung Hausarbeit annimmt, übergibt dieses Amt binnen zwei Monaten nach Ende jeden Kalenderjahres die Hausarbeitsbescheinigung, eventuell über den Arbeitgeber.

Auf dieser Bescheinigung werden für jedes Quartal des Kalenderjahres insbesondere die Anzahl Tage Hausarbeit und der Zeitraum, auf den sich diese Tage beziehen, vermerkt.

Diese Bescheinigung umfaßt ebenfalls die Gesamtanzahl Tage Hausarbeit für die vier Quartale des Kalenderjahres zusammen.

§ 3 - Einem Arbeitnehmer, der eine Unterbrechungszulage bezieht, die in Artikel 6 des Königlichen Erlasses vom 2. Januar 1991 über die Bewilligung von Unterbrechungszulagen oder in Artikel 4 des Königlichen Erlasses vom 28. Februar 1991 über die Aufbahnunterbrechung in den Verwaltungen und anderen Diensten der Ministerien oder in Artikel 4 des Königlichen Erlasses vom 12. August 1991 über die Bewilligung von Unterbrechungszulagen an die Personalmitglieder des Unterrichtswesens und der psycho-medizinisch-sozialen Zentren oder in Artikel 4 § 3 des Königlichen Erlasses vom 27. November 1985 über die Berufslaufbahnunterbrechung für die Mitglieder des Verwaltungs-, spezialisierten, Aufsichts-, Fach- und Dienstpersonals der universitären Einrichtungen erwähnt ist, wird vom Landesamt für Arbeitsbeschaffung binnen zwei Monaten nach Ende jeden Kalenderjahres, in dem der Arbeitnehmer eine Unterbrechungszulage bezogen hat, eine Bescheinigung für Berechtigte einer Unterbrechungszulage ausgestellt.

Auf dieser Bescheinigung wird für jedes Quartal des Kalenderjahres der Zeitraum vermerkt, in dem der Arbeitnehmer die in Absatz 1 erwähnte Unterbrechungszulage bezogen hat.

Diese Bescheinigung umfaßt ebenfalls die Gesamtdauer der Zeiträume, in denen der Arbeitnehmer die in Absatz 1 erwähnte Unterbrechungszulage bezogen hat, für die vier Quartale des Kalenderjahres zusammen.

Art. 282 - Zu Beginn und am Ende des Zeitraums, in dem ein Arbeitnehmer der Milizpflicht nachkommt, stellt die Militärbehörde ihm eine Bescheinigung für sozialversicherte Milizpflichtige aus, auf der das Datum des Beginns beziehungsweise das Datum des Endes der Einberufung oder Wiedereinberufung vermerkt ist.

Zu Beginn und am Ende des Zeitraums, in dem ein Arbeitnehmer seinen Verpflichtungen in Anwendung der Rechtsvorschriften über das Statut der Wehrdienstverweigerer aus Gewissensgründen nachkommt, stellt das Ministerium des Innern ihm eine Bescheinigung für sozialversicherte Wehrdienstverweigerer aus Gewissensgründen aus, auf der das Datum des Beginns beziehungsweise das Datum des Endes der Einberufung oder Wiedereinberufung zum Dienst vermerkt ist.

Diese Bescheinigungen müssen dem Versicherungsträger binnen dreißig Tagen nach ihrer Ausstellung übergeben werden.

Die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 14 des koordinierten Gesetzes erwähnten Begünstigten haben nur dann Anspruch auf Leistungen, wenn das Gesetz vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzlerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer oder der Gesetzerlaß vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen oder ausländische Rechtsvorschriften im Bereich der sozialen Sicherheit mindestens bis zum dreißigsten Tag vor Einberufung oder Wiedereinberufung oder vor Dienstantritt in Anwendung der Bestimmungen der Rechtsvorschriften über das Statut der Wehrdienstverweigerer aus Gewissensgründen auf den Arbeitnehmer anwendbar waren.

Die Einrichtung, die die Kinderzulagen zahlt, stellt Vollwaisen binnen zwei Monaten nach Ende jeden Kalenderjahres eine Bescheinigung aus, daß der Berechtigte Vollwaise ist und Kinderzulagen bezieht. Auf der Bescheinigung ist der Zeitraum des betreffenden Kalenderjahres vermerkt, für den die Kinderzulagen gezahlt worden sind.

Behinderte, die Vollwaisen sind und in Anwendung des Gesetzes vom 27. Februar 1987 über die Behindertenbeihilfen eine Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens beziehen, werden Vollwaisen, die Kinderzulagen beziehen, gleichgestellt.

Das Ministerium der Sozialen Angelegenheiten stellt den vorerwähnten Vollwaisen binnen zwei Monaten nach Ende jeden Kalenderjahres eine Bescheinigung aus, daß der Berechtigte Vollwaise ist und eine Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens bezieht.

Auf dieser Bescheinigung ist der Zeitraum des betreffenden Kalenderjahres vermerkt, für den die Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens gewährt worden ist.

Diese Bescheinigungen müssen dem Versicherungsträger binnen drei Monaten nach dem Kalenderjahr, auf das sie sich beziehen, übergeben werden.

Die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 4 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berechtigten sind verpflichtet, zum Nachweis ihrer Lage eine Bescheinigung vorzulegen, in der der behandelnde Arzt das voraussichtliche Datum der Entbindung vermerkt. Diese Bescheinigung muß dem Versicherungsträger binnen dreißig Tagen nach dem Datum des Beginns der in vorerwähntem Artikel 32 Absatz 1 Nr. 4 erwähnten Mutterschaftsruhe übergeben werden.

Art. 283 - Zu Beginn jedes in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 6 des koordinierten Gesetzes erwähnten Zeitraums fortgesetzter Versicherung stellt der Versicherungsträger aufgrund der von den Betroffenen vorgelegten Bescheinigungen eine Bescheinigung fortgesetzter Versicherung aus, durch die nachgewiesen wird, daß die Betroffenen sich in den in Artikel 247 festgelegten Umständen befinden.

Abschnitt IV — Aushändigung der Beitragsbelege

Art. 284 - In Abweichung von den Absätzen 2 und 3 müssen die Berechtigten ihrem Versicherungsträger die in Artikel 276 § 1 Nr. 1 bis 3 und 5 bis 7 erwähnten Beitragsbelege binnen dreißig Tagen nach Aushändigung dieser Unterlagen übergeben.

Die Versicherbarkeitsdaten, die aus den vierteljährlichen Erklärungen der Arbeitgeber an das Landesamt für soziale Sicherheit abgeleitet werden, und die in Artikel 281 § 1 erwähnten Versicherbarkeitsdaten werden den Versicherungsträgern auf elektronischem Wege vom vorerwähnten Amt beziehungsweise vom Landesamt für Arbeitsbeschaffung spätestens am 20. März des Jahres nach dem Jahr übermittelt, auf das sich diese Daten beziehen.

Arbeitnehmer, die einen Beitragsschein auf Papier vom Landesamt für soziale Sicherheit erhalten haben, und Arbeitslose, die eine Arbeitslosigkeitsbescheinigung auf Papier von der Einrichtung für die Auszahlung des Arbeitslosengelds erhalten haben, müssen ihrem Versicherungsträger diesen Beitragsbeleg im Monat nach Erhalt übergeben.

Hat ein Berechtigter die Beitragsbelege für das Kalenderjahr nicht vor dem 1. Juli des darauffolgenden Jahres ausgehändigt, können die Gesundheitsleistungen, die ab dem vorerwähnten Datum erbracht werden, nicht vor Aushändigung dieser Beitragsbelege gezahlt werden.

Art. 285 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 284 ist der Versicherungsträger verpflichtet, Beitragsbelege, die außerhalb der in diesem Artikel vorgesehenen Frist vorgelegt werden, anzunehmen.

Abschnitt V — Mindestwert der Beitragsbelege für die Zweige Gesundheitspflege und Entschädigungen

Art. 286 - Der Mindestwert, den die Beitragsbelege erreichen müssen, entspricht für Handarbeiter, Geistesarbeiter beziehungsweise Bergarbeiter dem Produkt der Multiplikation der nachstehend festgelegten Jahreslöhne mit der Summe der Sätze der Sozialversicherungsbeiträge, die für den Zweig Gesundheitspflege und gegebenenfalls für den Zweig Entschädigungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung bestimmt sind:

21 Jahre und älter ...

sechsmal der Betrag des durchschnittlichen monatlichen Mindesteinkommens, das durch das kollektive Arbeitsabkommen Nr. 43, das im Nationalen Arbeitsrat geschlossen und durch Königlichen Erlaß vom 29. Juli 1988 für verbindlich erklärt worden ist, garantiert wird,

19 und 20 Jahre ...

drei Viertel des Betrags, der für die Altersgruppe über 21 Jahre berücksichtigt werden muß,

17 und 18 Jahre ...

die Hälfte des Betrags, der für die Altersgruppe über 21 Jahre berücksichtigt werden muß,

unter 17 Jahren ...

ein Drittel des Betrags, der für die Altersgruppe über 21 Jahre berücksichtigt werden muß.

Der Mindestwert, den ein Berechtigter nachweisen muß, ist derjenige der Altersgruppe, der er zu Beginn des Kalenderjahres oder zum Zeitpunkt seiner Einschreibung angehört. Die Anpassung des garantierten durchschnittlichen monatlichen Mindesteinkommens an den Preisindex im Laufe eines Kalenderjahres wird für die Bestimmung des zu erreichenden Mindestwerts erst am 1. Januar nach seiner Anwendung wirksam.

Für Behinderte, die in beschützten Werkstätten beschäftigt sind, werden die zu berücksichtigenden Jahreslöhne wie folgt festgelegt:

21 Jahre und älter	80.400
19 und 20 Jahre	64.800
17 und 18 Jahre	48.000
unter 17 Jahren	40.800

Der Mindestwert, der für den in Artikel 121 § 2 oder in Artikel 128 § 1 des koordinierten Gesetzes erwähnten Zeitraum erreicht werden muß, entspricht der Hälfte des vorerwähnten Mindestwerts.

Dieser Mindestwert wird auf dieselbe Weise im Verhältnis zu dem zu berücksichtigenden Bezugszeitraum angepaßt, wenn dieser verkürzt wird oder mehr als ein Jahr beträgt.

Art. 287 - Berechtigte, für die der Versicherungsträger einen oder mehrere Beitragsbelege erhalten hat, die für ein Jahr insgesamt einen Beitragswert haben, der niedriger als die in Artikel 286 festgelegten Mindestwerte ist, haben für sich und Personen zu ihren Lasten nur Anrecht auf die im koordinierten Gesetz vorgesehenen Leistungen, wenn sie dem Versicherungsträger für das in Artikel 123 des koordinierten Gesetzes erwähnte Bezugsjahr alle sogenannten ergänzenden Beiträge, die zum Ausgleich des Unterschieds bestimmt sind, entrichtet haben.

Art. 288 - Das Anrecht auf Leistungen der Gesundheitspflegeversicherung wird ausgesetzt, bis der ergänzende Beitrag gezahlt worden ist.

Die Zahlung der Entschädigungen, auf die Berechtigte ab dem 1. Juli des Jahres nach dem vorerwähnten Bezugsjahr Anspruch erheben könnten, wird ebenfalls ausgesetzt, solange die Berechtigten den ergänzenden Beitrag, der im Rahmen der Entschädigungsversicherung für das vorerwähnte Bezugsjahr erforderlich ist, nicht gezahlt haben, wenn die Berechtigten aufgrund der Nichtzahlung dieses ergänzenden Beitrags die in Anwendung der Artikel 128 bis 130 des koordinierten Gesetzes für die Bewilligung der Entschädigungen erforderlichen Versicherungsbedingungen nicht erfüllen; darüber hinaus fordert der Versicherungsträger in diesem Fall die Entschädigungen zurück, die den Berechtigten unrechtmäßig gezahlt worden sind.

Art. 289 - Die Versicherungsträger halten dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle die Listen der ergänzenden Beiträge, die sie von ihren Mitgliedern eingenommen haben, oder die Unterlagen, aus denen hervorgeht, daß die ergänzenden Beiträge eingenommen worden sind, zur Verfügung.

Art. 290 - Der ergänzende Beitrag wird wie folgt berechnet:

A) Von dem in Artikel 286 festgelegten Jahreslohn werden abgezogen:

1. der auf den Beitragsscheinen vermerkte Betrag,
2. für jeden der nachstehend aufgezählten Zeiträume des Bezugsjahres, wie sie gegebenenfalls auf den jeweiligen Beitragsscheinen vermerkt sind, der Betrag, der sich aus der Multiplikation des in Artikel 286 festgelegten Jahreslohns mit einem Bruch ergibt, dessen Zähler der Anzahl Werktage des Zeitraums entspricht und dessen Nenner 240 ist:
 - 1) Zeitraum, während dessen Berechtigte im Sinne des koordinierten Gesetzes als arbeitsunfähig anerkannt waren oder in Mutterschaftsruhe waren,
 - 2) Zeitraum, während dessen Berechtigte gemäß Artikel 114 Absatz 4 des koordinierten Gesetzes an Stelle der Mutter den Rest der postnatalen Ruhe genommen haben,
 - 3) Zeitraum, der aus den Tagen besteht, an denen Berechtigte sich unter kontrollierter Arbeitslosigkeit befunden haben,
 - 4) Zeitraum, während dessen Berechtigte ihre Arbeit oder einen Zeitraum kontrollierter Arbeitslosigkeit unterbrochen haben, um frühestens ab dem fünften Monat der Schwangerschaft zu ruhen,
 - 5) Zeitraum, während dessen Berechtigte Hausarbeit verrichtet haben, um nicht länger arbeitslos zu sein, für die Anwendung der Regelung der Arbeitslosenversicherung jedoch weiterhin die Eigenschaft eines gewöhnlichen Lohnempfängers behalten haben,
 - 6) Zeitraum, während dessen Berechtigte durch einen Lehrvertrag für Berufe, die von Lohnempfängern ausgeübt werden, gebunden waren,
 - 7) Zeitraum fortgesetzter Versicherung; dieser Zeitraum darf jedoch nur berücksichtigt werden, wenn der in Artikel 250 vorgesehene Beitrag für fortgesetzte Versicherung gezahlt worden ist,
 - 8) Zeitraum des Militärdienstes oder Zeitraum, während dessen Berechtigte in Anwendung der Rechtsvorschriften über das Statut der Wehrdienstverweigerer aus Gewissensgründen ihren Verpflichtungen nachgekommen sind,
 - 9) Zeitraum, während dessen die Betroffenen in der in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Eigenschaft eingeschrieben waren; für die in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7 bis 12 erwähnten Berechtigten, die verpflichtet sind, einen Eigenbeitrag zu zahlen, wird dieser Zeitraum nur berücksichtigt, wenn dieser Beitrag gezahlt worden ist,
 - 10) Zeitraum, während dessen Berechtigte im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 13 bis 15 des koordinierten Gesetzes oder in Anwendung einer Regelung, die in Anwendung von Artikel 33 des koordinierten Gesetzes eingeführt worden ist, Personen zu Lasten waren oder während dessen Berechtigte aufgrund von Artikel 127 weiter Anrecht auf Leistungen hatten und Zeitraum, während dessen Berechtigte die Eigenschaft als Berechtigte im Sinne von Artikel 32 Absatz 1 Nr. 16 des koordinierten Gesetzes hatten,
 - 11) Zeitraum, der sich aus dem Quartal beziehungsweise den Quartalen zusammensetzt, für die der in Artikel 135 erwähnte Beitrag gezahlt worden ist oder für die aufgrund desselben Artikels eine Zahlungsbefreiung erteilt worden ist,
 - 12) Zeitraum, für den das Recht auf Beteiligungen für Gesundheitspflege zu Lasten der belgischen Behörden außerhalb der Pflichtversicherungsregelungen, die dem Institut unterliegen, bestand oder für den das Recht auf Beteiligungen in Anwendung einer Pflichtversicherungsregelung eines ausländischen Staates, mit dem ein Abkommen über soziale Sicherheit geschlossen worden ist, oder aufgrund einer Pflichtversicherungsregelung, die von einem Mitgliedstaat der Europäischen Union organisiert wird, bestand,
 - 13) Zeitraum, der sich aus Werktagen zusammensetzt, an denen Berechtigte einer in Ausführung von Artikel 33 des koordinierten Gesetzes eingeführten Regelung unterworfen waren; ein solcher Zeitraum darf jedoch nur berücksichtigt werden, wenn diese Berechtigten ihre Beiträge für diesen Zeitraum in Anwendung der vorerwähnten Gesundheitspflegeversicherungsregelungen gezahlt haben; stellt sich jedoch heraus, daß während des ganzen Bezugsjahres der Königliche Erlaß vom 30. Juli 1964 zur Festlegung der Bedingungen, gemäß denen die Anwendung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung auf Selbständige ausgedehnt wird, auf diese Berechtigten anwendbar war und daß sie aufgrund dieses Erlasses Anrecht auf Leistungen haben, ohne verpflichtet zu sein, einen Beitrag in Anwendung von Artikel 29 desselben Erlasses zu zahlen, wird der Zeitraum, während dessen dieser Erlaß auf sie anwendbar war, jedoch nicht berücksichtigt,
 - 14) Zeitraum des gesetzlichen Jahresurlaubs,
 - 15) Zeitraum, in dem bürgerliche Pflichten, ein öffentliches Mandat oder gewerkschaftliche Verpflichtungen erfüllt werden,
 - 16) Zeitraum, der die in den Artikeln 2 und 3 des Gesetzes vom 1. Juli 1963 zur Gewährung einer Vergütung für sozialen Aufstieg erwähnten Werktage umfaßt,
 - 17) Zeitraum, der sich aus den von den Gewerkschaftsorganisationen anerkannten Streiktagen und Tagen der Arbeitsunterbrechung infolge eines Lockouts zusammensetzt.

B) § 1 - Die Höhe des ergänzenden Beitrags erhält man, indem der Betrag, der sich aus der Anwendung von Buchstabe A) ergibt, aufgerundet auf den nächsthöheren Hunderter, mit der Summe der Beitragssätze multipliziert wird, die für den Zweig Gesundheitspflege und gegebenenfalls für den Zweig Entschädigungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung geschuldet werden.

Beläuft sich dieser Betrag jedoch auf weniger als 400 Franken, ist der ergänzende Beitrag nicht zu erheben.

§ 2 - Befinden sich in dem betreffenden Bezugsjahr ein oder mehrere Monate in der in Artikel 129 erwähnten Wartezeit und ist ein ergänzender Beitrag für diese Wartezeit gezahlt worden, muß dieser ergänzende Beitrag verhältnismäßig von dem für das betreffende Bezugsjahr zu zahlenden ergänzenden Beitrag abgezogen werden.

Der abzuziehende Betrag wird berechnet, indem der Betrag des ergänzenden Beitrags, der für die Wartezeit gezahlt wurde, mit einem Bruch multipliziert wird, dessen Zähler der Anzahl Monate Wartezeit entspricht, die sich in dem betreffenden Bezugsjahr befinden, und dessen Nenner der Anzahl Monate Wartezeit entspricht.

§ 3 - Muß geprüft werden, ob ein ergänzender Beitrag für ein Bezugsjahr geschuldet wird, das einen Zeitraum enthält, der nicht zu den in Buchstabe A) Nr. 2 der vorliegenden Bestimmung aufgezählten Zeiträumen gezählt werden kann und vor Beginn der Wartezeit liegt, die in dasselbe Bezugsjahr fällt, muß für die Berechnung des ergänzenden Beitrags der in Artikel 286 erwähnte Mindestwert im Verhältnis zur Dauer dieses Zeitraums gekürzt werden.

Art. 291 - Für Personen, die einerseits dem Gesetz vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherungsregelung, Zweig Gesundheitspflege und Zweig Entschädigungen, oder dem Gesetzerlaß vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen und andererseits dem vorerwähnten Gesetz vom 27. Juni 1969 für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherungsregelung, beschränkt auf den Zweig Gesundheitspflege, unterliegen, müssen die Bestimmungen von Artikel 290 Buchstabe A) und B) getrennt angewandt werden, was den Zweig Gesundheitspflege und den Zweig Entschädigungen betrifft.

Art. 292 - Für Gelegenheitsarbeiter, Saisonarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer, die nicht von der Wartezeit befreit sind, wird der ergänzende Beitrag, der während der Wartezeit für das Recht auf Entschädigungen gezahlt wird, gemäß Artikel 290 berechnet; für die Anwendung von Buchstabe A) Nr. 2 des vorerwähnten Artikels müssen jedoch ebenfalls die Anzahl Werktage, die zwischen den aufeinanderfolgenden Zeiträumen liegen, während deren der Betreffende einer Regelung unterworfen war, abgezogen werden.

Art. 293 - Ist der ergänzende Beitrag, der aufgrund von Artikel 288 gefordert wird, unzureichend, können Leistungen der Versicherung erst bezogen werden, wenn der genaue Betrag gezahlt worden ist.

Abschnitt VI — Im Ausland erbrachte Leistungen

Art. 294 - § 1 - In Anwendung von Artikel 136 § 1 des koordinierten Gesetzes werden im Ausland erbrachte Gesundheitsleistungen bewilligt:

1. für Berechtigte, die arbeitsunfähig sind und denen der Vertrauensarzt vorab erlaubt hat, sich zeitweilig im Ausland aufzuhalten, die aber ihren Hauptwohntort in Belgien behalten, und für Personen zu Lasten dieser Berechtigten, die sich dort mit ihnen aufhalten.

Die Erlaubnis des Vertrauensarztes darf sich nur auf einen Zeitraum beziehen, der spätestens zu Beginn der Fristen endet, die ihm aufgrund von Artikel 177 § 1 Nr. 1 und 2 für die Erstellung der dort erwähnten Berichte eingeräumt sind,

2. für Begünstigte, deren Genesung einen Krankenhausaufenthalt erfordert, der unter den besten medizinischen Bedingungen im Ausland erfolgen kann und der vorab vom Vertrauensarzt als unerlässlich erachtet worden ist,

3. für Begünstigte, die während eines Auslandsaufenthalts dringend in einer Pflegeanstalt aufgenommen werden müssen,

4. für Berechtigte und für Personen zu ihren Lasten, die mit ihnen auf dem Staatsgebiet eines anderen Landes verbleiben, wenn diese Berechtigten auf diesem Staatsgebiet beschäftigt sind und weiterhin dem Gesetz vom 27. Juni 1969 zur Revision des Gesetzerlasses vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer oder dem Gesetzerlaß vom 10. Januar 1945 über die soziale Sicherheit der Bergarbeiter und der ihnen gleichgestellten Personen unterliegen,

5. für Begünstigte, die an Tuberkulose erkrankt sind und für die der Vertrauensarzt eine Sanatoriumskur im Ausland in einer vom Dienst für Gesundheitspflege zugelassenen Einrichtung als notwendig anerkennt,

6. für Begünstigte, die außerhalb des nationalen Staatsgebietes einen ausländischen Arzt oder eine ausländische Hebamme, die befugt sind, ihren Beruf in Belgien auszuüben, in Anspruch nehmen,

7. für Begünstigte, die ihren Hauptwohntort in einem Grenzgebiet haben und die sich in einer Pflegeanstalt behandeln lassen, die sich außerhalb des nationalen Staatsgebietes im Umkreis von höchstens 25 Kilometern von ihrem Hauptwohntort befindet, insofern es in Belgien keine ähnliche, näher gelegene Anstalt gibt,

8. für Begünstigte, deren Rehabilitation oder Umschulung im Ausland erfolgt,

9. a) für Begünstigte, die sich im Großherzogtum Luxemburg behandeln lassen, wenn sie ihren Hauptwohntort im Kanton Arlon oder Messancy, im Verwaltungsbezirk Virton oder Bastogne oder in den Gemeinden Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Witry oder Anlier haben,

b) für Begünstigte, die sich in Frankreich in einem Umkreis von 50 Kilometern von ihrem Hauptwohntort behandeln lassen, wenn sich dieser im Kanton Bouillon, Chimay, Couvin, Florenville, Gedinne oder Virton befindet.

Diese Abweichung bezieht sich für Gesundheitsleistungen jedoch nur auf:

- Fachmedizin,
- Geburtshilfe (Obstetrik),
- Krankenhausaufenthalt,
- Zahnpflege,
- pharmazeutische Lieferungen, die bei den vorerwähnten Pflegeleistungen verschrieben werden,

10. für Begünstigte, die bei einem Unfall auf dem nationalen Staatsgebiet verletzt werden, deren Zustand dringende Pflegeleistungen erfordert und die in eine im Ausland gelegene Pflegeanstalt gebracht werden, die näher gelegen oder leichter zu erreichen ist als eine ähnliche Pflegeanstalt in Belgien.

Dasselbe gilt für Begünstigte, die sich plötzlich in einer Lage befinden, die dringende Pflegeleistungen in einer Pflegeanstalt erfordert.

11. Diese Bestimmung gilt ebenfalls für Berechtigte und für Personen zu ihren Lasten, die in Artikel 1 des Königlichen Erlasses vom 23. Dezember 1993 zur Ausdehnung des Anwendungsbereichs der Gesundheitspflegepflichtversicherung auf bestimmte Mitglieder des ehemaligen Personals des öffentlichen Sektors in Afrika erwähnt sind, wenn sie auf dem Staatsgebiet eines Landes wohnen, mit dem Belgien nicht durch eine internationale Urkunde im Bereich der sozialen Sicherheit in bezug auf die Gesundheitspflege gebunden ist.

§ 2 - Die Erstattung der Gesundheitsleistungen hängt von der Bedingung ab, daß sie entweder von einer Person erbracht wurden, die gesetzlich ermächtigt ist, die Heilkunst in dem Land auszuüben, in dem die Gesundheitsleistungen erbracht worden sind, oder daß sie in einer Pflegeanstalt erbracht wurden, die ausreichende medizinische Garantien bietet oder von den Behörden des Landes, in dem sie sich befindet, zugelassen ist. Die in den Nummern 1, 2 und 5 erwähnte Erlaubnis wird den Betreffenden unmittelbar vom Vertrauensarzt notifiziert, der der in Artikel 254 Absatz 1 erwähnten Akte eine Abschrift der Notifizierung beifügt. Betreffen sie Berechtigte, wird eine Abschrift der Notifizierung an das Provinzialbüro des Dienstes für medizinische Kontrolle gesandt.

Leistungen der klinischen Biologie, die bei einem in § 1 Nr. 2 und 3 erwähnten Krankenhausaufenthalt erbracht werden, werden nach den Tarifen, die für nicht in einem Krankenhaus aufgenommene Patienten gültig sind, gemäß dem Königlichen Erlaß vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erstattet.

§ 3 - In Anwendung von Artikel 136 § 1 des koordinierten Gesetzes werden Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen bewilligt, wenn die Berechtigten sich außerhalb des belgischen Staatsgebietes befinden, insofern sie sich in einer der in § 1 erwähnten Lagen befinden und die anderen Bedingungen für die Bewilligung von Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen erfüllen, insbesondere diejenigen, die in Artikel 100 des koordinierten Gesetzes erwähnt sind.

§ 4 - Das in Artikel 110 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Bestattungsgeld wird geschuldet, selbst wenn die Berechtigten außerhalb Belgiens sterben.

Abschnitt VII — Bewilligung von Leistungen bei Schaden, der durch andere Rechtsvorschriften gedeckt ist

Art. 295 - § 1 - Die in Artikel 136 § 2 des koordinierten Gesetzes erwähnte Bewilligung von Leistungen unterliegt der Bedingung, daß diejenigen, die für sich selbst oder für Personen zu ihren Lasten Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen, ihrem Versicherungsträger ermöglichen, das in diesem Artikel erwähnte Recht auszuüben, und ihm:

1. mitteilen, ob der Schaden, für den der Antrag gestellt wird, durch das allgemeine Recht oder durch andere belgische oder ausländische Rechtsvorschriften gedeckt werden kann,
2. alle Angaben oder Umstände mitteilen, durch die festgestellt werden kann, ob der Schaden aufgrund des allgemeinen Rechts oder anderer Rechtsvorschriften ersetzt werden muß, einschließlich gerichtlicher Untersuchungen oder Handlungen, die in Zusammenhang mit dem Schaden gegen sie oder Personen zu ihren Lasten gerichtet sind,
3. jede Klage und jedes andere Verfahren mitteilen, die im Hinblick auf den Erhalt von Schadenersatz für sich selbst oder für Personen zu ihren Lasten aufgrund des allgemeinen Rechts oder anderer Rechtsvorschriften eingeleitet wurden.

§ 2 - Die in § 1 Nr. 1 erwähnte Mitteilung kann anhand der in Artikel 88 des koordinierten Gesetzes erwähnten Unterlage erfolgen, wenn der Antrag auf Leistungen sich insbesondere auf die Bewilligung von Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen bezieht.

Die in § 1 Nr. 2 erwähnte Mitteilung kann anhand eines Formulars erfolgen, das der Versicherungsträger den Berechtigten aushändigt, sowie er von ihnen die in § 1 Nr. 1 erwähnte Mitteilung erhalten hat.

Das Muster dieses Formulars wird vom Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle festgelegt.

§ 3 - Die Bestimmungen der Paragraphen 1 und 2 sind auf Begünstigte des Bestattungsgelds anwendbar.

TITEL V — Kontrolle und Streitsachen

KAPITEL I — Medizinische Kontrolle

Abschnitt I — Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle

Art. 296 - Im Einberufungsschreiben zu den Versammlungen des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Art. 297 - Die in Artikel 141 § 1 Absatz 1 Nr. 13 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berichte werden pro Quartal vom Ausschuß erstellt. Sie werden gemäß Artikel 141 § 1 Absatz 1 Nr. 14 des koordinierten Gesetzes zusammen mit den in diesem Buchstaben [*sic, zu lesen ist: in dieser Nummer*] erwähnten Anregungen im Quartal nach dem Quartal, im Laufe dessen die Feststellungen gemacht worden sind, übermittelt.

Der Ausschuß kann jedoch jederzeit ausführliche Sonderberichte erstellen, wenn gemachte Feststellungen seiner Meinung nach unverzüglich dem Minister, dem Allgemeinen Ausschuß, dem Allgemeinen Rat der Gesundheitspflegeversicherung oder dem Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen zur Kenntnis gebracht werden müssen.

Art. 298 - Die Mitglieder des Ausschusses werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Das Mandat läuft alle drei Jahre für die Hälfte der Mitglieder jeder vertretenen Gruppe aus.

Die Mandate der Mitglieder wurden jedoch zum ersten Mal am 1. Januar 1967 erneuert, wobei die ausscheidenden Mitglieder durch das Los bestimmt wurden.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Ausschuß ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds seiner Gruppe.

Art. 299 - Wird der Ausschuß auf Ersuchen des Ministers einberufen, erfolgt die Versammlung binnen acht Tagen nach dem Ersuchen.

Abschnitt II — Streitfälle zwischen Vertrauensärzten und Ärzte-Inspektoren

Art. 300 - § 1 - Die in Artikel 152 des koordinierten Gesetzes erwähnten Streitfälle werden in erster Instanz dem dienstleitenden Arzt-Hauptinspektor der Provinz oder des zweisprachigen Gebiets Brüssel-Hauptstadt vorgelegt, in der beziehungsweise in dem der Vertrauensarzt seinen Amtssitz hat.

Der dienstleitende Arzt-Hauptinspektor wird mit dem Streitfall durch einen mit Gründen versehenen und unterzeichneten Antrag befaßt, der ihm spätestens achtundvierzig Stunden nach Notifizierung des Beschlusses an den diesen Beschluß beanstandenden Antragsteller per Einschreiben zugesandt wird.

§ 2 - Der dienstleitende Arzt-Hauptinspektor sucht die Parteien unmittelbar um Vorlage der Unterlagen über die Streitsache nach.

Sein Beschluß wird mit Gründen versehen; er faßt ihn binnen fünf Tagen nach Empfang des in § 1 erwähnten Antrags und notifiziert ihn den Parteien binnen den fünf darauffolgenden Tagen per Einschreiben.

Art. 301 - § 1 - Die in Artikel 152 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Berufung gegen Beschlüsse des dienstleitenden Arzt-Hauptinspektors wird durch eine mit Gründen versehene und unterzeichnete Schrift eingeleitet, die spätestens am dritten Tag nach der in Artikel 300 § 2 erwähnten Notifizierung dem Präsidenten des Ausschusses des Dienstes für medizinische Kontrolle per Einschreiben zugesandt wird.

Die Berufung hat aufschiebende Wirkung.

§ 2 - Bei Empfang der in § 1 erwähnten Berufungsschrift wird für die Parteien ein Tag festgelegt, um alle neuen Informationen vorzulegen und vor dem Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle zu erscheinen.

Diese Mitteilung an die Parteien erfolgt per Einschreiben.

Der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle befindet binnen fünfzehn Tagen nach Empfang der Berufungsschrift.

Sein Beschluß wird mit Gründen versehen; er wird den Parteien binnen zwanzig Tagen nach Empfang der Berufungsschrift per Einschreiben notifiziert.

Art. 302 - Müssen der dienstleitende Arzt-Hauptinspektor oder der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle eine ergänzende Untersuchung anordnen, werden die ihnen aufgrund der Artikel 300 und 301 bewilligten Fristen, um ihre Beschlüsse zu fassen und zu notifizieren, um sechs Tage verlängert.

Art. 303 - Der Tag, an dem eine Frist beginnt, wird nicht mitgerechnet; der Tag, an dem eine Frist ausläuft, ist einbegriffen.

Ist der letzte Tag der Frist ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, wird diese Frist bis zum nächsten Werktag verlängert.

Abschnitt III — Berufungskommissionen

Art. 304 - Beim Dienst für medizinische Kontrolle werden zwei Kommissionen eingesetzt, die beauftragt sind, über Berufungen zu befinden, die eingelegt werden von:

1. Vertrauensärzten und in Artikel 146 des koordinierten Gesetzes erwähnten Ärzte-Inspektoren und Apotheker-Inspektoren gegen sie betreffende Beschlüsse, die der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle aufgrund von Artikel 155 des koordinierten Gesetzes faßt,

2. Personen und Einrichtungen, die von Beschlüssen betroffen sind, die der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle aufgrund von Artikel 156 des koordinierten Gesetzes faßt und durch die die Beteiligung an den Kosten von Gesundheitsleistungen, an deren Erbringung sie mitwirken, verboten wird.

Art. 305 - Die in Artikel 304 erwähnten Kommissionen tagen in Brüssel. Eine dieser Kommissionen ist französischsprachig; sie erkennt in Sachen, die in Französisch behandelt werden müssen, und in Sachen, die in Deutsch eingereicht werden. Die andere Kommission ist niederländischsprachig; sie erkennt in Sachen, die in Niederländisch behandelt werden müssen.

Art. 306 - § 1 - Jede Kommission setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten und einem stellvertretenden Präsidenten, die Magistrate bei einem Appellationshof oder Arbeitsgerichtshof oder Mitglieder der Generalstaatsanwaltschaft bei einem Appellationshof oder eines Generalauditors bei einem Arbeitsgerichtshof sind,

2. zwei ordentlichen Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern, die Magistrate bei einem Appellationshof oder Arbeitsgerichtshof oder Mitglieder der Generalstaatsanwaltschaft bei einem Appellationshof oder eines Generalauditors bei einem Arbeitsgerichtshof sind,

3. drei ordentlichen Mitgliedern und drei 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,

4. drei ordentlichen Mitgliedern und drei 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,

5. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die Fachkräfte der Zahnheilkunde sind und unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Organisationen der Fachkräfte der Zahnheilkunde vorgeschlagen werden,

6. drei ordentlichen Mitgliedern und drei 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. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Pflegeanstalten vorgeschlagen werden,

8. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Hebammen vorgeschlagen werden,

9. drei ordentlichen Mitgliedern und drei 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. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Heilgymnasten vorgeschlagen werden,

11. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Bandagisten vorgeschlagen werden,

12. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Orthopäden vorgeschlagen werden,

13. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Gehörprothesenhersteller vorgeschlagen werden,

14. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Optiker vorgeschlagen werden,

15. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Logopäden vorgeschlagen werden,

16. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Orthoptisten vorgeschlagen werden,

17. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Lieferanten von Implantaten vorgeschlagen werden,

18. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Lizentiaten der Wissenschaften, die von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister ermächtigt sind, im Sinne des koordinierten Gesetzes Leistungen zu erbringen, vorgeschlagen werden,

19. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Rehabilitationszentren vorgeschlagen werden,

20. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Pflegebringer, die ermächtigt sind, die in Artikel 34 Nr. 11 des koordinierten Gesetzes erwähnten Leistungen zu erbringen, vorgeschlagen werden,

21. drei ordentlichen Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Vereinigungen der Pflegebringer, die ermächtigt sind, die in Artikel 34 Nr. 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Leistungen zu erbringen, vorgeschlagen werden.

Die in Absatz 1 Nr. 3 bis 21 erwähnten Mitglieder tagen nur in den nachstehend erwähnten Angelegenheiten und gemäß den nachstehend gemachten Unterscheidungen:

1. Die in Absatz 1 Nr. 4 erwähnten Mitglieder tagen in den in Artikel 304 Nr. 1 erwähnten Angelegenheiten; hat ein Vertrauensarzt Berufung eingelegt, tagen darüber hinaus die in Absatz 1 Nr. 3 erwähnten Mitglieder.

2. Die in Absatz 1 Nr. 4 bis 21 erwähnten Mitglieder tagen in den in Artikel 304 Nr. 2 erwähnten Angelegenheiten, je nachdem ob die Berufung von einem Arzt, einer Fachkraft der Zahnheilkunde, einem Apotheker, einer Pflegeanstalt, einer Hebamme, einer Fachkraft für Krankenpflege, einem Heilgymnasten, einem Bandagisten, einem Orthopäden, einem Gehörprothesenhersteller, einem Optiker, einem Logopäden, einem Orthoptisten, einem Lieferer von Implantaten, einem von dem für die Volksgesundheit zuständigen Minister ermächtigten Lizentiaten der Wissenschaften, einem Rehabilitationszentrum beziehungsweise einem Pflegebringer, der ermächtigt ist, die in Artikel 34 Nr. 11 und 12 des koordinierten Gesetzes erwähnten Leistungen zu erbringen, eingelegt worden ist. Für diese Angelegenheiten tagen darüber hinaus die in Absatz 1 Nr. 3 erwähnten Mitglieder.

§ 2 - Das Mandat der Präsidenten und Mitglieder hat eine Dauer von sechs Jahren; es ist erneuerbar. Die Mandate der Präsidenten und Mitglieder dieser Kommissionen wurden jedoch zum erstenmal am 1. Januar 1970 erneuert.

Präsidenten und Mitglieder, die zur Ersetzung von verstorbenen oder ausscheidenden Mitgliedern ernannt werden, beenden die Mandate derjenigen, die sie ersetzen.

Die Altersgrenze für Präsidenten und Mitglieder ist diejenige, die durch den Königlichen Erlaß vom 14. Oktober 1937 zur Festlegung einer Altersgrenze für alle Personen, die durch einen Königlichen oder Ministeriellen Erlaß in Einrichtungen, Organisationen oder Aktiengesellschaften des Mutterlandes oder der Kolonie ernannt sind, die durch ein Gesetz oder durch einen Königlichen Erlaß eingesetzt beziehungsweise gegründet worden sind und in denen der Staat oder die Kolonie aufgrund eines Gesetzes, eines Königlichen Erlasses, einer Konzession, einer Vereinbarung oder einer Satzung vertreten ist, festgelegt ist.

§ 3 - Die beiden in Artikel 304 vorgesehenen Kommissionen erstellen eine gemeinsame Geschäftsordnung.

§ 4 - Der leitende Beamte des Dienstes für medizinische Kontrolle bestimmt unter dem Personal dieses Dienstes bei jeder Kommission einen Sekretär und einen stellvertretenden Sekretär.

Art. 307 - § 1 - Die Berufung vor einer aufgrund von Artikel 304 eingesetzten Kommission erfolgt durch eine mit Gründen versehene und unterzeichnete Schrift, die der Kommission binnen fünfzehn Tagen nach Notifizierung des angefochtenen Beschlusses per Einschreiben übermittelt wird.

Die Berufung hat aufschiebende Wirkung.

§ 2 - Sobald der Sekretär die Berufungsschrift erhalten hat, setzt er die geladene Partei davon in Kenntnis und fordert ihre Akte an.

Der Präsident der Kommission übermittelt diese Akte einem Inspektor oder Kontrolleur, der Beamter oder Bediensteter beim Dienst für medizinische Kontrolle ist und den er bestimmt, um der Kommission Bericht zu erstatten: Wenn die Berufungskommissionen über eine Berufung befinden müssen, die von einem Arzt-Inspektor, Arzt-Hauptinspektor, dienstleitenden Arzt-Hauptinspektor oder Arzt-Generalinspektor eingelegt worden ist, bestimmt der Präsident jeweils einen Arzt-Hauptinspektor, dienstleitenden Arzt-Hauptinspektor, Arzt-Generalinspektor oder den Arzt, der leitender Beamter des Dienstes ist. Der somit bestimmte Arzt erklärt sich für befähigt, wenn er bereits mit der betreffenden Angelegenheit zu tun gehabt hat.

§ 3 - Die Parteien dürfen sich bei allen Verfahrenshandlungen und bei der Sitzung von einem Anwalt oder von jeder anderen Person ihrer Wahl beistehen und vertreten lassen.

§ 4 - Der Sekretär lädt die Parteien mindestens zehn Tage vor dem Datum der Sitzung vor; diese Vorladung erfolgt per Einschreiben.

Binnen fünf Tagen vor der Sitzung können die Parteien die Akte einsehen und der Kommission einen Schriftsatz zusenden.

§ 5 - Die Kommission tagt rechtsgültig, wenn folgende Personen anwesend sind:

1. ein ordentlicher oder stellvertretender Präsident oder, wenn beide verhindert sind, ein ordentliches Mitglied oder ein Ersatzmitglied, das Magistrat ist, in Artikel 306 § 1 Absatz 1 Nr. 2 erwähnt ist und den Vorsitz führt,
2. zwei ordentliche Mitglieder oder Ersatzmitglieder, die Magistrate sind und die in Artikel 306 § 1 Absatz 1 Nr. 2 erwähnt sind,
3. mindestens eines der ordentlichen Mitglieder oder der Ersatzmitglieder, die in Artikel 306 § 1 Absatz 1 Nr. 3 bis 21 erwähnt sind und gemäß den in Artikel 306 § 1 Absatz 2 gemachten Unterscheidungen tagen dürfen,
4. ein ordentlicher oder stellvertretender Sekretär.

Art. 308 - § 1 - Die Verhandlungen vor der Kommission sind öffentlich, es sei denn, daß diese Öffentlichkeit die Ordnung oder die Sittlichkeit gefährdet. In diesem Fall erklärt die Kommission dies durch einen Beschluß.

Die Kommission hört die Darstellung der Sache seitens des bestimmten Berichterstatters an. Anschließend hört sie die Parteien an und nimmt alle Mitteilungen und Schriftstücke entgegen, die die Parteien zum Beweis ihrer Behauptungen einbringen wollen.

Die Kommission kann das persönliche Erscheinen desjenigen, der Berufung eingelegt hat, oder jeder anderen Person anordnen, wenn sie dies im Hinblick auf ihre Informierung für zweckmäßig erachtet; sie kann ebenfalls eine zusätzliche Untersuchung anordnen. In letzterem Fall bestimmt die Kommission die Person oder den Dienst, die/der mit dieser Untersuchung beauftragt wird, den Untersuchungsauftrag und die Frist, um sie durchzuführen.

Der Bericht über die von der Kommission angeordnete zusätzliche Untersuchung wird in drei Ausfertigungen erstellt, die der Kommission und den Parteien gleichzeitig übermittelt werden.

§ 2 - Die Verhandlungen werden vom Präsidenten der Kommission für geschlossen erklärt. Die Kommission berät unter Ausschluß der Öffentlichkeit; die Beratungen werden geheimgehalten.

Art. 309 - § 1 - Beschlüsse der Kommission werden mit Mehrheit der Stimmen des Präsidenten und der in Artikel 306 § 1 Nr. 2 erwähnten Mitglieder gefaßt; Enthaltungen sind nicht erlaubt.

§ 2 - Zur Vermeidung der Nichtigkeit wird jeder Beschluß mit Gründen versehen und in öffentlicher Sitzung verkündet; er wird vom Präsidenten und vom Sekretär unterzeichnet.

Für die Verkündung des Beschlusses genügt die Anwesenheit des Präsidenten und des Sekretärs.

§ 3 - Binnen sieben Tagen nach Verkündung des Beschlusses übermittelt der Sekretär per Einschreiben eine von ihm für gleichlautend erklärte Abschrift an:

1. die Parteien,
2. den Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle, selbst wenn dieser nicht Partei ist.

§ 4 - Wenn in den in Artikel 155 letzter Absatz des koordinierten Gesetzes erwähnten Fällen eine Kommission eine Stellungnahme über die Erneuerung einer vorbeugenden einstweiligen Amtsenthebung eines in Artikel 146 des koordinierten Gesetzes erwähnten Arzt-Inspektors oder Apotheker-Inspektors abgibt, übermittelt der Sekretär dieser Kommission dem Minister binnen sieben Tagen per Einschreiben eine von ihm für gleichlautend erklärte Abschrift dieser Stellungnahme.

Art. 310 - Die Kommission befindet über jede Berufung binnen sechs Wochen nach Einlegung der Berufung.

Ordnet die Kommission ein Erscheinen in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 308 § 1 an, legt sie die Wiederaufnahme der Sache im Monat nach Verkündung dieses Beschlusses fest.

Ordnet die Kommission eine zusätzliche Untersuchung in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 308 § 1 an, wird der Beschluß, den sie aufgrund des anlässlich dieser Untersuchung erstellten Berichts faßt, im Monat nach Hinterlegung dieses Berichts verkündet.

Abschnitt IV — Bekanntmachung der Beschlüsse zum Verbot der Beteiligung der Versicherung

Art. 311 - Sind Beschlüsse zum Verbot der Beteiligung der Versicherung an den Kosten der Gesundheitsleistungen, die aufgrund von Artikel 156 des koordinierten Gesetzes gefaßt werden, definitiv geworden, ist der Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle verpflichtet, dem Dienst für Gesundheitspflege und dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle den Inhalt dieser Beschlüsse binnen drei Werktagen mitzuteilen.

Binnen drei Werktagen setzt der Dienst für Gesundheitspflege die Versicherungsträger davon in Kenntnis, und diese informieren die Begünstigten der Versicherung unter den in Artikel 160 vorgesehenen Bedingungen.

KAPITEL II — *Verwaltungstechnische Kontrolle**Abschnitt I — Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle*

Art. 312 - Der Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle setzt sich zusammen aus:

1. einem Präsidenten, der Magistrat ist,
2. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitgeberorganisationen vorgeschlagen werden,
3. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vorgeschlagen werden,
4. sechs ordentlichen Mitgliedern und sechs Ersatzmitgliedern, die unter den Kandidaten ausgewählt werden, die in doppelter Zahl der zu vergebenden Mandate von den Versicherungsträgern vorgeschlagen werden. Jeder Versicherungsträger hat Anrecht auf ein Mandat eines ordentlichen Mitglieds und ein Mandat eines Ersatzmitglieds.

Der Präsident und die in den Nummern 2 und 3 erwähnten Mitglieder dürfen weder an der Verwaltung eines Versicherungsträgers beteiligt sein, noch im Dienste eines Versicherungsträgers stehen.

Die Mitglieder des Ausschusses werden für eine Amtszeit von sechs Jahren ernannt. Das Mandat läuft alle drei Jahre für die Hälfte der Mitglieder jeder vertretenen Gruppe aus.

Die Mandate der Mitglieder wurden jedoch zum erstenmal am 1. Januar 1967 erneuert, wobei die ausscheidenden Mitglieder durch das Los bestimmt wurden.

Das Mandat der ausscheidenden Mitglieder ist erneuerbar.

Jedes Mitglied, das vor dem regulären Datum des Ablaufs seines Mandats aus dem Ausschuß ausscheidet, wird binnen drei Monaten ersetzt. Das zu diesem Zweck bestimmte neue Mitglied beendet das Mandat des Mitglieds, das es ersetzt.

Ein Ersatzmitglied tagt nur bei Abwesenheit eines ordentlichen Mitglieds seiner Gruppe.

Art. 313 - Der Ausschuß tagt rechtsgültig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.

Art. 314 - Der Präsident und die Mitglieder sind stimmberechtigt.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt, wobei Enthaltungen nicht berücksichtigt werden. Bei Stimmgleichheit ist die Stimme des Präsidenten ausschlaggebend.

Art. 315 - Der Ausschuß wird von seinem Präsidenten auf dessen Initiative, auf Ersuchen des Ministers oder auf schriftlichen, den Gegenstand der Versammlung angehenden Antrag von mindestens drei Mitgliedern einberufen; im Einberufungsschreiben wird in jedem Fall der Gegenstand der Versammlung vermerkt.

Wird der Ausschuß auf Ersuchen des Ministers einberufen, findet die Versammlung binnen acht Tagen nach dem Ersuchen statt.

Art. 316 - Die in Artikel 161 Absatz 1 Nr. 3 des koordinierten Gesetzes erwähnten Berichte werden pro Quartal vom Ausschuß erstellt. Sie werden gemäß Artikel 161 Absatz 1 Nr. 4 des koordinierten Gesetzes zusammen mit den in diesem Buchstaben *[sic, zu lesen ist: in dieser Nummer]* erwähnten Vorschlägen im Quartal nach dem Quartal, im Laufe dessen die Feststellungen notifiziert worden sind, übermittelt.

Der Ausschuß kann jedoch jederzeit ausführliche Sonderberichte erstellen, wenn gemachte Feststellungen seiner Meinung nach unverzüglich dem Minister, dem Allgemeinen Rat oder dem Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen zur Kenntnis gebracht werden müssen.

Abschnitt II — Auf Versicherungsträger und Tariffestsetzungsämter anwendbare Strafen

Art. 317 - Die Inspektoren des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle sind befugt, Verstöße festzustellen, die mit den in Artikel 166 des koordinierten Gesetzes erwähnten Strafen geahndet werden.

Diese Feststellungen haben Beweiskraft bis zum Beweis des Gegenteils.

Art. 318 - Zu Lasten des Versicherungsträgers wird eine Strafe angewandt:

1. von 5.000 Franken, wenn er versäumt, eine der Verpflichtungen zu erfüllen, die ihm durch die Artikel 150 und 163 Absatz 1 des koordinierten Gesetzes auferlegt sind,
2. von 1.000 Franken pro Krankenkasse oder regionales Amt, deren/dessen Verwaltungsunterlagen und Ausgaben- und Einnahmebelege eines bestimmten Monats vor Ende des darauffolgenden Monats nicht vollständig zusammengetragen worden sind gemäß Artikel 163 Absatz 3 des koordinierten Gesetzes,
3. von 1.000 Franken pro Krankenkasse oder regionales Amt für jeden zusätzlichen Monat Verspätung beim Zusammentragen der in Nr. 2 erwähnten Unterlagen und Belege,
4. von 1.000 Franken pro Beleg oder Unterlage, der/die in der vom Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle festgelegten Liste erwähnt ist und nicht in den vorgeschriebenen Formen, innerhalb der vorgeschriebenen Fristen und unter den vorgeschriebenen Bedingungen erstellt, aufbewahrt, vorgelegt, zusammengetragen oder übermittelt worden ist,

5. von 2.000 Franken für jeden Monat Verspätung bei Erstellung, Übermittlung oder Zusammentragen der in Nr. 4 erwähnten Unterlagen oder Belege. Im Fall einer Verspätung bei Übermittlung von Beitragsbelegen wird die Sanktion jedoch nur für jedes Quartal Verspätung angewandt,

6. a) von 2.500 Franken, wenn der Versicherungsträger weder in der vorgeschriebenen Frist die in Artikel 164 Absatz 6 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Klage eingeleitet hat noch im Monat nach Verstreichen dieser Frist die Rückzahlung einer nicht geschuldeten Zahlung im Betrag von mindestens 400 Franken von demjenigen, der verpflichtet ist, sie aufgrund des vorerwähnten Artikels 164 zu leisten, per Einschreiben gefordert hat,

b) von 2.500 Franken, wenn der Versicherungsträger weder in der vorgeschriebenen Frist die in Artikel 164 Absatz 6 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Klage eingeleitet hat noch in den drei Monaten nach Verstreichen dieser Frist das zuständige Gericht mit dem Streitfall über die Anrechte befaßt hat, die er auf die Rückforderung der Leistungen im Betrag von mindestens 6.000 Franken, die er als unrechtmäßig bewilligt ansieht, erhebt.

Ist der Sachverhalt jedoch Gegenstand einer gerichtlichen Untersuchung oder einer Strafverfolgung, beginnt die vorerwähnte Frist von drei Monaten erst ab Einstellung der Strafverfolgung, Einstellungsbeschluß oder rechtskräftig gewordenem Freispruch. Erbringt der Versicherungsträger den Nachweis, daß ihm die vorerwähnten Beschlüsse nicht oder mit Verspätung mitgeteilt worden sind, obwohl er alle erforderlichen Schritte unternommen hat, um über das Verfahren informiert zu werden, beginnt die vorerwähnte Frist erst an dem Tag, an dem er tatsächlich von den Beschlüssen Kenntnis erhalten hat. Der Nachweis des Bestehens einer gerichtlichen Untersuchung oder einer Strafverfolgung muß dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle binnen fünf Monaten nach der Notifizierung mitgeteilt werden,

c) von 5.000 Franken, wenn der Versicherungsträger die in Artikel 164 Absatz 6 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Klage eingeleitet hat, zu gegebener Zeit die in Artikel 174 Nr. 5 oder 6 des koordinierten Gesetzes erwähnte Verjährung aber nicht unterbrochen oder die Unterbrechung nicht erneuert hat, außer wenn der Schuldner den unrechtmäßig erhaltenen Betrag innerhalb der in Nr. 9 Buchstabe b) erwähnten Fristen vollständig zurückgezahlt hat.

Die in den Buchstaben a) und b) erwähnten Strafen werden nicht angewandt, wenn in den fünf Monaten, nachdem der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle die Feststellung der unrechtmäßigen Zahlung notifiziert hat, dem Versicherungsträger die unrechtmäßig gezahlten Beträge vollständig zurückgezahlt worden sind oder der Versicherungsträger von demjenigen, der zur Rückzahlung verpflichtet ist, eine datierte und unterzeichnete Erklärung erhalten hat, in der dieser seine Schuld dem Versicherungsträger gegenüber anerkennt,

7. a) von 2.000 Franken, wenn der Versicherungsträger weder in der vorgeschriebenen Frist die in Artikel 164 Absatz 6 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Klage eingeleitet hat noch bei Ablauf dieser Frist den Betrag der unrechtmäßigen Zahlung auf das in Artikel 164 Absatz 4 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Sonderkonto gebucht hat,

b) von 2.000 Franken, wenn der Versicherungsträger den Betrag einer von ihm selbst festgestellten unrechtmäßigen Zahlung vor Ende des Quartals nach dem Quartal, im Laufe dessen er die Feststellung gemacht hat, nicht auf das vorerwähnte Sonderkonto gebucht hat,

8. von 1.000 Franken, wenn der Versicherungsträger ohne rechtmäßigen Grund binnen drei Monaten nach der vom Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle vorgenommenen Notifizierung einem Begünstigten den Betrag einer geschuldeten Leistung oder eines aufgrund von Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen unrechtmäßig gezahlten Beitrags nicht gezahlt beziehungsweise erstattet hat,

9. a) von 5.000 Franken, wenn der Versicherungsträger nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren, die am Datum der vom Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle vorgenommenen Notifizierung der Feststellung einer unrechtmäßigen Zahlung von mindestens 6.000 Franken beginnt, weder die in Artikel 164 Absatz 6 des koordinierten Gesetzes erwähnte Klage eingelegt hat noch diesen Betrag unter Berücksichtigung der Bestimmungen von Artikel 174 des koordinierten Gesetzes zurückgefordert hat,

b) von 5.000 Franken, wenn der Versicherungsträger nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren, die an dem Tag beginnt, an dem eine gütliche Einigung getroffen wird oder ein Urteil oder Entscheid über die Rückzahlung einer unrechtmäßigen Zahlung von mindestens 6.000 Franken ausgesprochen wird, den Betrag der unrechtmäßigen Zahlung unter Berücksichtigung der Bestimmungen von Artikel 174 des koordinierten Gesetzes nicht zurückgefordert hat.

Werden gegen dieses Urteil oder diesen Entscheid jedoch Rechtsmittel eingelegt, beginnt eine neue Frist von zwei Jahren ab der Verkündung des Urteils oder Entscheids infolge der Einlegung dieses Rechtsmittels.

Wird die Rückzahlung einer unrechtmäßigen Zahlung aufgrund einer gütlichen Einigung oder aufgrund eines Urteils oder Entscheids jedoch über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren verteilt, ist die vorgesehene Sanktion erst bei Ablauf der somit bestimmten Frist anwendbar. Sind Entschädigungen betroffen, muß die vorerwähnte Einigung vom Dienst für Entschädigungen gebilligt worden sein.

Die Sanktion wird nicht angewandt, wenn sich der Versicherungsträger innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Ablauf der in den vorhergehenden Absätzen erwähnten Fristen beim Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle darauf beruft, daß die Nichtrückforderung auf einen Fall höherer Gewalt, der vom vorerwähnten Ausschuß als solcher anerkannt ist, zurückzuführen ist,

10. von 3.000 Franken pro Fall, wenn die Zahlung des ergänzenden Beitrags nicht innerhalb der in Artikel 288 erwähnten Frist gefordert wird oder wenn wiederholt festgestellt wird, daß der ergänzende Beitrag unzureichend ist,

11. von 1.000 Franken pro Unterlage, die von einem vom Dienst für medizinische Kontrolle zugelassenen Vertrauensarzt unterzeichnet werden muß, aber von einer anderen Person unterzeichnet oder mit einem Namensstempel versehen worden ist,

12. a) von 5.000 Franken, wenn der Versicherungsträger die in Artikel 323 erwähnte Mitteilung nicht innerhalb der festgelegten Frist macht,

b) von 5.000 Franken, wenn der Versicherungsträger die notwendigen Maßnahmen nicht ergreift, um von einem Pflegebringer, auf dessen Fehler oder dessen Betrug unrechtmäßige Zahlungen von mindestens 6.000 Franken zurückzuführen sind, vollständigen Schadenersatz oder vollständige Rückzahlung zu erhalten,

13. von 5.000 Franken, wenn der Versicherungsträger den Verpflichtungen, die ihm durch Artikel 324 auferlegt sind, nicht nachkommt.

Diese Strafe wird nicht angewandt, wenn die Höhe des Schadens weniger als 6.000 Franken beträgt,

14. a) von 5.000 Franken pro Fall, wenn der Versicherungsträger wiederholt Leistungen bewilligt oder unzureichende Beiträge eingenommen hat, obwohl die Bedingungen, um diese Leistungen oder den ermäßigten Beitrag zu bewilligen, nicht erfüllt waren,

b) von 5.000 Franken pro Fall, wenn der Versicherungsträger wiederholt Leistungen bewilligt hat, die den Betrag, der durch die Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen festgelegt ist, übersteigen in Fällen, in denen er in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 164 Absatz 5 des koordinierten Gesetzes von der Rückforderung der unrechtmäßig gezahlten Beträge befreit ist,

15. von 1.500 Franken pro Fall einer Mitgliedschaft oder Einschreibung in einer falschen Eigenschaft oder Regelung oder pro Bewilligung der erhöhten Beteiligung, ohne im Besitz der in den Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen vorgesehenen Belege zu sein oder obwohl Hinweise vorlagen, daß die Mitgliedschaft, die Einschreibung oder der vorerwähnte Anspruch nicht bewilligt oder beibehalten werden durfte,

16. a) von 5.000 Franken pro Beitrag, den ein Begünstigter gezahlt hat und der nicht gebucht worden ist,

b) von 5.000 Franken pro Beitrag, den ein Begünstigter gezahlt hat und der nicht in den vorgesehenen Fristen in die Unterlagen eingetragen worden ist, die in den Artikeln 332, 333, 334 und 343 vorgesehen sind,

17. von 5.000 Franken, wenn der Pflichtversicherung eine Leistung angerechnet wird, die zu Lasten eines bezuschußten oder nicht bezuschußten Dienstes, der im Rahmen der freiwilligen Versicherung organisiert wird, hätte gehen müssen,

18. von 5.000 Franken pro Verstoß gegen die Bestimmungen von Artikel 327 und pro Sanktion, die nicht in der in Artikel 342 erwähnten zusammenfassenden Aufstellung eingetragen worden ist,

19. von 5.000 Franken im Fall einer unrechtmäßigen Zahlung, die auf einen Fehler, einen Irrtum oder eine Nachlässigkeit des Versicherungsträgers bei Benutzung eines Systems der elektronischen Datenverarbeitung zurückzuführen ist.

Bei erneutem Verstoß innerhalb einer Frist von zwei Jahren ab dem Datum der Verhängung einer Sanktion aufgrund des vorhergehenden Absatzes wird eine Geldstrafe von 5.000 Franken pro unrechtmäßige Zahlung angewandt,

20. von 5.000 Franken pro Betrag, der zu Unrecht in die Listen eingetragen wird, die in Anwendung des Königlichen Erlasses vom 7. Oktober 1993 zur Festlegung des Prozentsatzes, um den die Verwaltungskosten der Versicherungsträger bei Rückforderung unrechtmäßig gezahlter Beträge erhöht werden, erstellt werden.

Art. 319 - Zu Lasten der Tariffestsetzungsämter wird eine Strafe angewandt:

1. von 5.000 Franken pro Arzneimittelverschreibung, die nicht mit dem durch die Vorschriften festgelegten Muster übereinstimmt oder auf der die erforderlichen Vermerke nicht aufgeführt sind und die Gegenstand einer Tarifierung gewesen ist,

2. von 1.000 Franken pro Leistung, deren Tarifierung nicht gemäß den Anweisungen des Offiziellen pharmazeutischen Tarifs oder den gültigen Honorartabellen, Tarifen, Verordnungen und nationalen Vereinbarungen zwischen Apothekern und Versicherungsträgern erfolgt ist,

3. von 1.000 Franken pro Fakturierungsunterlage, die nicht in der festgelegten Form, in der festgelegten Frist und unter den festgelegten Bedingungen erstellt oder den Versicherungsträgern übermittelt worden ist. Diese Geldstrafe wird für jeden Monat Verspätung bei Erstellung oder Übermittlung der Fakturierungsunterlage um 2.000 Franken erhöht,

4. von 2.500 Franken, wenn das Tariffestsetzungsamt einem Versicherungsträger, der einen diesbezüglichen Antrag gemäß den Vorschriften gestellt hat, Arzneimittelverschreibungen nicht zwecks Überprüfung zur Verfügung stellt,

5. von 1.000 Franken pro Arzneimittelverschreibung, die nicht in der festgelegten Form, während der festgelegten Frist und unter den festgelegten Bedingungen aufbewahrt oder annulliert worden ist,

6. von 5.000 Franken, wenn das Tariffestsetzungsamt einer der Verpflichtungen, die ihm aufgrund der Artikel 150 und 163 des koordinierten Gesetzes auferlegt sind, nicht nachkommt,

7. von 5.000 Franken, wenn das Tariffestsetzungsamt dem Institut Auskünfte in bezug auf Mißstände oder Unregelmäßigkeiten, die es selber festgestellt hat, nicht mitteilt.

Art. 320 - Der Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle kann Strafen zu Lasten der Versicherungsträger oder Tariffestsetzungsämter nur verhängen, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder, die in Artikel 312 Nr. 4 erwähnten Mitglieder ausgenommen, anwesend ist.

Seine Beschlüsse in dieser Angelegenheit werden mit Gründen versehen. Sie werden mit der Mehrheit der Stimmen der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder gefaßt; Enthaltungen sind nicht gestattet. Bei Stimmengleichheit wird die Strafe nicht verhängt.

Beschlüsse zur Verhängung von Strafen zu Lasten der Versicherungsträger oder Tariffestsetzungsämter werden ihnen binnen dreißig Tagen nach Verhängung vom leitenden Beamten des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle notifiziert; diese Notifizierung erfolgt per Einschreiben.

Die administrative Geldstrafe muß innerhalb dreißig Tagen nach Notifizierung des Beschlusses gezahlt werden.

Art. 321 - § 1 - Bei Zusammentreffen mehrerer der in Artikel 318 oder in Artikel 319 erwähnten Verstöße werden die durch diese Bestimmungen vorgesehenen Strafen zusammengerechnet.

Besteht eine Tat aus mehreren Verstößen, wird nur die schwerste Strafe angewandt.

§ 2 - Ist während der beiden vorhergehenden Jahre keine Strafe wegen ähnlicher Verstöße verhängt worden, kann der Ausschuß beschließen, daß die Vollstreckung der Strafe während eines Zeitraums von zwei Jahren ab dem Datum der Verhängung aufgeschoben wird.

Wird innerhalb dieser Frist kein neuer Verstoß derselben Krankenkasse zu Lasten des Versicherungsträgers festgestellt, wird die Strafe nicht angewandt; dies gilt ebenfalls für das Tariffestsetzungsamt, zu dessen Lasten innerhalb dieser Frist kein neuer Verstoß festgestellt wird. Andernfalls werden die verschiedenen Strafen zusammengerechnet.

Abschnitt III — Rückforderung unrechtmäßig gezahlter Leistungen

Art. 322 - Im Hinblick auf die Anwendung von Artikel 164 des koordinierten Gesetzes teilt das Institut den Versicherungsträgern binnen fünfzehn Tagen mit, daß es bei Gericht Klage eingereicht hat oder dem Prokurator des Königs eine Akte über einen Fehler oder Betrug, der von einem Pflegeerbringer begangen worden ist, übermittelt hat.

Zu diesem Zweck teilt das Institut Identität des Pflegeerbringers, Art des festgestellten Fehlers oder Betrugs und Zeitraum, auf den sich die gemachten Feststellungen beziehen, mit. Es teilt die Folge, die der Prokurator des Königs der Sache gegeben hat, gegebenenfalls eine Abschrift der Strafakte und das Datum, an dem die Sache vorkommen wird, mit, sobald es darüber informiert wird.

Art. 323 - Der Versicherungsträger setzt das Institut, Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle, von jeder Schuldforderung in Kenntnis, die bei ihm einem Pflegeerbringer gegenüber entstanden ist, dessen Fehler oder dessen Betrug zu unrechtmäßigen Zahlungen in einer Gesamthöhe von mindestens 6.000 Franken geführt haben beziehungsweise hat.

Diese Mitteilung umfaßt vollständige Identifizierung des Pflegeerbringers, Art und detaillierte Angabe der festgestellten Fehler oder des festgestellten Betrugs, Höhe der Schuldforderung, Zeitraum, auf den sich die Feststellungen beziehen, und Angabe, ob bei Gericht Klage eingereicht worden ist beziehungsweise ob die Akte dem Arbeitsauditor oder dem Prokurator des Königs übermittelt worden ist.

Der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle muß die Mitteilung im Monat nach gemäß Artikel 325 erfolgter Buchung des Betrags der unrechtmäßigen Leistungen auf das Sonderkonto erhalten. Der Versicherungsträger teilt binnen zwei Monaten nach dem Datum der letzten Rückzahlung ebenfalls den eingetriebenen Gesamtbetrag mit.

In Abweichung von den vorhergehenden Absätzen teilt der Versicherungsträger dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle binnen zwei Monaten nach dem Datum der letzten Rückzahlung nur den beim Pflegeerbringer eingetriebenen Gesamtbetrag mit, wenn die Rückzahlung infolge von Auskünften des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle erfolgt.

Art. 324 - Ist ein Pflegeerbringer wegen Betrug im Bereich der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung gerichtlich verurteilt worden, ist der geschädigte Versicherungsträger verpflichtet, binnen sechs Monaten nach dem Datum, an dem er Kenntnis von dem Urteil bekommen hat, alle Mittel, über die er verfügt, einschließlich des Klageweges, anzuwenden, um Schadenersatz zu erhalten.

Art. 325 - Der Versicherungsträger bucht den Betrag der unrechtmäßig gezahlten Leistungen auf ein Sonderkonto:

a) vor Ende des Quartals nach dem Quartal, in dem der Versicherungsträger selber die unrechtmäßige Zahlung festgestellt hat,

b) binnen zwei Monaten nach der vom Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle vorgenommenen Notifizierung der Feststellung, sofern der Versicherungsträger diese Feststellung nicht vor dem Arbeitsgericht anfiicht,

c) sobald er Kenntnis von der definitiven gerichtlichen Entscheidung hat, die infolge der Anfechtung von seiten des Versicherungsträgers der vom Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle gemachten Feststellung einer unrechtmäßigen Zahlung verkündet wird,

d) sobald er Kenntnis von der definitiven gerichtlichen Entscheidung hat, durch die ihm eine definitive oder vorläufige Rückzahlung oder ein definitiver oder vorläufiger Schadenersatz bewilligt wird.

Art. 326 - Die Rückforderung unrechtmäßig gezahlter Leistungen wird vom Versicherungsträger vorgenommen innerhalb einer Frist von zwei Jahren ab dem Datum:

a) der Feststellung für die in Artikel 325 Buchstabe a) erwähnten Fälle,

b) der Notifizierung des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle für die in Artikel 325 Buchstabe b) erwähnten Fälle,

c) der Verkündung der definitiven Entscheidung für die in Artikel 325 Buchstabe c) und d) erwähnten Fälle.

Die hiervor festgelegten Fristen dürfen jedoch verlängert werden, wenn infolge einer definitiven gerichtlichen Entscheidung oder einer Vereinbarung zwischen Versicherungsträger und Schuldner festgelegt ist, daß die Rückzahlung über einen längeren Zeitraum laufen wird.

Diese Vereinbarung muß vom Dienst für Entschädigungen gebilligt werden, wenn es unrechtmäßig gezahlte Entschädigungen betrifft. In diesen Fällen läuft die Frist am Ende des festgelegten Zeitraums ab.

Beträgt der Gesamtbetrag der unrechtmäßig gezahlten Leistungen weniger als 400 Franken, wird der Versicherungsträger von der Rückforderung dieses Betrags befreit.

Art. 327 - Bei Ablauf der in Artikel 326 festgelegten Fristen werden die Beträge der unrechtmäßig gezahlten Leistungen, die noch nicht eingetrieben sind, abgeschrieben, indem sie als Verwaltungskosten gebucht werden.

Der Versicherungsträger wird jedoch von der Buchung der noch nicht eingetriebenen Beträge als Verwaltungskosten befreit, wenn die drei folgenden Bedingungen erfüllt sind:

a) Die Zahlung ist nicht auf einen Fehler, einen Irrtum oder eine Nachlässigkeit des Versicherungsträgers zurückzuführen.

b) Der Versicherungsträger hat alle Mittel, über die er verfügt, einschließlich des Klageweges, angewandt, um die Beträge einzutreiben.

c) Die Nichteintreibung dieser Beträge wird vom leitenden Beamten des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle als gerechtfertigt angesehen.

Abschnitt IV — Aussetzung der Verjährung der Ansprüche auf Zahlung von Leistungen bei höherer Gewalt

Art. 328 - Der leitende Beamte des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle befindet getrennt für jeden Fall, in dem höhere Gewalt geltend gemacht wird, über das Bestehen höherer Gewalt, durch die aufgrund von Artikel 174 Absatz 5 des koordinierten Gesetzes die Verjährung ausgesetzt wird.

Art. 329 - § 1 - Der Beschluß des leitenden Beamten des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle wird dem Begünstigten per Einschreiben notifiziert.

Der Beschluß wird ebenfalls dem Versicherungsträger notifiziert.

§ 2 - Der Beschluß des leitenden Beamten des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle, der das Bestehen höherer Gewalt zurückweist, wird mit Gründen versehen.

In der Notifizierung an den Begünstigten wird vermerkt, daß gegen den Beschluß beim Arbeitsgericht Berufung eingelegt werden kann und gemäß welchen Formen und innerhalb welcher Fristen die Berufung eingelegt werden muß.

KAPITEL III — *Vereidigung*

Art. 330 - Die in Artikel 175 des koordinierten Gesetzes erwähnte Eidesformel lautet:

«Ich schwöre Treue dem König, Gehorsam der Verfassung und den Gesetzen des belgischen Volkes.»

TITEL VI — *Finanzielle und statistische Bestimmungen*KAPITEL I — *Einnahmeunterlagen*

Art. 331 - Die Versicherungsträger übermitteln dem Institut die in Artikel 276 § 1 Nr. 1 bis 6 erwähnten Beitragsbelege gemäß den Formen und innerhalb der Fristen, die vom Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle vorgeschrieben werden.

Art. 332 - Die Versicherungsträger sind verpflichtet, jährlich Namenlisten der am 30. Juni bei ihnen angeschlossenen oder eingeschriebenen Begünstigten zu erstellen, wobei zwischen Beitragspflichtigen und Nichtbeitragspflichtigen unterschieden wird. Für jedes Quartal werden Fortschreibungen erstellt.

Die in Absatz 1 erwähnten Listen entsprechen den vom Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle festgelegten Mustern und werden diesem Dienst binnen drei Monaten nach Ende des Zeitraums, auf den sie sich beziehen, übermittelt.

Art. 333 - Die Versicherungsträger sind verpflichtet, pro Quartal die Namenlisten der Berechtigten und Verwandten in aufsteigender Linie, die in Anwendung der Artikel 287, 130, 131 und 250 einen Eigenbeitrag gezahlt haben, zu erstellen.

Die in Absatz 1 erwähnten Listen entsprechen den vom Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle festgelegten Mustern und werden diesem Dienst binnen drei Monaten nach Ende des Quartals, auf das sie sich beziehen, übermittelt.

Art. 334 - Die Versicherungsträger sind verpflichtet, jährlich Unterlagen zu erstellen, auf denen die Einnahmen aus den von den Begünstigten gezahlten Beiträgen und registrierte gerichtlich festgelegte Zinsen aufgeführt werden.

Diese Unterlagen entsprechen den vom Allgemeinen Ausschuß festgelegten Mustern und werden dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle binnen drei Monaten nach Ende des Jahres, auf das sie sich beziehen, übermittelt.

KAPITEL II — *Ausgabeunterlagen*

Art. 335 - Damit die Dienste des Instituts die Rechnungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung abschließen können, sind die Versicherungsträger verpflichtet, gemäß den im vorliegenden Abschnitt vorgesehenen Modalitäten einerseits monatliche Unterlagen zu erstellen, die alle im Laufe des betreffenden Monats gebuchten Ausgaben, die in Titel III Kapitel III des koordinierten Gesetzes erwähnt sind, umfassen, und andererseits vierteljährliche Unterlagen zu erstellen, die alle im Laufe des betreffenden Quartals gebuchten Ausgaben, die in Titel IV Kapitel III und in Titel V Kapitel III des koordinierten Gesetzes erwähnt sind, umfassen. Diese Ausgabeunterlagen sind kumulativ für die Monate beziehungsweise Quartale eines selben Rechnungsjahres, mit Ausnahme der in den Artikeln 339 und 340 erwähnten Unterlagen.

Sie werden sowohl auf Ebene des Versicherungsträgers als auch auf Ebene jeder Krankenkasse oder jedes regionalen Amtes gemäß den Mustern erstellt, die vom Versicherungsausschuß oder vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen festgelegt werden, je nachdem ob es die in Titel III Kapitel III beziehungsweise die in Titel IV Kapitel III und in Titel V Kapitel III des koordinierten Gesetzes erwähnten Ausgaben betrifft.

Die von den Versicherungsträgern erstellten Ausgabeunterlagen werden anhand der gesammelten Ausgabeunterlagen der Krankenkassen oder regionalen Ämter ausgefertigt, die vorab Gegenstand einer Kontrolle und Tarifierung auf Ebene des Versicherungsträgers waren.

Die auf Ebene der Krankenkassen oder regionalen Ämter erstellten Ausgabeunterlagen werden dem Institut von den Versicherungsträgern binnen drei Monaten nach dem Quartal, auf das sie sich beziehen, in zweifacher Ausfertigung übermittelt.

Die auf Ebene der Versicherungsträger erstellten Ausgabeunterlagen werden dem Institut von den Versicherungsträgern binnen drei Monaten nach Ende des Monats, auf den sie sich beziehen, in zweifacher Ausfertigung übermittelt.

Art. 336 - Damit der Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle die Ausgabeunterlagen mit der Buchführung der Krankenkassen, regionalen Ämter oder Versicherungsträger vergleichen kann, werden für jede der in Artikel 335 Absatz 1 erwähnten Ausgabekategorien pro Quartal getrennte zusammenfassende Aufstellungen erstellt auf Ebene jedes Kontrollpunktes. Sie werden dem Dienst für verwaltungstechnische Kontrolle innerhalb der in Artikel 335 Absatz 4 erwähnten Fristen übermittelt.

Sie werden gemäß dem vom Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle festgelegten Muster erstellt und umfassen mindestens folgende Aufgliederungen:

1. während des betreffenden Quartals in der Buchführung eingetragenen Betrag der in bar gezahlten Leistungen und der während des betreffenden Quartals geprüften und tarifierten Rechnungen,
2. Betrag der in Nr. 1 erwähnten Verrichtungen, die infolge der in Artikel 335 erwähnten Gültigkeitskontrolle für die Eintragung in die Ausgabeunterlagen nicht berücksichtigt worden sind,
3. Betrag aller in Nr. 2 erwähnten Verrichtungen während des betreffenden oder vorhergehenden Quartals, die nach Berichtigung in die Ausgabeunterlagen des betreffenden Quartals eingetragen worden sind,
4. Betrag der während des betreffenden Quartals oder der vorhergehenden Quartale in den in Artikel 335 erwähnten Ausgabeunterlagen vermerkten Ausgaben, die während des betreffenden Quartals abgewiesen worden sind.

Art. 337 - Die Aufstellungen in bezug auf die Gesundheitspflege, deren Muster vom Versicherungsausschuß festgelegt wird, umfassen mindestens die nachstehend erwähnten Angaben:

- Betrag der Ausgaben,
- Anzahl Leistungen,
- Anzahl Pflage tage in einer Einrichtung, die in den Artikeln 23 und 34 Nr. 6, 9, 11 und 12 des koordinierten Gesetzes erwähnt ist.

Diese Angaben müssen folgende Aufgliederungen berücksichtigen:

- a) 1. mit Ausnahme der in Nr. 2 erwähnten Begünstigten, in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 1 bis 6 des koordinierten Gesetzes erwähnte Berechtigte und Personen zu deren Lasten, die je nach sozialem Stand des Berechtigten aufgeteilt sind, und in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 14, 15 und 16 des koordinierten Gesetzes erwähnte Begünstigte,
2. invalide Berechtigte und Personen zu deren Lasten,
3. in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 7, 8 und 9 des koordinierten Gesetzes erwähnte Berechtigte und Personen zu deren Lasten,
4. in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 12 des koordinierten Gesetzes erwähnte Berechtigte und Personen zu deren Lasten und in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 16 des koordinierten Gesetzes erwähnte Berechtigte.

Die Aufstellungen in bezug auf die in den Nummern 2, 3 und 4 erwähnten Gruppen müssen darüber hinaus getrennt erstellt werden, je nachdem ob ihre Einkünfte, so wie sie vom König festgelegt worden sind, den von Ihm festgelegten Jahresbetrag überschreiten oder nicht,

b) in Artikel 34 des koordinierten Gesetzes vorgesehene Leistungsgruppen und in diesen Gruppen eine Einteilung nach den wichtigsten Arten von Leistungen oder den wichtigsten Kategorien der Erstattungstarife, so wie sie vom Versicherungsausschuß definiert sind,

c) eine Aufgliederung je nach Erbringung der Leistung im laufenden Rechnungsjahr oder in einem vorhergehenden Rechnungsjahr.

Die Bestimmungen des vorliegenden Artikels sind nicht anwendbar auf Ausgaben, die auf die Neufakturierung des Pflegetagpreises zurückzuführen sind, die im Rahmen von Artikel 97 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser erfolgt.

Art. 338 - Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen legt folgende Muster fest:

1. Aufstellung in bezug auf primäre Arbeitsunfähigkeit,
2. Aufstellung in bezug auf Mutterschaftsversicherung, wobei invalide Berechtigte nicht berücksichtigt werden.

Diese Aufstellungen umfassen mindestens folgende Auskünfte:

- Betrag der Ausgaben,
- Anzahl Entschädigungstage unter Berücksichtigung der Aufgliederung je nach sozialem Stand der Berechtigten.

Art. 339 - Der Geschäftsführende Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen legt folgende Muster fest:

1. namentliche Quartalaufstellung in bezug auf Invalidität,
2. namentliche Quartalaufstellung in bezug auf Mutterschaftsversicherung für invalide Berechtigte.

Diese Aufstellungen umfassen mindestens folgende Auskünfte:

- Identifizierung des Berechtigten, insbesondere seine statistische Kennziffer und die Nummer, die ihm vom Dienst für Entschädigungen zugeteilt ist,
- gezahlter Betrag,
- Anzahl Entschädigungstage.

Art. 340 - Für Ausgaben in bezug auf die Zahlung des Bestattungsgelds werden namentliche Quartalaufstellungen erstellt, deren Muster vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen festgelegt wird. Sie umfassen mindestens folgende Auskünfte:

- Identifizierung des verstorbenen Berechtigten, insbesondere seine Einschreibungsnummer beim Versicherungsträger und seine statistische Kennziffer,
- gezahlter Betrag.

KAPITEL III — Herabsetzung der auf den Ausgabeunterlagen vermerkten Beträge

Art. 341 - Sind die Ausgaben, die in der in Artikel 348 erwähnten Tabelle vermerkt sind, niedriger als die entsprechenden Ausgaben, die in der in Artikel 337 erwähnten Ausgabeunterlage vermerkt sind, wird der Unterschied darüber hinaus vom Betrag, der auf der Ausgabeunterlage vermerkt ist, abgezogen. Der zu diesem Zweck erforderliche Vergleich erfolgt für alle Fachrichtungen, für die die in Artikel 348 erwähnte Aufstellung erstellt wird, zusammen. Er erfolgt jedoch erst ab dem zweiten vollständigen Jahr, für das die in Artikel 348 erwähnte Aufstellung erstellt wird, und zum ersten Mal bei Abschluß der Rechnungen in bezug auf das Jahr 1986.

KAPITEL IV — Zusammenfassende Aufstellungen und finanzielle Unterlagen

Art. 342 - Die Versicherungsträger sind verpflichtet, jährlich zusammenfassende Aufstellungen aller im Laufe des betreffenden Rechnungsjahres gebuchten Ausgaben, die in Artikel 194 des koordinierten Gesetzes erwähnt sind, zu erstellen.

Diese zusammenfassenden Aufstellungen werden auf Ebene des Versicherungsträgers gemäß einem vom Allgemeinen Ausschuß festgelegten Muster erstellt und umfassen mindestens Auskünfte über Personalkosten, Infrastrukturkosten, Bürokosten, Abschreibungen, unrechtmäßige Zahlungen und Sanktionen.

Diese zusammenfassenden Aufstellungen werden dem Institut von den Versicherungsträgern binnen vier Monaten nach Ende des Rechnungsjahres, auf das sie sich beziehen, in zweifacher Ausfertigung übermittelt.

Art. 343 - Die Versicherungsträger sind verpflichtet, jährlich globale zusammenfassende Unterlagen von allen im Laufe des betreffenden Rechnungsjahres gebuchten Einnahmen und Ausgaben in bezug auf die Verwaltung der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherungsregelung und eine zusammenfassende Unterlage über den Stand der Aktiva und Passiva zu erstellen.

Sie werden sowohl auf Ebene der Versicherungsträger als auch auf Ebene jeder Krankenkasse oder jedes regionalen Amtes gemäß den vom Allgemeinen Ausschuß festgelegten Mustern erstellt.

Diese zusammenfassenden Aufstellungen werden dem Institut von den Versicherungsträgern vor Ende des Monats, nachdem der Allgemeine Ausschuß die jährlichen Geschäftsführungsrechnungen der verschiedenen Zweige der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erstellt hat, in zweifacher Ausfertigung übermittelt.

Art. 344 - Die Versicherungsträger sind verpflichtet, monatlich Unterlagen über die finanzielle Situation der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung zu erstellen.

Diese Unterlagen werden sowohl auf Ebene des Versicherungsträgers als auch auf Ebene jeder Krankenkasse oder jedes regionalen Amtes gemäß den vom Allgemeinen Ausschuß festgelegten Mustern erstellt und umfassen mindestens Auskünfte über verfügbare Gelder zu Beginn und am Ende des betreffenden Monats, Einnahmen und Ausgaben im Laufe des betreffenden Monats, Stand der Anleihen und der unbezahlten Rechnungen.

Diese finanziellen Unterlagen werden dem Institut von den Versicherungsträgern vor dem fünfundzwanzigsten Tag des Monats nach dem Monat, auf den sich diese Belege beziehen, in zweifacher Ausfertigung übermittelt.

KAPITEL V — *Aufstellung der Mitgliederzahlen*

Art. 345 - Die Versicherungsträger sind verpflichtet, pro Quartal für jede Krankenkasse oder für jedes regionale Amt Aufstellungen der Mitgliederzahlen auf der Grundlage der am letzten Tag des betreffenden Quartals bekannten Mitgliederzahlen zu erstellen.

Diese Aufstellungen entsprechen den von den Diensten des Instituts festgelegten Mustern und werden diesen Diensten binnen zwei Monaten nach dem Quartal, auf das sie sich beziehen, übermittelt.

KAPITEL VI — *Statistische Tabellen*

Art. 346 - Die Versicherungsträger sind verpflichtet, unter Berücksichtigung der Modalitäten des vorliegenden Abschnittes statistische Tabellen zu erstellen gemäß den Mustern, die - was die in den Artikeln 347 bis 351 erwähnten Tabellen betrifft - vom Versicherungsausschuß und - was die in den Artikeln 352 und 353 erwähnten Tabellen betrifft - vom Geschäftsführenden Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen festgelegt werden.

Art. 347 - In bezug auf die Gesundheitsleistungen werden monatliche kumulative statistische Tabellen pro Verzeichniskode oder Pseudoverzeichniskode erstellt für die medizinischen und heilhilfsberuflichen Fachrichtungen, die vom Versicherungsausschuß bestimmt werden. Diese Tabellen umfassen die Beträge der Ausgaben und die Anzahl Leistungen und Pflegetage für die allgemeine Regelung und die Regelung für Selbständige zusammen ohne Unterscheidung nach Krankenkasse oder regionalem Amt. Die diesbezüglichen Ausgaben müssen mindestens das Niveau der Angaben erreichen, die in den in Artikel 337 erwähnten Ausgabeunterlagen vermerkt sind.

Die Versicherungsträger übermitteln den Diensten des Instituts ihre Tabellen binnen drei Monaten nach dem Monat, auf den sie sich beziehen.

Art. 348 - In bezug auf die Gesundheitsleistungen werden halbjährliche nicht kumulative statistische Tabellen pro Pflegebringer, verschreibenden Arzt oder Pflegeanstalt für die Fachrichtungen und gemäß den Modalitäten, die vom Versicherungsausschuß bestimmt werden, erstellt. Die diesbezüglichen Ausgaben und Leistungen müssen mindestens das Niveau der Angaben erreichen, die in den in Artikel 337 erwähnten Ausgabeunterlagen vermerkt sind.

Die Versicherungsträger übermitteln dem Dienst für Gesundheitspflege ihre Tabellen binnen vier Monaten nach dem Halbjahr, auf das sie sich beziehen.

Art. 349 - Bei der Erstellung der in den Artikeln 347, 348, 350 und 351 vorgesehenen statistischen Tabellen führen die Versicherungsträger eine Gültigkeitskontrolle in bezug auf die einzugebenden Daten durch. Die Liste der zu kontrollierenden Elemente wird vom Versicherungsausschuß erstellt. Ausgaben, die bei der Gültigkeitskontrolle abgewiesen werden, dürfen nicht in den in Artikel 337 erwähnten Ausgabeunterlagen gebucht werden.

Art. 350 - § 1 - In bezug auf entschädigte Pflegetage werden pro Pflegeanstalt und pro Dienst halbjährliche nicht kumulative statistische Tabellen erstellt.

§ 2 - In bezug auf Pauschalpflegetage, die aufgrund eines mit den Pflegeanstalten geschlossenen Abkommens entschädigt werden, werden pro Pflegeanstalt halbjährliche nicht kumulative statistische Tabellen erstellt, auf denen ebenfalls die Grundleistung, auf die die vorerwähnten Pauschalbeträge zurückzuführen sind, vermerkt wird.

§ 3 - In bezug auf pharmazeutische Produkte, die in Pflegeanstalten abgegeben werden, werden pro Kategorie, pro Produkt, pro Anstalt und pro Dienst halbjährliche nicht kumulative statistische Tabellen erstellt.

§ 4 - In bezug auf Pauschalbeteiligungen, die pro Tag, pro Monat, pro Antrag oder pro Sitzung gezahlt werden, werden pro Rehabilitationszentrum, pro Alten- und Pflegeheim, pro Altenheim, pro psychiatrisches Pflegeheim und pro Initiative des begleiteten Wohnens halbjährliche nicht kumulative statistische Tabellen erstellt.

§ 5 - Der Versicherungsausschuß legt fest, gemäß welchen Modalitäten die Versicherungsträger dem Dienst für Gesundheitspflege die in den vorhergehenden Paragraphen erwähnten statistischen Tabellen binnen vier Monaten nach dem Halbjahr, auf das sie sich beziehen, übermitteln. Die diesbezüglichen Ausgaben müssen mindestens das Niveau der Angaben erreichen, die in den in Artikel 337 erwähnten Ausgabeunterlagen vermerkt sind.

Art. 351 - In bezug auf Ausgaben für die in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten werden jährlich pro Krankenhausaufenthalt statistische Tabellen aufgrund der Ausgaben erstellt, die während eines Zeitraums von sechs Quartalen gebucht werden. Diese statistischen Tabellen umfassen folgende Angaben:

1. einen Index, der die Identifizierung der Pflegeanstalt, in der der Aufenthalt erfolgte, die kodierte Nummer des Aufenthalts und den Vermerk, ob es sich um eine Aufnahme oder Wiederaufnahme handelt, umfaßt,
2. Merkmale des Aufenthalts und des Patienten:
 - a) Aufnahmedienst,
 - b) Kode des Berechtigten, durch den Versicherungsregelung und Kategorie des Versicherten angegeben werden,
 - c) Alterskategorie des Patienten,
 - d) in Tagen angegebenen Zeitraum zwischen zwei Aufnahmen,
 - e) Jahr und Monat der Aufnahme oder Wiederaufnahme und der Entlassung,
3. Anzahl Pflegetage und fakturierten Betrag,
4. globale Angaben in bezug auf das bildgebende Diagnoseverfahren,
5. globale Angaben in bezug auf pharmazeutische Produkte, Blut und Blutplasma,

6. detaillierte Angaben pro Verzeichniskodenummer der Gesundheitsleistungen und Vermerk der Qualifikation des Pflegeerbringers,

7. globale Angaben in bezug auf klinische Biologie und In-vitro-Nuklearmedizin.

Art. 352 - Die statistischen Tabellen in bezug auf Entschädigungen wegen primärer Arbeitsunfähigkeit umfassen folgende Angaben:

- a) Anzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle,
- b) Anzahl Kalendertage,
- c) Anzahl Entschädigungstage,
- d) Höhe der Entschädigungen.

Diese Angaben werden für Arbeitnehmer und Arbeitslose getrennt erstellt und insbesondere nach sozialem Stand, Geschlecht, fünfjährigen Altersgruppen und Dauer der anerkannten Arbeitsunfähigkeit aufgegliedert.

Diese statistischen Tabellen werden jährlich pro Krankenkasse oder regionales Amt erstellt und dem Dienst für Entschädigungen binnen fünf Monaten nach Ende des Rechnungsjahres, auf das sie sich beziehen, übermittelt.

Art. 353 - Die statistischen Tabellen in bezug auf Ausgaben im Bereich der Mutterschaftsversicherung für Berechtigte, die sich nicht in einem Invaliditätszeitraum befinden, umfassen folgende Angaben:

- a) Anzahl Fälle von Mutterschaftsruhe,
- b) Anzahl Entschädigungstage,
- c) Höhe der Entschädigungen.

Diese Angaben werden getrennt für Arbeitnehmerinnen und Arbeitslose erstellt und insbesondere nach sozialem Stand und fünfjährigen Altersgruppen aufgegliedert.

Diese statistischen Tabellen werden jährlich pro Krankenkasse oder regionales Amt erstellt und dem Dienst für Entschädigungen binnen fünf Monaten nach Ende des Rechnungsjahres, auf das sie sich beziehen, übermittelt.

KAPITEL VII — *Besondere Bestimmungen in bezug auf internationale Verträge*

Art. 354 - Haushaltspläne und Rechnungen in bezug auf die Anwendung von internationalen Verträgen sind getrennt von denen der allgemeinen Regelung der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung, die in den Artikeln 16 und 80 des koordinierten Gesetzes vorgesehen sind.

Art. 355 - In Abweichung von den Bestimmungen der Artikel 331 bis 353 werden für Einnahmen, Ausgaben und Aufstellungen in bezug auf Personen, die aufgrund der Bestimmungen eines internationalen Vertrags Leistungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungsversicherung beziehen, getrennte Unterlagen und Aufstellungen erstellt, die unabhängig von denjenigen sind, die in den vorerwähnten Artikeln vorgesehen sind.

Die Unterlagen und Aufstellungen, die für jeden internationalen Vertrag und für jede Kategorie von Begünstigten getrennt erstellt werden, umfassen alle Angaben, die für die Dienste des Instituts zur Erfüllung der durch das koordinierte Gesetz und die vorerwähnten internationalen Verträge vorgesehenen Verpflichtungen erforderlich sind.

Art. 356 - Unser Minister der Sozialen Angelegenheiten ist mit der Ausführung des vorliegenden Erlasses beauftragt.

Gegeben zu Brüssel, den 3. Juli 1996

ALBERT

Von Königs wegen:

Die Ministerin der Sozialen Angelegenheiten
Frau M. DE GALAN

—

Anlage I

EINSCHREIBUNGSANTRAG

Bezeichnung des Versicherungsträgers

Der Unterzeichnete (Name, Vornamen):
 wohnhaft in Straße Nr., geboren in am
 BerufStaatsangehörigkeit:
 Nr. Rentenkasse (Arbeiter) (2)
 Bezeichnung der Pensionskasse (Angestellter) (2)
und Nummer
 beantragt die Mitgliedschaft bei Ihrer Einrichtung als Begünstigter (1) der belgischen Kranken- und Invalidenversicherung - ausländischer Rechtsvorschriften (3).....
 und verpflichtet sich ausdrücklich, ihre Vorschriften und ihre Satzung einzuhalten.

- Er bescheinigt (1): a) — aufgrund der belgischen sozialen Sicherheit versicherungspflichtig gewesen zu sein vombis,
 — niemals aufgrund der belgischen sozialen Sicherheit versicherungspflichtig gewesen zu sein,
 — seit dem bei angeschlossen gewesen zu sein als
 (1) Begünstigter der belgischen - ausländischen Kranken- und Invalidenversicherung - freiwillig Versicherter und keine verordnungsrechtlichen Verpflichtungen gegenüber dieser Einrichtung zu haben,
 b) im Ausland gearbeitet zu haben und dort versichert gewesen zu sein (4).

HAUSHALTSZUSAMMENSETZUNG

- (1) EHEPARTNER (Name und Vornamen).....
 geboren in..... am.....; Beruf.....
 (1) PERSON, DIE SICH UM DEN HAUSHALT KÜMMERT (Name und Vornamen).....
 geboren in am; Beruf
- (5) KINDER (Name und Vornamen):
 1), geboren in am; Beruf
- 2), geboren in am; Beruf
- 3), geboren in am; Beruf
- 4), geboren in am; Beruf
- 5), geboren in am; Beruf
- VERWANDTE IN AUFSTEIGENDER LINIE (Name und Vornamen).....
 geboren in..... am; Beruf
- Verwandtschaftsverhältnis zu dem Unterzeichneten:
- (Name und Vornamen)
- geboren in..... am; Beruf
- Verwandtschaftsverhältnis zu dem Unterzeichneten:
- BEMERKUNGEN: (6).....

Der Unterzeichnete verpflichtet sich, Änderungen in der vorerwähnten Zusammensetzung seines Haushalts unverzüglich mitzuteilen.

Datum: Unterschrift:

 Note

- (1) Unzutreffendes streichen.
 (2) Betrifft es eine ausländische Pension, Art der Pension, Pensionsnummer und Name der ausländischen Einrichtung angeben.
 (3) Land angeben.
 (4) Gegebenenfalls nähere Angaben über Zeitraum und Ort in einer Anlage machen.
 (5) Tragen die Kinder nicht den Namen des Versicherten, Verwandtschaft zwischen den Kindern und dem Versicherten angeben. Zu diesem Zweck die Rubrik "Bemerkungen" gebrauchen.
 (6) Wohnen Haushaltsmitglieder im Ausland, Name und vollständige Adresse angeben.

Gesehen, um Unserem Erlaß vom 3. Juli 1996 beigelegt zu werden.

ALBERT

Von Königs wegen:

Die Ministerin der Sozialen Angelegenheiten

Frau M. DE GALAN

Anlage II

I. Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 4. November 1963,
die nicht in der Koordinierung aufgenommen sind

Art. 18 - Das Mandat des Präsidenten und der Mitglieder, die in Artikel 78 Nr. 1 und 2 des vorerwähnten Gesetzes vom 9. August 1963 erwähnt sind, wird 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.

KAPITEL VIIbis — Rat für klinische Biologie
(Artikel 153bis bis 153nonies)KAPITEL VIIquater — Beteiligung an der Gesundheitspflege bei einer Thermalkur
(Artikel 153vicies bis 153vicies quater)KAPITEL VIII — Sozialkrankheiten
(Artikel 154 bis 163)KAPITEL VIIIbis — Verschreibungsverhalten der Ärzte im Bereich der klinischen Biologie
(Artikel 163bis bis 163septies decies)

Art. 191 - Ein kollektiver Wechsel liegt vor, wenn eine Krankenkasse oder ein Verband sich einem anderen Landesverband anschließt.

Art. 192 - Damit ein kollektiver Wechsel im Rahmen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung zugelassen wird, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Die Krankenkasse oder der Verband muß den Wechsel gemäß ihren/seinen Satzungsbestimmungen beschlossen haben.
2. Der Wechsel muß vom Landesverband, dem sich die Krankenkasse oder der Verband anschließen möchte, angenommen werden.
3. Die Krankenkasse oder der Verband, die/der sich einem anderen Landesverband anschließen möchte, muß sich verpflichten, ihre/seine administrativen und finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Landesverband, den sie/er verläßt, zu erfüllen.
4. Der Allgemeine Rat des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung muß dem Wechsel nach Konsultierung der betreffenden Landesverbände zugestimmt haben.
5. Der Wechsel kann nur am ersten Tag eines Kalenderquartals erfolgen.

Art. 198 - § 5 - Das Ministerium des Unterrichtswesens stellt dem Personalmitglied, das eine in Artikel 6 § 3 Absatz 1 und 3 des Königlichen Erlasses vom 29. August 1985 über die Unterbrechung der Berufslaufbahn im Unterrichtswesen und in den psycho-medizinisch-sozialen Zentren erwähnte Unterbrechungszulage bezieht, binnen zwei Monaten nach Ende des Kalenderjahres, in dem es eine Unterbrechungszulage bezogen hat, eine Bescheinigung für Berechtigte einer Unterbrechungszulage aus.

Auf dieser Bescheinigung wird für jedes Quartal des Kalenderjahres der Zeitraum vermerkt, in dem das Personalmitglied die in Absatz 1 erwähnte Unterbrechungszulage bezogen hat.

Auf dieser Bescheinigung wird ebenfalls für die vier Quartale des Kalenderjahres die Gesamtdauer der Zeiträume vermerkt, in denen das Personalmitglied die in Absatz 1 erwähnte Unterbrechungszulage bezogen hat.

Art. 217bis - Für belgische Lehrkräfte in Deutschland, die vor dem 1. Januar 1978 als solche ihr Amt angetreten haben und die Bedingungen für die fortgesetzte Versicherung erfüllen, wird der in Artikel 217 erwähnte Zeitraum bis zum 30. September 1978 verlängert.

Art. 225 - Absatz 3 - Für Berechtigte, die unfreiwillige Teilzeitarbeitnehmer sind und deren Gesamtbetrag des Arbeitslosengelds aufgrund von Artikel 101 § 1 Absatz 8 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 25. November 1991 gekürzt wird, wird während des gesamten Zeitraums der Kürzung, der in Absatz 1 erwähnt ist, der Prozentsatz der Kürzung, der zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit anwendbar war, berücksichtigt.

Art. 240 - Für Berechtigte, die am 31. Dezember 1963 in Anwendung der Bestimmungen des Königlichen Grundlagenerlasses vom 22. September 1955 über die Kranken- und Invalidenversicherung als invalide anerkannt sind, wird davon ausgegangen, daß sie den erforderlichen Arbeitsunfähigkeitsgrad im Sinne des vorerwähnten Gesetzes vom 9. August 1963 erreichen bis zum Ende des Zeitraums, für den sie anerkannt worden sind, vorbehaltlich anderslautenden Beschlusses der zuständigen Behörde.

Art. 241bis - § 4 - Für das erste Quartal der Anwendung des vorliegenden Erlasses gelten die dreimonatlichen Wechselkurse des zweiten Quartals vor dem Quartal, im Laufe dessen der vorliegende Erlaß in Kraft tritt.

Diese Mittelkurse werden vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung im Monat nach Veröffentlichung des vorliegenden Erlasses mitgeteilt.

Konnte die Höhe der Arbeitsunfähigkeitsentschädigung bis zum Datum des Inkrafttretens der Bestimmung von § 1 Absatz 2 nicht festgelegt werden, weil nach diesem Datum und rückwirkend eine Leistung zu Lasten einer Regelung eines EWG-Mitgliedstaates bewilligt worden ist, muß der Wechselkurs berücksichtigt werden, der im Rahmen der EWG-Verordnungen festgelegt ist.

KAPITEL XVII — Übergangsbestimmungen
(Artikel 329 bis 330quater)

KAPITEL XVIII — Inkrafttreten

Art. 331 - Vorliegender Erlaß tritt am 1. Januar 1964 in Kraft mit Ausnahme der Bestimmungen der Kapitel I, II, III - Artikel 45, 46, 47, 48 Nr. 1, 49, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 61, und 68; VII - Artikel 138, 139, 140, 141, 142 und 143; XIII - Artikel 306 Absatz 2, XVI und XVII, die am Tage der Veröffentlichung des vorerwähnten Erlasses im *Belgischen Staatsblatt* in Kraft treten.

II. Inhaltsverzeichnis des Königlichen Erlasses vom 3. Juli 1996 zur Ausführung
des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes
über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung

TITEL I - Allgemeiner Ausschuß

TITEL II - Gesundheitspflegeversicherung

KAPITEL I - *Organe*

Abschnitt I - Allgemeiner Rat der Gesundheitspflegeversicherung

Abschnitt II - Versicherungsausschuß

Abschnitt III - Abkommenskommissionen

A. Abkommen mit den Apothekern

B. Abkommen mit den Alten- und Pflegeheimen und den Altenheimen

C. Abkommen mit den psychiatrischen Pflegeheimen

D. Abkommen mit den Pflegeanstalten

E. Abkommen mit den Vertretern der Initiativen des begleiteten Wohnens für Patienten der Psychiatrie

F. Abkommen mit den Hebammen

G. Abkommen mit den Fachkräften für Krankenpflege

H. Abkommen mit den Heilgymnasten

I. Abkommen mit den Optikern

J. Abkommen mit den Orthopäden

K. Abkommen mit den Hörprothesenherstellern

L. Abkommen mit den Bandagisten

M. Abkommen mit den Lieferanten von Implantaten

N. Gemeinsame Bestimmungen

Abschnitt IV - Nationale Kommissionen Ärzte-Krankenkassen und Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen

A. Nationale Kommission Ärzte-Krankenkassen

B. Nationale Kommission Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen

C. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Nationalen Kommissionen Ärzte-Krankenkassen und Fachkräfte der Zahnheilkunde-Krankenkassen

Abschnitt V - Kommission, die mit dem Schließen von Vereinbarungen über die Pauschalen beauftragt ist

Abschnitt VI - Haushaltskontrollkommission

Abschnitt VII - Fachräte

A. Pharmazeutischer Fachrat

B. Fachrat für Heilgymnastik

C. Fachrat für Krankenhausbehandlung

D. Fachrat für Fertigarzneimittel

E. Fachrat für Implantate

F. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf den Pharmazeutischen Fachrat, den Fachrat für Heilgymnastik, den Fachrat für Krankenhausbehandlung, den Fachrat für Fertigarzneimittel und den Fachrat für Implantate

Abschnitt VIII - Medizinischer und Zahnmedizinischer Fachrat

A. Medizinischer Fachrat

B. Zahnmedizinischer Fachrat

C. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf den Medizinischen und den Zahnmedizinischen Fachrat

Abschnitt IX - Profilkommissionen

Abschnitt X - Zulassungsräte

A. Rat für die Zulassung von Heilgymnasten

B. Rat für die Zulassung von Orthopäden

C. Rat für die Zulassung von Bandagisten

D. Rat für die Zulassung von Lieferanten von Implantaten

E. Rat für die Zulassung von Hörprothesenherstellern

F. Rat für die Zulassung von Optikern

G. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Zulassungsräte

Abschnitt XI - Kollegium der Ärzte-Direktoren

Abschnitt XII - Beirat für Rehabilitation

Abschnitt XIII - Nationales Kollegium der Vertrauensärzte

KAPITEL II - Anwendungsbereich*Abschnitt I* - Personen zu Lasten der Begünstigten*Abschnitt II* - Waisen**KAPITEL III - Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen***Abschnitt I* - Wartezeit im Hinblick auf die Eröffnung des Anrechts auf Gesundheitspflege*Abschnitt II* - Eigenbeitrag, der für Verwandte in aufsteigender Linie und von bestimmten Pensionierten, Witwern und Witwen zu zahlen ist*Abschnitt III* - Modalitäten in bezug auf die Wartezeit bei Übergang von einem Zweig der Gesundheitspflegeversicherung zu einem anderen*Abschnitt IV* - Besondere Bestimmungen in bezug auf die Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Gesundheitsleistungen*Abschnitt V* - Beteiligung an Rehabilitationskosten*Abschnitt VI* - Beteiligung an den Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Rehabilitation*Abschnitt VII* - Beteiligung an Umschulungskosten*Abschnitt VIII* - Beteiligung an Pflegeleistungen und an der Hilfe bei den Handlungen des täglichen Lebens*Abschnitt IX* - Besondere Regeln in bezug auf die Beteiligung der Versicherung an Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten*Abschnitt X* - Besondere Regeln in bezug auf die Beteiligung der Versicherung an Leistungen der klinischen Biologie zugunsten der nicht in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten**KAPITEL IV - Eintragung von heilhilfsberuflichen Mitarbeitern***Abschnitt I* - Eintragung von heilhilfsberuflichen Mitarbeitern*Abschnitt II* - Mitteilung der Listen der heilhilfsberuflichen Mitarbeiter an die Versicherungsträger**KAPITEL V - Bekanntmachung der Vorschriften der Versicherung, der Listen der zugelassenen Personen und der Personen und Pflegeanstalten, die einem Abkommen oder einer Vereinbarung beigetreten sind****TITEL III - Entschädigungs- und Mutterschaftsversicherung****KAPITEL I - Organe***Abschnitt I* - Geschäftsführender Ausschuß des Dienstes für Entschädigungen*Abschnitt II* - Medizinischer Invaliditätsrat

A. Zusammensetzung des Medizinischen Invaliditätsrates und Amtsbereich der regionalen Kommissionen

B. Hohe Kommission

C. Regionale Kommissionen und ihre Abteilungen

D. Eingreifen der Vertrauensärzte und Ärzte-Inspektoren in bezug auf den Invaliditätszustand

E. Gemeinsame Bestimmungen in bezug auf die Kommissionen des Medizinischen Invaliditätsrates

F. Notifizierungen

Abschnitt III - Krankenkassenfachrat**KAPITEL II - Anwendungsbereich**

Im Rahmen der Entschädigungsversicherung geltende Definition der Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer

KAPITEL III - Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen*Abschnitt I* - Wartezeit im Hinblick auf die Eröffnung des Anrechts auf Entschädigungen*Abschnitt II* - Befreiung von und Verkürzung der Wartezeit im Hinblick auf die Eröffnung des Anrechts auf Entschädigungen*Abschnitt III* - Modalitäten in bezug auf die Wartezeit bei Übergang von einem Zweig der Entschädigungsversicherung zu einem anderen*Abschnitt IV* - Aufrechterhaltung der Ansprüche der Saisonarbeiter, Gelegenheitsarbeiter und Teilzeitarbeitnehmer*Abschnitt V* - Ansprüche der Berechtigten, die aufgrund der Rechtsvorschriften über die Ruhestandspensionsregelung der Bergarbeiter innerhalb der letzten sechs Monate primärer Arbeitsunfähigkeit eine Invaliditätspension beanspruchen können*Abschnitt VI* - Höhe der Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen, Höchst- und Mindestbetrag der Invaliditätsentschädigung*Abschnitt VII* - Höhe des Mutterschaftsgelds und Gewährungsbedingungen*Abschnitt VIII* - Verlängerung der postnatalen Ruhe*Abschnitt IX* - Umwandlung eines Teils der postnatalen Ruhe in Vaterschaftsurlaub*Abschnitt X* - Regelmäßiger Arbeitnehmer*Abschnitt XI* - Arbeitnehmer mit Person zu Lasten*Abschnitt XII* - Arbeitnehmer ohne Person zu Lasten, denen wegen Verlust des einzigen Einkommens eine höhere Entschädigung bewilligt werden kann*Abschnitt XIII* - Auswirkung der Unterbringung in einer Familie auf die Eigenschaft eines Arbeitnehmers mit Person zu Lasten*Abschnitt XIV* - Verweigerung der Entschädigungen*Abschnitt XV* - Kürzung der Entschädigungen

Abschnitt XVI - Anpassung der Entschädigungen an die Schwankungen des Preisindex

Abschnitt XVII - Höhe des Bestattungsgelds

Abschnitt XVIII - Besondere Bedingungen in bezug auf die Eröffnung des Anrechts auf Arbeitsunfähigkeitsent-
schädigungen

Abschnitt XIX - Monetäre Bestimmungen in bezug auf den gleichzeitigen Bezug von Entschädigungen und
Leistungen aus dem Ausland

TITEL IV - *Gemeinsame Bestimmungen*

KAPITEL I - Anwendungsbereich

Abschnitt I - Kontrollierte Arbeitslosigkeit

Abschnitt II - Fortgesetzte Versicherung

KAPITEL II - Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen

Abschnitt I - Modalitäten in bezug auf das Anschließen und Einschreiben bei einem Versicherungsträger

Abschnitt II - Wechsel

Abschnitt III - Beitragsbelege und Unterlagen, anhand deren die Eigenschaft als Berechtigter festgelegt wird

Abschnitt IV - Aushändigung der Beitragsbelege

Abschnitt V - Mindestwert der Beitragsbelege für die Zweige Gesundheitspflege und Entschädigungen

Abschnitt VI - Im Ausland erbrachte Leistungen

Abschnitt VII - Bewilligung von Leistungen bei Schaden, der durch andere Rechtsvorschriften gedeckt ist

TITEL V - *Kontrolle und Streitsachen*

KAPITEL I - Medizinische Kontrolle

Abschnitt I - Ausschuß des Dienstes für medizinische Kontrolle

Abschnitt II - Streitfälle zwischen Vertrauensärzten und Ärzte-Inspektoren

Abschnitt III - Berufungskommissionen

Abschnitt IV - Bekanntmachung der Beschlüsse zum Verbot der Beteiligung der Versicherung

KAPITEL II - Verwaltungstechnische Kontrolle

Abschnitt I - Ausschuß des Dienstes für verwaltungstechnische Kontrolle

Abschnitt II - Auf Versicherungsträger und Tariffestsetzungsämter anwendbare Strafen

Abschnitt III - Rückforderung unrechtmäßig gezahlter Leistungen

Abschnitt IV - Aussetzung der Verjährung der Ansprüche auf Zahlung von Leistungen bei höherer Gewalt

KAPITEL III - Vereidigung

TITEL VI - *Finanzielle und statistische Bestimmungen*

KAPITEL I - Einnahmeunterlagen

KAPITEL II - Ausgabeunterlagen

KAPITEL III - Herabsetzung der auf den Ausgabeunterlagen vermerkten Beträge

KAPITEL IV - Zusammenfassende Aufstellungen und finanzielle Unterlagen

KAPITEL V - Aufstellung der Mitgliederzahlen

KAPITEL VI - Statistische Tabellen

KAPITEL VII - Besondere Bestimmungen in bezug auf internationale Verträge

III. Konkordanztable des Königlichen Erlasses vom 3. Juli 1996 zur Ausführung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung und des Königlichen Erlasses vom 4. November 1963 zur Einführung und Regelung der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung

Koordinierung Königlicher Erlaß vom 4. November 1963

TITEL I — *Allgemeiner Ausschuß*

Art. 1: Art. 1, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993

Art. 2: Art. 2, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993, und Art. 28

Art. 3: Art. 3, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993

Art. 4: Art. 4, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993

TITEL II — *Gesundheitspflegeversicherung*KAPITEL I — *Organe*

- Art. 5: Art. 5, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993
- Art. 6: Art. 6, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993, und Art. 28
- Art. 7: Art. 7, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993
- Art. 8: Art. 8, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993
- Art. 9: Art. 9, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993
- Art. 10: Art. 10, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 2. 1993
- Art. 11: Art. 30
- Art. 12: Art. 31, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 2. 12. 1982 und 16. 12. 1986
- Art. 13: Art. 31*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 7. 1990
- Art. 14: Art. 32
- Art. 15: Art. 32*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 11. 1990
- Art. 16: Art. 33
- Art. 17: Art. 34
- Art. 18: Art. 35, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992 (französischer Text)
- Art. 19: Art. 36
- Art. 20: Art. 37
- Art. 21: Art. 38
- Art. 22: Art. 39
- Art. 23: Art. 39*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 27. 10. 1989 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 6. 4. 1995 (niederländischer Text)
- Art. 24: Art. 40
- Art. 25: Art. 41
- Art. 26: Art. 42
- Art. 27: Art. 43
- Art. 28: Art. 44, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 10. 1967
- Art. 29: Art. 44*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 9. 1965 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 12. 5. 1975
- Art. 30: Art. 44*ter*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 9. 1965
- Art. 31: Art. 44*quater*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 9. 1965 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 16. 12. 1966 und 2. 12. 1968
- Art. 32: Art. 44*quinquies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 4. 1966
- Art. 33: Art. 44*sexies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 4. 1966
- Art. 34: Art. 44*septies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 4. 1966
- Art. 35: Art. 44*octies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 4. 1966
- Art. 36: Art. 44*nonies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 4. 1966
- Art. 37: Art. 44*decies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 4. 1966
- Art. 38: Art. 44*undecies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 4. 1966
- Art. 39: Art. 44*duodecies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 4. 1966
- Art. 40: Art. 44*tredecies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 4. 1966
- Art. 41: Art. 44*quater decies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 4. 1991
- Art. 42: Art. 44*quindecies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 4. 1991
- Art. 43: Art. 44*sedecies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 4. 1991
- Art. 44: Art. 44*septies decies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 4. 1991
- Art. 45: Art. 44*duodevicies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 4. 1991
- Art. 46: Art. 44*undevicies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 4. 1991
- Art. 47: Art. 84, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 19. 5. 1995
- Art. 48: Art. 85, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 13. 1. 1995
- Art. 49: Art. 86, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 11. 10. 1989
- Art. 50: Art. 87, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 25. 6. 1969, 29. 9. 1971 und 11. 10. 1989
- Art. 51: Art. 87*sexies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 27. 10. 1989
- Art. 52: Art. 88, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 13. 1. 1995
- Art. 53: Art. 89, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 13. 1. 1995
- Art. 54: Art. 90
- Art. 55: Art. 91
- Art. 56: Art. 92, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 13. 1. 1995
- Art. 57: Art. 93, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 13. 1. 1995
- Art. 58: Art. 94
- Art. 59: Art. 95, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 13. 1. 1995
- Art. 60: Art. 95*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 9. 1965, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 29. 9. 1971 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 3. 7. 1975 und 19. 8. 1992

- Art. 61: Art. 95^{ter}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 9. 1965, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 29. 9. 1971 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 14. 9. 1995
- Art. 62: Art. 95^{quater}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 9. 1965 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 23. 10. 1967
- Art. 63: Art. 95^{quinquies}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 9. 1965
- Art. 64: Art. 96, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1992
- Art. 65: Art. 97, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1992
- Art. 66: Art. 98, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1992
- Art. 67: Art. 99, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1992
- Art. 68: Art. 100, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1992
- Art. 69: Art. 104, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992
- Art. 70: Art. 105, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992
- Art. 71: Art. 106, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992
- Art. 72: Art. 106^{bis}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992
- Art. 73: Art. 106^{ter}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992
- Art. 74: Art. 106^{quater}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992
- Art. 75: Art. 106^{quinquies}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992
- Art. 76: Art. 106^{sexies}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992
- Art. 77: Art. 107, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 20. 10. 1992
- Art. 78: Art. 108
- Art. 79: Art. 109, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 2. 8. 1985
- Art. 80: Art. 110, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 8. 1983 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 2. 8. 1985
- Art. 81: Art. 111, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 8. 1983
- Art. 82: Art. 113
- Art. 83: Art. 114, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 2. 8. 1985
- Art. 84: Art. 115, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 8. 1983 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 2. 8. 1985 und 11. 1. 1988
- Art. 85: Art. 115^{bis}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 1. 12. 1977, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 8. 1983 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 2. 8. 1985 und 27. 10. 1989
- Art. 86: Art. 115^{ter}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 8. 1983 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 27. 10. 1989
- Art. 87: Art. 116, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 27. 10. 1989 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 6. 4. 1995 (niederländischer Text)
- Art. 88: Art. 116^{bis}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 25. 10. 1972, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 8. 1983 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 2. 8. 1985, 27. 10. 1989 und 6. 4. 1995 (niederländischer Text)
- Art. 89: Art. 116^{ter}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 1. 12. 1977 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 27. 10. 1989
- Art. 90: Art. 117
- Art. 91: Art. 118, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 2. 8. 1985
- Art. 92: Art. 119, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 28. 4. 1975 und 8. 4. 1988
- Art. 93: Art. 120
- Art. 94: Art. 121
- Art. 95: Art. 122, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 2. 8. 1985
- Art. 96: Art. 123, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 4. 1975
- Art. 97: Art. 124
- Art. 98: Art. 125
- Art. 99: Art. 126
- Art. 100: Art. 127
- Art. 101: Art. 128
- Art. 102: Art. 129
- Art. 103: Art. 130
- Art. 104: Art. 131
- Art. 105: Art. 132
- Art. 106: Art. 133, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 18. 11. 1970
- Art. 107: Art. 138, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991
- Art. 108: Art. 139, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991
- Art. 109: Art. 140, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991
- Art. 110: Art. 141, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991
- Art. 111: Art. 142, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991
- Art. 112: Art. 143, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991
- Art. 113: Art. 144, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991
- Art. 114: Art. 144^{bis}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 11. 6. 1991
- Art. 115: Art. 144^{ter}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 11. 6. 1991
- Art. 116: Art. 144^{quater}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 11. 6. 1991
- Art. 117: Art. 144^{quinquies}, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 11. 6. 1991

Art. 118: Art. 144*sexies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 11. 6. 1991

Art. 119: Art. 144*septies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 11. 6. 1991

Art. 120: Art. 153*septies decies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 12. 1982, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 4. 1991 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 23. 4. 1996

Art. 121: Art. 153*duodevicies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 12. 1982, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 4. 1991

Art. 122: Art. 153*undevicies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 12. 1982, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 4. 1991

KAPITEL II — Anwendungsbereich

Art. 123: Art. 165, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 23. 10. 1967, 25. 6. 1969, 18. 4. 1970, 3. 9. 1971, 16. 5. 1980, 1. 12. 1982, 14. 5. 1984, 25. 4. 1986, 4. 8. 1986, 6. 11. 1987, 29. 1. 1988, 3. 5. 1988 und 7. 12. 1989

Art. 124: Art. 166, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 1. 12. 1982, 8. 3. 1983, 14. 5. 1984, 29. 12. 1984, 13. 7. 1989, 29. 10. 1990 und 17. 12. 1992

Art. 125: Art. 167, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 1. 12. 1982 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1984

Art. 126: Art. 167*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 1. 12. 1982, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1984

Art. 127: Art. 168, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 7. 12. 1989

Art. 128: Art. 168*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 9. 1971

KAPITEL III — Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen

Art. 129: Art. 204*ter*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 7. 12. 1989, 23. 5. 1990, 19. 8. 1991, 17. 12. 1992 und 8. 6. 1995

Art. 130: Art. 213*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 7. 12. 1989

Art. 131: Art. 213*ter*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 7. 12. 1989

Art. 132: Art. 214*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 9. 1971, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 7. 12. 1989

Art. 133: Art. 214*quinquies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 5. 1990

Art. 134: Art. 214*sexies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 5. 1990

Art. 135: Art. 214*septies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 5. 1990 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1991

Art. 136: Art. 214*octies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 5. 1990, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1991

Art. 137: Art. 145, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 9. 9. 1993

Art. 138: Art. 146, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 9. 9. 1993 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 28. 9. 1995

Art. 139: Art. 147, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991

Art. 140: Art. 148, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991

Art. 141: Art. 149, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991

Art. 142: Art. 150, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 9. 9. 1993

Art. 143: Art. 151, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991

Art. 144: Art. 151*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 9. 9. 1993

Art. 145: Art. 152, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991

Art. 146: Art. 153, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 1. 1991

Art. 147: Art. 153*decies*, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 4. 1991

Art. 148: Art. 153*undecies*, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 5. 1992

Art. 149: Art. 153*duodecies*, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 4. 1991

Art. 150: Art. 153*terdecies*, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 5. 1992

Art. 151: Art. 153*quaterdecies*, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 4. 1991

Art. 152: Art. 153*quindecies*, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 4. 1991 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 23. 4. 1996

Art. 153: Art. 153*sedecies*, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 4. 1991 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 19. 5. 1992 und 23. 4. 1996

Art. 154: Art. 153*tricies semel*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 30. 1. 1989 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 6. 2. 1990 und 23. 6. 1995

Art. 155: Art. 153*tricies bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 24. 9. 1992 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 23. 6. 1995

KAPITEL IV — *Eintragung von heilhilfsberuflichen Mitarbeitern*

Art. 156: Art. 134

Art. 157: Art. 135

Art. 158: Art. 136, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 20. 10. 1992 (französischer Text) und 6. 4. 1995

Art. 159: Art. 137

KAPITEL V — *Bekanntmachung der Vorschriften der Versicherung, der Listen der zugelassenen Personen und der Personen und Pflegeanstalten, die einem Abkommen oder einer Vereinbarung beigetreten sind*

Art. 160: Art. 327

TITEL III — *Entschädigungs- und Mutterschaftsversicherung*KAPITEL I — *Organe*

Art. 161: Art. 11, 26, 27

Art. 162: Art. 12

Art. 163: Art. 13

Art. 164: Art. 14

Art. 165: Art. 15

Art. 166: Art. 16

Art. 167: Art. 45, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 23. 12. 1982

Art. 168: Art. 46, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 169: Art. 47, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 170: Art. 48, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 17. 6. 1982

Art. 171: Art. 49, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 172: Art. 50, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 23. 12. 1982

Art. 173: Art. 51, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 174: Art. 52, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 175: Art. 53, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 176: Art. 54, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 177: Art. 55, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 178: Art. 56, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 179: Art. 57, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 180: Art. 58, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 181: Art. 59, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 182: Art. 60, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 183: Art. 61, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 184: Art. 62, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 185: Art. 63, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 186: Art. 64, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 187: Art. 65, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 188: Art. 66, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 189: Art. 67, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 190: Art. 68, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 191: Art. 69, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 192: Art. 70, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 12. 1969

Art. 193: Art. 77, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 23. 10. 1967

Art. 194: Art. 78

Art. 195: Art. 79

Art. 196: Art. 80

Art. 197: Art. 81

Art. 198: Art. 82

KAPITEL II — *Anwendungsbereich*

Art. 199: Art. 168ter, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 18. 5. 1982

Art. 200: Art. 168quater, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 18. 5. 1982 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

Art. 201: Art. 168quinquies, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 18. 5. 1982, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

Art. 202: Art. 168sexies, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

KAPITEL III — *Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen*

- Art. 203: Art. 204, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 12. 11. 1970, 3. 9. 1971, 12. 7. 1976, 22. 4. 1985, 3. 11. 1987, 26. 4. 1989, 10. 5. 1990, 18. 5. 1992, 28. 4. 1993 und 8. 6. 1995
- Art. 204: Art. 204*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 16. 12. 1969, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989
- Art. 205: Art. 214, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 18. 5. 1971, 3. 9. 1971, 17. 10. 1977, 23. 10. 1981, 3. 11. 1987, 26. 4. 1989, 10. 5. 1990, 23. 1. 1991, 17. 12. 1992, 28. 4. 1993, 6. 4. 1995, 19. 5. 1995 und 8. 6. 1995
- Art. 206: Art. 214*quater*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 11. 1975 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 3. 11. 1987, 26. 4. 1989 und 8. 6. 1995
- Art. 207: Art. 215, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 18. 5. 1982, 26. 4. 1989 und 8. 6. 1995
- Art. 208: Art. 222
- Art. 209: Art. 223
- Art. 210: Art. 224
- Art. 211: Art. 225, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 6. 1996
- Art. 212: Art. 225*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 13. 1. 1976
- Art. 213: Art. 226, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 7. 1971 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 26. 6. 1973, 20. 12. 1977, 13. 12. 1978, 12. 4. 1984 und 30. 7. 1986
- Art. 214: Art. 227, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 22. 6. 1983 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 16. 5. 1994 und 2. 2. 1996
- Art. 215: Art. 227*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 6. 7. 1971 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 11. 12. 1974
- Art. 216: Art. 227*quinquies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 1. 1990
- Art. 217: Art. 227*sexies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 1. 1990 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 19. 10. 1993
- Art. 218: Art. 227*septies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 1. 1990 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 15. 1. 1991
- Art. 219: Art. 227*octies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 1. 1990
- Art. 220: Art. 227*undecies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 2. 1994
- Art. 221: Art. 227*nonies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 5. 8. 1991, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 25. 7. 1994
- Art. 222: Art. 227*decies*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 5. 8. 1991, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 25. 7. 1994
- Art. 223: Art. 227*decies bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 25. 7. 1994
- Art. 224: Art. 228, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 30. 7. 1976 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 8. 3. 1983, 31. 12. 1983, 26. 4. 1989, 6. 4. 1990 und 8. 6. 1995
- Art. 225: Art. 229, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 3. 1982 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 17. 6. 1982, 8. 3. 1983, 15. 10. 1987, 22. 3. 1988, 16. 11. 1990, 17. 12. 1992, 28. 4. 1993 et 14. 5. 1996
- Art. 226: Art. 229*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 30. 7. 1986, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 17. 12. 1992
- Art. 227: Art. 229*ter*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 15. 10. 1987
- Art. 228: Art. 230, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 6. 1980 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 2. 7. 1993
- Art. 229: Art. 231, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 16. 12. 1969 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 14. 3. 1974, 11. 12. 1974 und 17. 6. 1976
- Art. 230: Art. 232, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 16. 12. 1969 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 15. 10. 1987 und 28. 4. 1993
- Art. 231: Art. 232*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 17. 10. 1991 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 2. 2. 1996
- Art. 232: Art. 233, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 16. 12. 1969 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 17. 6. 1976
- Art. 233: Art. 234, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 16. 12. 1969 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 4. 6. 1987
- Art. 234: Art. 235, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 16. 12. 1969
- Art. 235: Art. 235*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 16. 12. 1969 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 17. 6. 1976
- Art. 236: Art. 236, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 17. 10. 1991
- Art. 237: Art. 237, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 12. 1971 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 17. 7. 1974 und 23. 3. 1982
- Art. 238: Art. 238, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 6. 1996
- Art. 239: Art. 239, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 6. 1. 1969 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 31. 12. 1983, 14. 6. 1985, 10. 1. 1990 und 2. 2. 1996
- Art. 240: Art. 239*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 17. 10. 1991 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 2. 2. 1996
- Art. 241: Art. 240*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 16. 12. 1969, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 13. 3. 1973 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 29. 5. 1973 (niederländischer Text)
- Art. 242: Art. 240*ter*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 16. 12. 1969 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 17. 12. 1984 und 28. 4. 1993
- Art. 243: Art. 240*quater*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 6. 1996
- Art. 244: Art. 241*bis* §§ 1 bis 3, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 2. 6. 1976 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 30. 7. 1981 und 26. 4. 1989

Art. 245: Art. 241ter, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 12. 1978 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 31. 12. 1983

TITEL IV — *Gemeinsame Bestimmungen*

KAPITEL I — *Anwendungsbereich*

Art. 246: Art. 164, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 10. 1967 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 5. 11. 1986, 3. 8. 1987, 28. 4. 1993, 10. 2. 1994 und 6. 4. 1995

Art. 247: Art. 216, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 23. 10. 1967, 3. 9. 1971, 11. 8. 1978, 11. 12. 1987, 22. 11. 1990, 17. 12. 1992 und 28. 4. 1993

Art. 248: Art. 217, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 23. 10. 1967, 3. 9. 1971, 27. 6. 1972, 23. 7. 1974, 31. 1. 1986, 26. 4. 1989 und 7. 12. 1989

Art. 249: Art. 218

Art. 250: Art. 219, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 10. 1967 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 30. 12. 1977, 25. 7. 1981 und 26. 4. 1989

Art. 251: Art. 220, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

KAPITEL II — *Bedingungen für die Bewilligung von Leistungen*

Art. 252: Art. 169, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 31. 3. 1992 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 16. 9. 1992, 17. 12. 1992 und 8. 6. 1995

Art. 253: Art. 170, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

Art. 254: Art. 171, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 7. 12. 1989 und 8. 6. 1995

Art. 255: Art. 173, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 3. 9. 1971

Art. 256: Art. 173bis, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 31. 3. 1992

Art. 257: Art. 174

Art. 258: Art. 175, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 13. 4. 1965, 23. 10. 1967 (niederländischer Text) und 4. 11. 1974

Art. 259: Art. 176, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 4. 11. 1974 und 13. 7. 1981

Art. 260: Art. 177, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 13. 4. 1965, 3. 9. 1971, 4. 11. 1974 und 7. 12. 1989 (niederländischer Text)

Art. 261: Art. 178, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 4. 11. 1974

Art. 262: Art. 179, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 4. 11. 1974 und 26. 4. 1989

Art. 263: Art. 180, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

Art. 264: Art. 181, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 4. 11. 1974 und 17. 12. 1992

Art. 265: Art. 182, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 3. 9. 1971 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 4. 11. 1974

Art. 266: Art. 183, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 13. 4. 1965

Art. 267: Art. 183bis, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 13. 7. 1981

Art. 268: Art. 184

Art. 269: Art. 185, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 13. 4. 1965 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 13. 7. 1981

Art. 270: Art. 186

Art. 271: Art. 187

Art. 272: Art. 188

Art. 273: Art. 189, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 17. 12. 1992

Art. 274: Art. 190

Art. 275: Art. 193

Art. 276: Art. 194, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 7. 12. 1989 und 28. 4. 1993

Art. 277: Art. 195, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 8. 6. 1995

Art. 278: Art. 195bis, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 10. 1967, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 8. 6. 1995 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 11. 1. 1996

Art. 279: Art. 196, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 26. 4. 1989 und 20. 9. 1989

Art. 280: Art. 197, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 26. 4. 1989 und 20. 9. 1989

Art. 281: Art. 198, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 20. 9. 1989, 28. 4. 1993 und 21. 5. 1996

Art. 282: Art. 199, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 12. 2. 1969 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 3. 9. 1971, 17. 10. 1977 und 7. 12. 1989

Art. 283: Art. 200

Art. 284: Art. 201, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 21. 5. 1996

Art. 285: Art. 203, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

Art. 286: Art. 205, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 7. 12. 1989

Art. 287: Art. 206, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

Art. 288: Art. 207, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 7. 12. 1989

Art. 289: Art. 208, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

Art. 290: Art. 210, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1991

Art. 291: Art. 210*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 23. 10. 1967 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 3. 9. 1971 und 26. 4. 1989

Art. 292: Art. 211, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

Art. 293: Art. 213, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

Art. 294: Art. 221, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 25. 6. 1969, 3. 9. 1971, 26. 4. 1989, 10. 4. 1991, 17. 12. 1992 und 15. 9. 1994

Art. 295: Art. 241, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

TITEL V — *Kontrolle und Streitsachen*

KAPITEL I — *Medizinische Kontrolle*

Art. 296: Art. 17, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 9. 1965

Art. 297: Art. 20

Art. 298: Art. 26, 27

Art. 299: Art. 28

Art. 300: Art. 242

Art. 301: Art. 243

Art. 302: Art. 244

Art. 303: Art. 245

Art. 304: Art. 246, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 28. 11. 1967

Art. 305: Art. 247

Art. 306: Art. 248, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 11. 1967 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 7. 10. 1971, 30. 9. 1976, 8. 12. 1976, 20. 10. 1992 (französischer Text) und 21. 4. 1995

Art. 307: Art. 249, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 28. 11. 1967, 7. 10. 1971, 30. 9. 1976, 2. 9. 1992 und 21. 4. 1995

Art. 308: Art. 250

Art. 309: Art. 251, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 28. 11. 1967

Art. 310: Art. 252

Art. 311: Art. 327

KAPITEL II — *Verwaltungstechnische Kontrolle*

Art. 312: Art. 21, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 29. 9. 1993, und Art. 26, 27

Art. 313: Art. 22

Art. 314: Art. 23

Art. 315: Art. 24, 28

Art. 316: Art. 25, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 23. 10. 1967

Art. 317: Art. 253, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 15. 3. 1996

Art. 318: Art. 254, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 18. 1. 1969 und abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 18. 1. 1969, 3. 9. 1971, 30. 9. 1976, 27. 11. 1979, 17. 7. 1981, 14. 5. 1986, 14. 12. 1988, 22. 3. 1991, 31. 3. 1992, 27. 4. 1993 und 15. 3. 1996

Art. 319: Art. 254*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 15. 3. 1996

Art. 320: Art. 255, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 15. 3. 1996

Art. 321: Art. 256, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 15. 3. 1996

Art. 322: Art. 257, wieder eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 30. 9. 1976

Art. 323: Art. 258, wieder eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 30. 9. 1976 und ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 24. 8. 1994

Art. 324: Art. 259, wieder eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 30. 9. 1976

Art. 325: Art. 260, wieder eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 30. 9. 1976 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 27. 4. 1993

Art. 326: Art. 261, wieder eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 30. 9. 1976 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 22. 3. 1991

Art. 327: Art. 262, wieder eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 30. 9. 1976

Art. 328: Art. 262*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 12. 7. 1991

Art. 329: Art. 262*ter*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 12. 7. 1991

KAP
ITEL III — *Vereidigung*

Art. 330: Art. 328

TITEL VI — *Finanzielle und statistische Bestimmungen*

KAPITEL I — *Einnahmeunterlagen*

Art. 331: Art. 307

Art. 332: Art. 308, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

Art. 333: Art. 309, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 26. 4. 1989

Art. 334: Art. 311, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

KAPITEL II — *Ausgabeunterlagen*

Art. 335: Art. 312, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1992

Art. 336: Art. 312*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

Art. 337: Art. 313, abgeändert durch die Königlichen Erlasse vom 21. 5. 1965, 16. 12. 1969, 3. 9. 1971, 13. 1. 1976 und 14. 5. 1986

Art. 338: Art. 315, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 1. 1990

Art. 339: Art. 316, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 1. 1990

Art. 340: Art. 317

KAPITEL III — *Herabsetzung der auf den Ausgabeunterlagen vermerkten Beträge*

Art. 341: Art. 256*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

KAPITEL IV — *Zusammenfassende Aufstellungen und finanzielle Unterlagen*

Art. 342: Art. 318, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

Art. 343: Art. 319, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

Art. 344: Art. 319*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

KAPITEL V — *Aufstellung der Mitgliederzahlen*

Art. 345: Art. 320, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

KAPITEL VI — *Statistische Tabellen*

Art. 346: Art. 321, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 14. 9. 1995

Art. 347: Art. 322, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 19. 8. 1992

Art. 348: Art. 322*bis*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 14. 9. 1995

Art. 349: Art. 322*ter*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986 und abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 14. 9. 1995

Art. 350: Art. 322*quater*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 9. 1995

Art. 351: Art. 322*quinques*, eingefügt durch den Königlichen Erlaß vom 14. 9. 1995

Art. 352: Art. 323, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 1. 1990

Art. 353: Art. 323*bis*, ersetzt durch den Königlichen Erlaß vom 10. 1. 1990

KAPITEL VII — *Besondere Bestimmungen in bezug auf internationale Verträge*

Art. 354: Art. 324

Art. 355: Art. 325, abgeändert durch den Königlichen Erlaß vom 14. 5. 1986

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 10 février 1999.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intérieur,

L. VAN DEN BOSSCHE

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 10 februari 1999.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Binnenlandse Zaken,

L. VAN DEN BOSSCHE