

Die Strafen können verdoppelt werden, wenn ein neuer Verstoß binnen zwei Jahren nach einer früheren rechtskräftigen verurteilenden Entscheidung wegen eines der im vorliegenden Gesetz erwähnten Verstöße begangen wird.

Alle Bestimmungen von Buch I des Strafgesetzbuches, einschließlich des Kapitels VII und des Artikels 85, sind anwendbar auf die im vorliegenden Gesetz vorgesehenen Verstöße.

Wir fertigen das vorliegende Gesetz aus und ordnen an, dass es mit dem Staatssiegel versehen und durch das *Belgische Staatsblatt* veröffentlicht wird.

Gegeben zu Brüssel, den 28. Dezember 1964

BALDUIN

Von Königs wegen:

Der Minister der Volksgesundheit und der Familie
J. CUSTERS

Gesehen und mit dem Staatssiegel versehen:

Der Minister der Justiz
P. VERMEYLEN

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2010 — 1978

[C - 2010/00357]

31 MAART 2010. — Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg Duitse vertaling

De hiernavolgende tekst is de Duitse vertaling van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (*Belgisch Staatsblad* van 2 april 2010).

Deze vertaling is opgemaakt door de Centrale Dienst voor Duitse vertaling in Malmedy.

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2010 — 1978

[C - 2010/00357]

31 MARS 2010. — Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé Traduction allemande

Le texte qui suit constitue la traduction en langue allemande de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (*Moniteur belge* du 2 avril 2010).

Cette traduction a été établie par le Service central de traduction allemande à Malmedy.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST INNERES

D. 2010 — 1978

[C - 2010/00357]

31. MÄRZ 2010 — Gesetz über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen Deutsche Übersetzung

Der folgende Text ist die deutsche Übersetzung des Gesetzes vom 31. März 2010 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen.

Diese Übersetzung ist von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen in Malmedy erstellt worden.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST VOLKSGESUNDHEIT, SICHERHEIT DER NAHRUNGSMITTELKETTE UND UMWELT

31. MÄRZ 2010 — Gesetz über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen

ALBERT II., König der Belgier,

Allen Gegenwärtigen und Zukünftigen, Unser Gruß!

Die Kammern haben das Folgende angenommen und Wir sanktionieren es:

KAPITEL I — Vorangehende Bestimmungen

Abschnitt 1 — Allgemeine Bestimmung

Artikel 1 - Vorliegendes Gesetz regelt eine in Artikel 78 der Verfassung erwähnte Angelegenheit.

Abschnitt 2 — Begriffsbestimmungen und Anwendungsbereich

Art. 2 - Für die Anwendung des vorliegenden Gesetzes und seiner Ausführungserlasse versteht man unter:

1. "Pflegeanbieter": eine Fachkraft oder eine Pflegeeinrichtung,
2. "Fachkraft": die im Königlichen Erlass Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe erwähnte Fachkraft sowie die im Gesetz vom 29. April 1999 über die nicht konventionellen Praktiken in den Bereichen Heilkunde, Arzneikunde, Heilgymnastik, Krankenpflege und im Bereich der Heilhilfsberufe erwähnte Fachkraft einer nicht konventionellen Praktik,

3. "Pflegeeinrichtung": jede Einrichtung, in der Gesundheitspflegeleistungen erbracht werden und die durch das am 10. Juli 2008 koordinierte Gesetz über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen geregelt wird, sowie das Krankenhaus, das vom Ministerium der Landesverteidigung verwaltet wird und in der Region Brüssel-Hauptstadt gelegen ist, die Bluttransfusionseinrichtungen und -zentren im Sinne des Königlichen Erlasses vom 4. April 1996 über die Entnahme, Verarbeitung, Lagerung und Abgabe von Blut und Blutderivaten menschlichen Ursprungs und die

Einrichtungen, die im Königlichen Erlass Nr. 143 vom 30. Dezember 1982 zur Festlegung der Bedingungen, denen die Labore entsprechen müssen im Hinblick auf die Beteiligung der Krankenversicherung für Leistungen der klinischen Biologie erwähnt sind,

4. "Gesundheitspflegeleistung": die Leistungen, die von einem Pflegeanbieter erbracht werden im Hinblick auf die Förderung, Feststellung, Wahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustands des Patienten oder die Begleitung des Patienten beim Sterben,

5. "Patient": die natürliche Person, für die, auf ihren Antrag hin oder nicht, Gesundheitspflege erbracht wird,

6. "Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen": einen Schaden, der seine Ursache in einer Gesundheitspflegeleistung hat und zurückzuführen ist auf:

a) entweder eine Handlung, die die Haftung eines Pflegeanbieters begründet,

b) oder einen medizinischen Unfall ohne Haftung,

7. "medizinischer Unfall ohne Haftung": einen Unfall in Zusammenhang mit einer Gesundheitspflegeleistung, der nicht die Haftung eines Pflegeanbieters begründet, nicht auf den Zustand des Patienten zurückzuführen ist und für den Patienten einen anormalen Schaden zur Folge hat. Der Schaden ist anormal, wenn er unter Berücksichtigung des heutigen Standes der Wissenschaft, des Zustands des Patienten und seiner objektiv vorhersehbaren Entwicklung nicht hätte eintreten müssen. Therapeutische Misserfolge und nichtschuldhaft Fehldiagnosen sind keine medizinischen Unfälle ohne Haftung.

8. "Versicherer": ein in Belgien in Anwendung des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen zugelassenes oder von der Zulassung befreites Versicherungsunternehmen,

9. "Versicherungsträger": die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände im Sinne des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände,

10. "Fonds": den in Artikel 6 erwähnten Fonds,

11. "Minister": die für die Volksgesundheit und die Sozialen Angelegenheiten zuständigen Minister.

Art. 3 - § 1 - Durch vorliegendes Gesetz wird die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen geregelt, unbeschadet des Rechts des Opfers oder seiner Rechtsnachfolger, gemäß den Regeln des allgemeinen Rechts, die Vergütung seines/ihres Schadens vor den Gerichtshöfen und Gerichten einzufordern.

§ 2 - Vom Anwendungsbereich des vorliegenden Gesetzes ausgeschlossen sind Schäden infolge:

1. eines Experiments im Sinne des Gesetzes vom 7. Mai 2004 über Experimente am Menschen,

2. einer Gesundheitspflegeleistung, die zu ästhetischen Zwecken erbracht wird und aufgrund des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung nicht erstattungsfähig ist.

§ 3 - Das Opfer eines Schadens infolge von Gesundheitspflegeleistungen oder seine Rechtsnachfolger können nicht mehrmals für denselben Schaden entschädigt werden, indem sie gleichzeitig das Verfahren vor dem Fonds anstrengen und den Rechtsweg beschreiten oder dieses Verfahren anstrengen, nachdem sie bereits auf gutlichem Wege, ungeachtet jeglichen Verfahrens, eine Entschädigung für diesen Schaden erhalten haben.

KAPITEL 2 — *Bedingungen für die Entschädigung durch den Fonds*

Art. 4 - Der Fonds entschädigt das Opfer oder seine Rechtsnachfolger gemäß dem allgemeinen Recht:

1. wenn der Schaden durch einen medizinischen Unfall ohne Haftung verursacht worden ist, insofern der Schaden eine der in Artikel 5 vorgesehenen Bedingungen mit Bezug auf die Schwere des Schadens erfüllt,

2. wenn der Fonds der Meinung ist oder wenn erwiesen ist, dass der Schaden durch eine Handlung verursacht worden ist, die die Haftung eines Pflegeanbieters begründet, dessen zivilrechtliche Haftung nicht oder nicht ausreichend durch einen Versicherungsvertrag gedeckt ist,

3. wenn der Fonds der Meinung ist, dass der Schaden durch eine Handlung verursacht worden ist, die die Haftung eines Pflegeanbieters begründet, und wenn dieser oder sein Versicherer diese Haftung bestreiten, insofern der Schaden eine der in Artikel 5 vorgesehenen Bedingungen mit Bezug auf die Schwere des Schadens erfüllt,

4. wenn der Versicherer, der die Haftung des Pflegeanbieters, der den Schaden verursacht hat, deckt, einen Entschädigungsvorschlag unterbreitet, den der Fonds für offensichtlich unzureichend erachtet.

Art. 5 - Der Schaden ist ausreichend schwer, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

1. der Patient weist eine bleibende Invalidität von 25 Prozent oder mehr auf,

2. der Patient weist eine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs aufeinanderfolgenden Monaten oder sechs nichtaufeinanderfolgenden Monaten innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten auf,

3. durch den Schaden werden die Lebensumstände des Patienten, auch wirtschaftlich gesehen, besonders schwer beeinträchtigt.

4. der Patient ist gestorben.

KAPITEL 3 — *Fonds für medizinische Unfälle*

Art. 6 - Unter der Bezeichnung "Fonds für medizinische Unfälle" wird eine öffentliche Einrichtung mit Rechtspersönlichkeit geschaffen, die in die im Gesetz vom 16. März 1954 über die Kontrolle bestimmter Einrichtungen öffentlichen Interesses vorgesehene Kategorie B eingestuft wird.

Unbeschadet des Gesetzes vom 16. März 1954 und des vorliegenden Gesetzes bestimmt der König die Regeln mit Bezug auf die Organisation und die Arbeitsweise des Fonds.

Art. 7 - § 1 - Der Verwaltungsrat des Fonds setzt sich zusammen aus:

1. vier Mitgliedern, die die Behörde vertreten,

2. vier Mitgliedern, die alle repräsentativen Arbeitgeberorganisationen und repräsentativen Selbständigenorganisationen vertreten,

3. vier Mitgliedern, die alle repräsentativen Arbeitnehmerorganisationen vertreten,

4. vier Mitgliedern, die die Versicherungsträger vertreten,

5. fünf Mitgliedern, die die Fachkräfte vertreten, von denen mindestens drei Ärzte sind,

6. drei Mitgliedern, die die Pflegeeinrichtungen vertreten, von denen mindestens eines Hygienearzt ist,
7. vier Mitgliedern, die die Patienten vertreten,
8. zwei Professoren oder Lehrbeauftragten der Rechte mit Fachkompetenz im Bereich Medizinrecht.

Der Verwaltungsrat und jede im Verwaltungsrat vertretene Gruppe muss genauso viele französischsprachige Mitglieder wie niederländischsprachige Mitglieder umfassen. Um zu prüfen, ob diese letzte Bedingung erfüllt ist, werden die Vertreter der Fachkräfte und der Pflegeeinrichtungen als eine einzige Gruppe angesehen.

Der Präsident und der Vize-Präsident gehören unterschiedlichen Sprachrollen an.

§ 2 - Der König legt fest, auf welche Weise die Mitglieder bestimmt werden.

Er ernennt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass den Präsidenten, den Vize-Präsidenten und die Mitglieder für ein erneuerbares Mandat von sechs Jahren. Er kann unter den von Ihm bestimmten Bedingungen Ersatzmitglieder ernennen.

§ 3 - Der König bestimmt die Vergütungen und Anwesenheitsgelder des Präsidenten, des Vize-Präsidenten und der Mitglieder des Verwaltungsrates des Fonds.

Art. 8 - § 1 - Der Fonds hat den Auftrag, die Entschädigung der Opfer von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen oder der Rechtsnachfolger dieser Opfer innerhalb der Grenzen der Artikel 4 und 5 zu organisieren.

Im Rahmen dieses Auftrags hat der Fonds die Aufgabe:

1. zu bestimmen, ob der vom Patienten erlittene Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen die Haftung eines Pflegeanbieters begründet oder nicht, und die Schwere des Schadens zu beurteilen. Zu diesem Zweck kann der Fonds:

a) von jeder natürlichen oder juristischen Person alle Unterlagen und Informationen anfordern, die notwendig sind, um die Ursachen, Umstände und Folgen des Schadens, der Gegenstand des Antrags ist, beurteilen zu können,

b) spezialisierte Fachkräfte hinzuziehen, um genauere Angaben zu einem spezifischen Bereich der Gesundheitspflege zu erhalten,

2. zu prüfen, ob die zivilrechtliche Verantwortlichkeit des Pflegeanbieters, der den Schaden verursacht hat, tatsächlich und ausreichend durch eine Versicherung gedeckt ist,

3. wenn er der Meinung ist, dass der Schaden die in den Artikeln 4 und 5 festgelegten Bedingungen erfüllt, den Patienten oder seine Rechtsnachfolger zu entschädigen,

4. wenn er der Meinung ist, dass der Schaden durch eine Handlung verursacht worden ist, die die Haftung eines Pflegeanbieters begründet, den Pflegeanbieter oder seinen Versicherer aufzufordern, dem Patienten oder seinen Rechtsnachfolgern einen Entschädigungsvorschlag zu unterbreiten,

5. auf Antrag des Patienten oder seiner Rechtsnachfolger, eines Pflegeanbieters oder seines Versicherers gemäß den Artikeln 1724 bis 1733 des Gerichtsgesetzbuches eine Vermittlung zu organisieren. Der Fonds kann gegebenenfalls als Partei an der Vermittlung teilnehmen,

6. auf Antrag des Patienten oder seiner Rechtsnachfolger eine Stellungnahme abzugeben über die Frage, ob der Betrag der vom Pflegeanbieter oder seinem Versicherer vorgeschlagenen Entschädigung ausreichend ist.

§ 2 - Der Fonds hat ebenfalls folgenden Auftrag:

1. auf Antrag des Ministers oder auf eigene Initiative Stellungnahmen über alle Fragen mit Bezug auf die Vorbeugung oder die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen abzugeben,

2. Statistiken über die Vergütungen zu erstellen, die aufgrund der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes bewilligt werden,

3. einen jährlichen Tätigkeitsbericht zu erstellen, der dem Minister, den Gesetzgebenden Kammern und der Föderalen Kommission "Rechte des Patienten" übergeben wird. Dieser Bericht umfasst die Analyse statistischer Daten und Finanzdaten, Empfehlungen zur Vorbeugung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen, eine Vorstellung der und einen Kommentar zu den Stellungnahmen, die der Fonds meint abgeben zu müssen. Dieser Bericht enthält keine personenbezogenen Daten.

Art. 9 - § 1 - Der Stellenplan des Fonds muss es dem Fonds ermöglichen, über die notwendige Sachkunde zu verfügen, um insbesondere seine medizinischen und juristischen Aufträge zu erfüllen.

§ 2 - Die Mitglieder des Verwaltungsrates und das Personal des Fonds sowie alle ständigen oder gelegentlichen Mitarbeiter des Fonds sind an das Berufsgeheimnis gebunden. Artikel 458 des Strafgesetzbuches findet auf sie Anwendung.

Art. 10 - Damit der Fonds seine Aufgaben erfüllen kann, kann seine Finanzierung gewährleistet werden durch:

1. einen jährlichen Betrag zu Lasten der Verwaltungskosten des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung, der vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass festgelegt wird,

2. den Ertrag aus den gemäß den Artikeln 28, 30, 31 und 32 angestregten Subrogationsklagen,

3. die Finanzerträge aus den Beträgen, über die der Fonds verfügt,

4. die Entschädigungen, die dem Fonds aufgrund der Artikel 15 Absatz 6 und 31 Absatz 6 zu entrichten sind.

Art. 11 - § 1 - Das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung stellt dem Fonds gegen Bezahlung die Dienste, das Personal, die Ausrüstung und die Einrichtungen, die für die Arbeitsweise des Fonds erforderlich sind, zur Verfügung.

§ 2 - Der König kann ebenfalls Vertragsbedienstete und statutarische Bedienstete des Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt und des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung oder eines anderen öffentlichen Dienstes an den Fonds übertragen.

Der König legt die Modalitäten für die Übertragung des Personals durch einen im Ministerrat beratenen Erlass fest.

Die Personalmitglieder werden mit ihrem Dienstgrad und ihrer Eigenschaft an den Fonds übertragen. Die betreffenden Bediensteten behalten ihr administratives und finanzielles Dienstalter.

KAPITEL 4 — Verfahren

Abschnitt 1 — Der Antrag

Art. 12 - § 1 - Jede Person, die glaubt, Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen erlitten zu haben, oder ihre Rechtsnachfolger können per Einschreibebrief beim Fonds eine Stellungnahme über die eventuelle Haftung eines Pflegeanbieters für den erlittenen Schaden sowie über die Schwere des Schadens beantragen.

§ 2 - Im Einschreibebrief wird Folgendes vermerkt:

1. die vollständige Identität der Antragsteller und, gegebenenfalls, des Patienten,
2. das Datum und die Beschreibung des Ereignisses, durch das der Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen verursacht worden ist,
3. die Beschreibung der angeführten Schäden,
4. gegebenenfalls die Identität und die Adresse des oder der betreffenden Pflegeanbieter,
5. die Angabe der eventuellen Zivil- und Strafverfahren, die infolge des betreffenden Schadens angestrengt worden sind,
6. alle Angaben, die es ermöglichen, die Ursache und die Schwere des Schadens zu beurteilen,
7. die eventuell bereits erhaltenen Entschädigungen oder Entschädigungsanträge, die in Bearbeitung sind, einschließlich der Rückzahlungen, die von einem Versicherungsträger oder Versicherer geleistet werden oder zu leisten sind,
8. die Identität des Versicherungsträgers des Antragstellers und der eventuellen Versicherer, die den Schaden vergüten können.

§ 3 - Der Antrag ist unzulässig, wenn er mehr als fünf Jahre nach dem Tag nach demjenigen, an dem der Antragsteller Kenntnis des Schadens, für den eine Entschädigung beantragt wird, oder der Verschlimmerung des Schadens und der Identität der Person, die den Schaden verursacht hat, genommen hat, oder mehr als zwanzig Jahre nach dem Tag nach demjenigen, an dem das schadensbegründende Ereignis stattgefunden hat, an den Fonds gerichtet wird.

§ 4 - Die in § 3 erwähnte Verjährungsfrist wird nach allgemeinem Recht ausgesetzt oder unterbrochen.

Die Verjährung wird ebenfalls unterbrochen, wenn der Antragsteller dem Versicherer des Pflegeanbieters oder dem Pflegeanbieter selbst seinen Willen mitteilt, entschädigt zu werden. Diese Unterbrechung endet dann, wenn der Versicherer oder der Pflegeanbieter dem Antragsteller seinen Entschädigungsbeschluss oder seine Weigerung schriftlich notifiziert.

§ 5 - Der Antrag ist ebenfalls unzulässig, wenn:

1. der Antragsteller für denselben Schaden einen vom Fonds, vom Versicherer des Pflegeanbieters oder vom Pflegeanbieter selbst unterbreiteten Vorschlag zur definitiven Entschädigung bereits angenommen hat,
2. der Antragsteller für den Schaden aufgrund einer rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung vom Fonds, vom Versicherer eines Pflegeanbieters oder vom Pflegeanbieter selbst bereits entschädigt worden ist,
3. der Antrag auf Vergütung des Schadens sowohl auf der Grundlage der Haftung eines Pflegeanbieters als auch auf der Grundlage eines medizinischen Unfalls ohne Haftung durch eine rechtskräftige gerichtliche Entscheidung für unbegründet erklärt worden ist.

§ 6 - Der Antragsteller setzt gegebenenfalls das Rechtsprechungsorgan, das mit dem Antrag auf Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen befasst ist, von der Einreichung eines Antrags beim Fonds in Kenntnis. Er setzt den Fonds auch von jeglichem Antrag auf Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen in Kenntnis, der nach allgemeinem Recht vor einem Rechtsprechungsorgan eingereicht worden ist.

Art. 13 - § 1 - Die Versendung des in Artikel 12 erwähnten Antrags setzt von Rechts wegen die Prüfung und Entscheidung der vor den Rechtsprechungsorganen des gerichtlichen Standes angestregten Zivilklagen mit Bezug auf diesen medizinischen Unfall aus, und zwar bis zum Tag nach dem Tag, an dem:

1. der Antragsteller einen endgültigen Entschädigungsvorschlag entweder des Fonds, des Pflegeanbieters oder des Versicherers dieses Letzteren annimmt,
2. der Antragsteller einen vorläufigen oder endgültigen Entschädigungsvorschlag entweder des Fonds, des Pflegeanbieters oder des Versicherers dieses Letzteren ablehnt,
3. der Fonds dem Antragsteller eine Stellungnahme notifiziert, in der er die Meinung vertritt, dass die in den Artikeln 4 und 5 vorgesehenen Bedingungen nicht erfüllt sind,
4. der Antragsteller dem Fonds seinen Willen mitteilt, das Verfahren vor dem Fonds zu beenden.

§ 2 - Die Verjährung der Zivilklagen mit Bezug auf diesen medizinischen Unfall wird unter denselben Bedingungen ausgesetzt.

§ 3 - Das Einreichen einer gerichtlichen Klage mit Bezug auf diesen medizinischen Unfall setzt die Verjährung der Klage beim Fonds oder gegen den Fonds aus.

Art. 14 - Ist der Antrag offensichtlich unzulässig, setzt der Fonds den Antragsteller unverzüglich davon in Kenntnis. Der Fonds teilt dem Antragsteller die Gründe für die Unzulässigkeit des Antrags mit und gegebenenfalls auch die Instanz, vor der der Antrag eingereicht werden kann.

Abschnitt 2 — Behandlung des Antrags

Art. 15 - Binnen einem Monat nach Empfang des Antrags bestätigt der Fonds den Empfang dieses Antrags.

Im Rahmen der Behandlung des Antrags kann der Fonds vom Antragsteller oder von dessen Rechtsnachfolgern, von allen Pflegeanbietern, die beteiligt sein könnten, oder von den Pflegeanbietern, die den Patienten behandelt haben, oder von jeder anderen Person jegliche Unterlagen und Auskünfte anfordern, die notwendig sind, um die Ursachen, Umstände und Folgen des Schadens infolge von Gesundheitspflegeleistungen, auf den sich der Antrag bezieht, beurteilen zu können.

Binnen einer Frist von einem Monat nach der Notifizierung des Antrags des Fonds übermitteln die Pflegeanbieter, der Antragsteller oder seine Rechtsnachfolger oder jede andere Person, die einen diesbezüglichen Antrag vom Fonds erhalten hat, Letzterem alle beantragten Unterlagen und Auskünfte.

Wenn der Antragsteller oder seine Rechtsnachfolger, die Pflegeanbieter oder jede andere Person dem Antrag des Fonds binnen einer Frist von einem Monat nach Notifizierung des Antrags nicht nachkommen, schickt der Fonds ein Erinnerungsschreiben.

Beantworten der Antragsteller oder seine Rechtsnachfolger das Erinnerungsschreiben des Fonds binnen einer Frist von einem Monat nach der Notifizierung des Erinnerungsschreibens nicht, wird davon ausgegangen, dass sie auf den Antrag und auf die mit dem Antrag verbundene aufschiebende Wirkung, was die Verjährung betrifft, verzichten. Dieser vorausgesetzte Verzicht beendet das Verfahren, verbietet jedoch nicht, gegebenenfalls, zu einem späteren Zeitpunkt einen neuen Antrag einzureichen, über dessen Zulässigkeit zu diesem Zeitpunkt entschieden wird.

Beantworten ein Pflegeanbieter oder jede andere Person außer dem Antragsteller und seinen Rechtsnachfolgern das Erinnerungsschreiben des Fonds binnen der Frist von einem Monat ab der Notifizierung nicht, schulden sie dem Fonds außer in Fällen höherer Gewalt von Rechts wegen eine pauschale Entschädigung von 500 EUR pro Tag ab dem Tag nach dem letzten Tag der Frist, und dies bis zur Übermittlung der beantragten Auskünfte und Unterlagen, mit einer Höchstdauer von 30 Tagen. Der Fonds setzt den Pflegeanbieter oder jede andere Person als den Antragsteller und seine Rechtsnachfolger per Einschreibebrief von dem Betrag in Kenntnis, den er beabsichtigt, von ihm/ihr als pauschale Entschädigung einzufordern, und fordert ihn/sie auf, binnen einem Monat seine/ihre eventuellen diesbezüglichen Bemerkungen mitzuteilen. Die nach Ablauf dieser Frist übermittelten eventuellen Bemerkungen werden nicht berücksichtigt.

Der in Absatz 6 erwähnte pauschale Betrag wird am 1. Januar jeden Jahres auf der Grundlage der Schwankungen des Verbraucherpreisindexes angepasst. Der angepasste Betrag darf den Betrag nicht übersteigen, der sich aus folgender Formel ergibt: dem in Absatz 6 erwähnten pauschalen Betrag multipliziert mit dem Index des Monats Dezember des abgelaufenen Jahres, geteilt durch den Index des Monats Dezember des Jahres vor dem abgelaufenen Jahr.

Wer dem Fonds in Anwendung von Absatz 6 einen Betrag schuldet, hat die Möglichkeit, gemäß dem Gerichtsgesetzbuch eine Beschwerde einzureichen.

Unbeschadet seines Rechts, vor den Richter zu laden, kann der Fonds die ihm aufgrund von Absatz 6 geschuldeten Beträge per Zwangsverfahren betreiben. Der König bestimmt, unter welchen Bedingungen und gemäß welchen Modalitäten die Verfolgung per Zwangsverfahren erfolgt, und Er bestimmt die Kosten, die mit der Verfolgung einhergehen, sowie die Modalitäten der Kostenübertragung.

Der vorliegende Artikel beeinträchtigt nicht das Recht des Fonds, des Antragstellers oder seiner Rechtsnachfolger, gegen den Pflegeanbieter eine Schadenersatzklage, eine Klage auf Vorlage von Unterlagen gemäß Teil IV Buch II Titel III Kapitel VIII Abschnitt II des Gerichtsgesetzbuches oder eine Klage aufgrund des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten einzuleiten und, gegebenenfalls, die Zahlung eines Zwangsgeldes gemäß Teil IV Buch IV Kapitel XXIII des Gerichtsgesetzbuches zu fordern.

Im Erinnerungsschreiben des Fonds, das per Einschreibebrief verschickt wird, wird bei Strafe der Nichtigkeit der Wortlaut des vorliegenden Artikels wiedergegeben.

Art. 16 - Ist der Antragsteller nicht der Patient und lebt dieser, hat der Fonds nur mittels ausdrücklicher gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten erteilten Zustimmung des Patienten oder seines Bevollmächtigten Zugriff auf die Patientenakte.

Ist der Antragsteller nicht der Patient und ist dieser gestorben, hat der Fonds nur mittels ausdrücklicher Zustimmung einer in Artikel 9 § 4 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten erwähnten Person Zugriff auf die Patientenakte.

Art. 17 - § 1 - Der Fonds kann spezialisierte Berufsfachkräfte hinzuziehen, um präzise Informationen über eine spezifische medizinische Frage zu erhalten.

§ 2 - Wenn der Antrag nicht offensichtlich unzulässig oder unbegründet ist oder wenn nicht alle am Verfahren beteiligten Parteien darauf verzichten, organisiert der Fonds eine kontradiktorische Expertise, wenn es ernsthafte Indizien dafür gibt, dass der Schaden den in Artikel 5 erwähnten Schweregrad erreicht.

Der Fonds bestimmt einen unabhängigen Sachverständigen oder, wenn dies gerechtfertigt ist, ein Sachverständigenkollegium.

In den anderen Fällen kann der Fonds eine solche Expertise organisieren.

Der Fonds verfolgt den Verlauf der Expertise und wacht insbesondere über die Einhaltung ihres kontradiktorischen Charakters.

§ 3 - Jede Partei kann beim Fonds die Ablehnung des bestimmten Sachverständigen beantragen, wenn dieser nicht über die erforderliche Unparteilichkeit verfügt, um seinen Auftrag zu erfüllen.

Ein Sachverständiger, der weiß, dass ein Ablehnungsgrund gegen ihn vorliegt, teilt dies sofort den Parteien mit und erklärt sich für unzuständig, wenn die Parteien ihn von dem Ablehnungsgrund nicht befreien.

Wenn die Parteien der Bestimmung des Sachverständigen zugestimmt haben, können sie ihn nur aus Gründen ablehnen, die seit seiner Bestimmung aufgetreten oder bekannt geworden sind.

Nach der Einsetzungsversammlung oder, in Ermangelung einer solchen Versammlung, nachdem der Sachverständige seine Arbeit aufgenommen hat, kann jedenfalls keine Ablehnung mehr vorgeschlagen werden, es sei denn, die Partei ist erst danach vom Ablehnungsgrund in Kenntnis gesetzt worden.

§ 4 - Wenn der Sachverständige sich nicht spontan für unzuständig erklärt, richtet die Partei, die die Ablehnung des Sachverständigen beantragt, einen mit Gründen versehenen diesbezüglichen Antrag an den Fonds, und zwar bei Strafe des Verfalls binnen fünfzehn Tagen ab dem Datum, an dem die Partei von den Ablehnungsgründen Kenntnis genommen hat.

Der Fonds teilt den anderen Parteien und dem Sachverständigen, dessen Ablehnung beantragt wird, diesen Antrag sofort per Einschreibebrief mit und fordert sie auf, ihm binnen fünfzehn Tagen ihre diesbezüglichen Bemerkungen mitzuteilen. Der Sachverständige muss erklären, ob er die Ablehnung annimmt oder bestreitet.

Die Ablehnung gilt als angenommen, wenn der Sachverständige sie annimmt oder Stillschweigen bewahrt.

Wenn der Sachverständige seine Ablehnung bestreitet, entscheidet der Fonds durch einen mit Gründen versehenen Beschluss über den weiteren Verbleib oder die Ablehnung des Sachverständigen. Der Fonds berücksichtigt Bemerkungen, die die Parteien ihm nach Ablauf der in Absatz 2 erwähnten Frist von fünfzehn Tagen übermittelt haben, nicht.

Nimmt der Fonds die Ablehnung an, bestimmt er sofort einen anderen Sachverständigen.

§ 5 - Der Fonds hört die betreffenden Parteien an, und zwar auf deren Antrag hin oder wenn er es für zweckmäßig hält.

Art. 18 - Der Antragsteller, sein Versicherungsträger, die betreffenden Pflegeanbieter, ihre Versicherer und die anderen Parteien im Verfahren vor dem Fonds können sich während des Verfahrens von der Person ihrer Wahl beistehen lassen.

Art. 19 - Wenn die Handlungen, durch die der Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen verursacht worden ist, es rechtfertigen, meldet der Fonds sie den zuständigen Verwaltungs-, Disziplinar- oder Gerichtsbehörden.

Art. 20 - Das Verfahren vor dem Fonds ist für den Antragsteller kostenlos.

Gegebenenfalls gehen die Sachverständigenkosten zu Lasten des Pflegeanbieters, der für den Schaden verantwortlich ist, und seines Versicherers, wenn die Haftung des Pflegeanbieters von ihm oder von seinem Versicherer anerkannt oder durch eine rechtskräftige gerichtliche Entscheidung festgestellt worden ist.

Abschnitt 3 — Stellungnahme des Fonds

Art. 21 - Binnen einer Frist von sechs Monaten nach Empfang des Antrags gibt der Fonds in einer mit Gründen versehenen Stellungnahme an, ob er der Meinung ist, dass der Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen eine seiner Ursachen in der Verantwortlichkeit eines oder mehrerer Pflegeanbieter oder in einem medizinischen Unfall ohne Haftung findet, oder dass der Schaden in keine dieser Kategorien fällt.

Wenn der Fonds der Meinung ist, dass der Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen eine seiner Ursachen in der Verantwortlichkeit eines oder mehrerer Pflegeanbieter findet, vermerkt er, ob die Verantwortlichkeit dieses Pflegeanbieters oder dieser Pflegeanbieter durch einen Haftpflichtversicherungsvertrag gedeckt ist.

Wenn der Fonds der Meinung ist, dass der Schaden infolge von Gesundheitspflegeleistungen auf einen medizinischen Unfall ohne Haftung zurückzuführen ist, vermerkt er, ob der Schaden die in Artikel 5 erwähnte Schwere aufweist.

Art. 22 - Die Stellungnahme des Fonds wird dem Antragsteller, gegebenenfalls seinem Versicherungsträger, den betreffenden Pflegeanbietern und, gegebenenfalls, ihren Versicherern per Einschreibebrief notifiziert.

Schriftstücke und Unterlagen, auf die sich die Stellungnahme stützt, sind beigelegt.

In der Notifizierung der Stellungnahme vermerkt der Fonds, welche Klagemöglichkeiten es gibt, und teilt die Fristen mit, innerhalb deren diese Klagen eingereicht werden müssen. Ist dies nicht der Fall, werden die Beschwerdefristen um sechs Monate verlängert.

In derselben Notifizierung fordert der Fonds, nötigenfalls, den Versicherer des betreffenden Pflegeanbieters auf, einen Vorschlag zur Entschädigung des Antragstellers zu unterbreiten, und setzt die anderen Parteien des Verfahrens davon in Kenntnis.

Art. 23 - Wenn der Fonds in seiner Stellungnahme befindet, dass einer der in Artikel 4 Nr. 1 oder 2 erwähnten Fälle vorliegt, wird vorgegangen wie in Abschnitt 4 beschrieben, insofern, wenn der in Artikel 4 Nr. 1 erwähnte Fall vorliegt, der Schaden die in Artikel 5 vorgesehene Schwere aufweist.

Wenn der Fonds in seiner Stellungnahme nicht befindet, dass zu einer Entschädigung aufgrund von Artikel 4 Nr. 1 oder 2 Anlass besteht, oder wenn er befindet, dass der Schaden nicht die in Artikel 5 vorgesehene Schwere aufweist, kann der Antragsteller, unbeschadet seiner Klagemöglichkeiten nach allgemeinem Recht, gemäß dem Gerichtsgesetzbuch vor dem Gericht Erster Instanz eine Klage gegen den Fonds einreichen, um die Entschädigungen zu erhalten, auf die er aufgrund des vorliegenden Gesetzes meint Anrecht zu haben.

Art. 24 - Die Stellungnahme des Fonds bindet weder den Antragsteller noch die betreffenden Pflegeanbieter und ihre Versicherer noch, gegebenenfalls, den Richter.

Abschnitt 4 — Vorschlag des Fonds

Art. 25 - § 1 - Wenn in der Stellungnahme befunden wurde, dass zu einer Entschädigung aufgrund von Artikel 4 Nr. 1 oder 2 Anlass besteht, und wenn, sofern der in Artikel 4 Nr. 1 erwähnte Fall vorliegt, der Schaden die in Artikel 5 vorgesehene Schwere aufweist, sendet der Fonds dem Antragsteller binnen einer Frist von drei Monaten ab der Notifizierung der Stellungnahme einen Entschädigungsvorschlag per Einschreibebrief zu.

In dem in Artikel 4 Nr. 3 erwähnten Fall sendet der Fonds, wenn er in Anwendung von Artikel 30 an die Stelle des Versicherers des Pflegeanbieters tritt, dem Antragsteller binnen einer Frist von drei Monaten ab der Notifizierung des Beschlusses des Pflegeanbieters oder seines Versicherers, die Haftung des Pflegeanbieters zu bestreiten, einen Entschädigungsvorschlag per Einschreibebrief zu.

In demselben Fall sendet der Fonds, wenn er in Anwendung von Artikel 32 an die Stelle des Versicherers des Pflegeanbieters tritt, dem Antragsteller binnen einer Frist von drei Monaten nach Ablauf der einmonatigen Frist, über die der Versicherer verfügt, um auf das Erinnerungsschreiben des Fonds zu antworten, einen Entschädigungsvorschlag per Einschreibebrief zu.

In dem in Artikel 4 Nr. 4 erwähnten Fall sendet der Fonds, wenn er in Anwendung von Artikel 31 an die Stelle des Versicherers des Pflegeanbieters tritt, dem Antragsteller binnen einer Frist von drei Monaten ab der Notifizierung seiner mit Gründen versehenen Stellungnahme über die offensichtliche Unzulänglichkeit des Vorschlags des Versicherers einen Entschädigungsvorschlag per Einschreibebrief zu.

§ 2 - Ist der Schaden quantifizierbar, wird im Entschädigungsvorschlag ein endgültiger Betrag angegeben.

§ 3 - Ist der Schaden nicht vollständig quantifizierbar, schlägt der Fonds die Zahlung einer vorläufigen Entschädigung vor, und zwar unter Berücksichtigung der bereits entstandenen Kosten, der Art der Verletzungen, des erlittenen Leids und des Schadens, der auf bereits abgelaufene Unfähigkeits- und Invaliditätszeiträume zurückzuführen ist. Die vorläufige Entschädigung bezieht sich ebenfalls auf den für die Zukunft meist wahrscheinlichen Schaden.

In diesem Fall richtet der Antragsteller einen Ergänzungsantrag an den Fonds, wenn der Schaden vollständig quantifizierbar ist oder sich wesentlich entwickelt hat.

§ 4 - Der Fonds zieht von seinem Vorschlag die Entschädigungen ab, auf die der Antragsteller aufgrund eines Entschädigungsversicherungsvertrags oder aufgrund des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung ein Anrecht hat.

Art. 26 - § 1 - Der Antragsteller verfügt über eine Frist von drei Monaten, um den Entschädigungsvorschlag des Fonds anzunehmen.

Reagiert der Antragsteller innerhalb dieser Frist nicht, sendet der Fonds ihm ein Erinnerungsschreiben per Einschreibebrief zu.

Reagiert der Antragsteller innerhalb einer Frist von einem Monat nach diesem Erinnerungsschreiben nicht, gilt der Vorschlag als abgelehnt. Der Antragsteller wird im Erinnerungsschreiben auf die Konsequenzen des Ausbleibens seiner Reaktion hingewiesen.

Binnen einem Monat nach der ausdrücklichen Annahme des Vorschlags zahlt der Fonds dem Antragsteller die vorgeschlagene Entschädigung aus.

§ 2 - Bevor der Antragsteller zum Vorschlag des Fonds Stellung bezieht, kann er ebenfalls innerhalb der in § 1 vorgesehenen Frist Bemerkungen zum Vorschlag des Fonds abgeben, auf die der Fonds antworten muss. Wenn der Fonds es aufgrund der Bemerkungen des Antragstellers für angebracht hält, kann er den Betrag seines Vorschlags anpassen.

Die in § 1 vorgesehenen Fristen werden für die Dauer der Untersuchung der Bemerkungen durch den Fonds ausgesetzt, ohne dass die noch zu laufende Frist jedoch weniger als zwei Monate betragen darf.

Der Fonds sendet seine Antwort mit dem gegebenenfalls angepassten Vorschlag dem Antragsteller per Einschreibebrief zu. In diesem Brief werden das Datum des Ablaufs der noch verfügbaren Frist sowie die Folgen des Ausbleibens einer Reaktion seinerseits vermerkt.

Der Antragsteller darf seine Bemerkungen jedoch nur einmal übermitteln.

Art. 27 - Bei Strafe des Verfalls bringt der Antragsteller, der den Entschädigungsvorschlag des Fonds beanstandet, die Streitsache gemäß dem Gerichtsgesetzbuch vor das Gericht, und zwar vor Ablauf der in Artikel 26 § 1 vorgesehenen, gegebenenfalls gemäß § 2 desselben Artikels verlängerten Frist. Im Rahmen dieses Verfahrens ist der Fonds weder durch seine Stellungnahme noch durch seinen Vorschlag gebunden.

Art. 28 - Wenn der Fonds den Antragsteller in Anwendung von Artikel 4 Nr. 2 entschädigt hat, tritt er in die Rechte des Antragstellers gegenüber dem Pflegeanbieter ein.

Weder der Pflegeanbieter noch der Richter sind durch den Betrag der Entschädigung, die der Fonds dem Antragsteller bewilligt hat, gebunden.

Ist der Richter der Meinung, dass die Summen, die der Fonds dem Antragsteller gezahlt hat, diesem nicht zustehen, werden sie nicht zurückgefordert.

Abschnitt 5 — Vorschlag des Versicherers des Pflegeanbieters

Art. 29 - Wird der Versicherer des Pflegeanbieters vom Fonds aufgefordert, gemäß Artikel 22 Absatz 4 einen Entschädigungsvorschlag zu unterbreiten, wird wie folgt vorgegangen.

Unbeschadet der Anwendung von Artikel 30 sendet der Versicherer des Pflegeanbieters dem Antragsteller binnen drei Monaten nach der Aufforderung durch den Fonds einen Entschädigungsvorschlag per Einschreibebrief und dem Fonds eine Kopie zu.

Ist der Schaden quantifizierbar, wird im Entschädigungsvorschlag ein endgültiger Betrag angegeben.

Ist der Schaden nicht vollständig quantifizierbar, schlägt der Versicherer des Pflegeanbieters die Zahlung einer vorläufigen Entschädigung vor, und zwar unter Berücksichtigung der bereits entstandenen Kosten, der Art der Verletzungen, des erlittenen Leids und des Schadens, der auf bereits abgelaufene Unfähigkeits- und Invaliditätszeiträume zurückzuführen ist. Die vorläufige Entschädigung bezieht sich ebenfalls auf den für die Zukunft meist wahrscheinlichen Schaden.

In diesem Fall richtet der Antragsteller einen Ergänzungsantrag an den Versicherer des Pflegeanbieters, wenn der Schaden vollständig quantifizierbar ist oder sich wesentlich entwickelt hat.

Der Versicherer des Pflegeanbieters zahlt dem Antragsteller die Entschädigung binnen einer Frist von einem Monat nach der ausdrücklichen Annahme aus und setzt den Fonds von dieser effektiven Entschädigung in Kenntnis.

Art. 30 - Artikel 29 beeinträchtigt das Recht des Pflegeanbieters oder seines Versicherers nicht, die Haftung des Pflegeanbieters zu beanstanden. Diese Beanstandung wird dem Antragsteller, gegebenenfalls dessen Versicherungsträger sowie dem Fonds vom Pflegeanbieter oder von dessen Versicherer notifiziert.

In diesem Fall tritt der Fonds, insofern eine der in Artikel 5 erwähnten Bedingungen erfüllt ist, an die Stelle des Versicherers des Pflegeanbieters und es wird gemäß den Artikeln 25 bis 27 vorgegangen.

Nachdem der Fonds den Antragsteller entschädigt hat, tritt er in die Rechte des Antragstellers gegenüber dem Pflegeanbieter und, gegebenenfalls gegenüber dem Versicherer, der die zivilrechtliche Verantwortlichkeit des Pflegeanbieters deckt, ein.

Weder der Pflegeanbieter noch der Versicherer noch der Richter sind durch den Betrag der Entschädigung, die der Fonds dem Antragsteller bewilligt hat, gebunden.

Ist der Richter der Meinung, dass die Summen, die der Fonds dem Antragsteller gezahlt hat, diesem nicht zustehen, werden sie nicht zurückgefordert.

Art. 31 - Wenn der Antragsteller einen gütlichen Entschädigungsvorschlag des Versicherers des Pflegeanbieters erhält, kann er schriftlich eine Stellungnahme des Fonds zu diesem Vorschlag beantragen.

Binnen einer Frist von zwei Monaten ab diesem Antrag gibt der Fonds eine mit Gründen versehene Stellungnahme ab. Wenn der Fonds den Vorschlag für offensichtlich unzureichend ansieht, tritt er an die Stelle des Versicherers und geht gemäß den Artikeln 25 bis 27 vor.

Der Fonds tritt in diesem Fall in die Rechte des Antragstellers gegenüber dem Pflegeanbieter und, gegebenenfalls, gegenüber dem Versicherer, der die zivilrechtliche Verantwortlichkeit des Pflegeanbieters deckt, ein.

Weder der Pflegeanbieter noch der Versicherer noch der Richter sind durch den Betrag der Entschädigung, die der Fonds dem Antragsteller bewilligt hat, gebunden.

Ist der Richter der Meinung, dass die Summen, die der Fonds dem Antragsteller gezahlt hat, diesem nicht zustehen, werden sie nicht zurückgefordert.

Wenn der Fonds gemäß Absatz 2 an die Stelle des Versicherers tritt, schuldet der Versicherer dem Fonds von Rechts wegen eine Pauschalentschädigung, die 15 Prozent des Betrags der dem Opfer vom Fonds bewilligten gesamten Entschädigung oder, gegebenenfalls, des vom Richter festgelegten Betrags entspricht, insofern Letzterer bestätigt, dass der Vorschlag des Versicherers offensichtlich unzureichend war.

Art. 32 - Wenn der Fonds in seiner Stellungnahme befunden hat, dass der Pflegeanbieter verantwortlich ist, und in diesem Fall der Antragsteller binnen einer Frist von drei Monaten ab der Notifizierung der Stellungnahme keinen gütlichen Entschädigungsvorschlag des Versicherers des Pflegeanbieters, der als verantwortlich gilt, erhalten hat, setzt der Antragsteller den Fonds davon in Kenntnis.

Der Fonds schickt ein Erinnerungsschreiben an den Versicherer des Pflegeanbieters, der über eine Frist von einem Monat ab der Notifizierung des Erinnerungsschreibens verfügt, um einen Vorschlag zu unterbreiten. Der Versicherer des Pflegeanbieters setzt den Fonds davon in Kenntnis.

In Ermangelung einer Reaktion des Versicherers des Pflegeanbieters innerhalb einer Frist von einem Monat ab der Notifizierung des Erinnerungsschreibens wird davon ausgegangen, dass der Versicherer die Verantwortlichkeit seines Versicherten bestreitet. Ist eine der in Artikel 5 festgelegten Bedingungen erfüllt, tritt der Fonds an die Stelle des Versicherers und es wird gemäß den Artikeln 25 bis 27 vorgegangen.

In diesem Fall tritt der Fonds, nachdem er den Antragsteller entschädigt hat, in die Rechte des Antragstellers ein.

Weder der Pflegeanbieter noch der Versicherer noch der Richter sind durch den Betrag der Entschädigung, die der Fonds dem Antragsteller bewilligt hat, gebunden.

Ist der Richter der Meinung, dass die Summen, die der Fonds dem Antragsteller gezahlt hat, diesem nicht zustehen, werden sie nicht zurückgefordert.

KAPITEL 5 — *Aufhebungs- und Abänderungsbestimmungen*

Art. 33 - Aufgehoben werden:

1. das Gesetz vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen, abgeändert durch die Gesetze vom 21. Dezember 2007 und 22. Dezember 2008 und teilweise für ungültig erklärt durch den Entscheid Nr. 8/2009 des Verfassungsgerichtshofes vom 15. Januar 2009,

2. das Gesetz vom 15. Mai 2007 über die Beilegung von Streitfällen im Rahmen des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen, abgeändert durch die Gesetze vom 21. Dezember 2007 und 22. Dezember 2008.

Art. 34 - In Artikel 1 des Gesetzes vom 16. März 1954 über die Kontrolle bestimmter Einrichtungen öffentlichen Interesses werden in der Kategorie B die Wörter "Fonds für medizinische Unfälle" in die alphabetische Aufzählung eingefügt.

KAPITEL 6 — *Inkrafttreten*

Art. 35 - § 1 - Der König bestimmt das Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes, außer was den vorliegenden Artikel und die Artikel 1, 6, 7, 9, 10, 11, 33 und 34 betrifft.

§ 2 - Vorliegendes Gesetz ist anwendbar auf Schäden, die auf eine Handlung zurückzuführen sind, die nach der Veröffentlichung des vorliegenden Gesetzes im *Belgischen Staatsblatt* erfolgt ist.

Wir fertigen das vorliegende Gesetz aus und ordnen an, dass es mit dem Staatssiegel versehen und durch das *Belgische Staatsblatt* veröffentlicht wird.

Gegeben zu Châteauneuf-de-Grasse, den 31. März 2010

ALBERT

Von Königs wegen:

Die Ministerin der Sozialen Angelegenheiten und der Volksgesundheit

Frau L. ONKELINX

Der Minister der Justiz

S. DE CLERCK

Der Minister der Finanzen

D. REYNDERS

Mit dem Staatssiegel versehen:

Der Minister der Justiz

S. DE CLERCK