

WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2010 — 873

[C — 2010/00108]

15 MEI 2007. — Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg Officieuze coördinatie in het Duits

De hierna volgende tekst is de officieuze coördinatie in het Duits van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (*Belgisch Staatsblad* van 6 juli 2007), zoals ze achtereenvolgens werd gewijzigd bij:

— de wet van 21 december 2007 tot wijziging van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg wat betreft de datum van inwerkingtreding (*Belgisch Staatsblad* van 31 december 2007);

— de wet van 22 december 2008 houdende diverse bepalingen (I) (*Belgisch Staatsblad* van 29 december 2008).

Deze officieuze coördinatie in het Duits is opgemaakt door de Centrale Dienst voor Duitse vertaling in Malmedy.

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2010 — 873

[C — 2010/00108]

15 MAI 2007. — Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé Coordination officieuse en langue allemande

Le texte qui suit constitue la coordination officieuse en langue allemande de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (*Moniteur belge* du 6 juillet 2007), telle qu'elle a été modifiée successivement par:

— la loi du 21 décembre 2007 modifiant la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé en ce qui concerne la date d'entrée en vigueur (*Moniteur belge* du 31 décembre 2007);

— la loi du 22 décembre 2008 portant des dispositions diverses (I) (*Moniteur belge* du 29 décembre 2008).

Cette coordination officieuse en langue allemande a été établie par le Service central de traduction allemande à Malmedy.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST INNERES

D. 2010 — 873

[C — 2010/00108]

15. MAI 2007 — Gesetz über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen Inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache

Der folgende Text ist die inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen, so wie es nacheinander abgeändert worden ist durch:

— das Gesetz vom 21. Dezember 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen, was das Datum des Inkrafttretens betrifft,

— das Gesetz vom 22. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen (I).

Diese inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache ist von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen in Malmedy erstellt worden.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST SOZIALE SICHERHEIT

15. MAI 2007 — Gesetz über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen

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 - § 1 - Für die Anwendung des vorliegenden Gesetzes und seiner Ausführungserlasse versteht man unter:

1. "Fachkraft": die im Königlichen Erlass Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe erwähnte Fachkraft,

2. "Pflegeeinrichtung": jede Einrichtung, in der Gesundheitspflegeleistungen erbracht werden und die durch das am 7. August 1987 koordinierte Gesetz über die Krankenhäuser geregelt wird, sowie das Krankenhaus, das vom Ministerium der Landesverteidigung verwaltet wird und in der Region Brüssel-Hauptstadt gelegen ist, die Bluttransfusionszentren 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,

3. "Pflegeanbieter": eine in Nr. 1 erwähnte Fachkraft, die eine Pflegeleistung erbringt, oder eine in Nr. 2 erwähnte Pflegeeinrichtung, in der Gesundheitspflegeleistungen im Sinne des vorliegenden Gesetzes erbracht werden,

4. "Gesundheitspflegeleistungen": die Leistungen, die von einem Pflegeanbieter im Rahmen der Ausübung seines Berufs erbracht werden im Hinblick auf:

a) die Förderung, Feststellung, Wahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustands oder der Ästhetik des Patienten,

b) die Spende von menschlichem Körpermaterial durch den Patienten,

c) Empfängnisverhütung oder einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch,

d) Entbindungen,

e) die Begleitung des Patienten beim Sterben,

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

6. "Versicherungsunternehmen": ein in Belgien in Anwendung des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen zugelassenes oder von der Zulassung befreites Versicherungsunternehmen,
7. "Fonds": den in Artikel 12 erwähnten Fonds,
8. "Aufsichtsminister": den für die Volksgesundheit zuständigen Minister und den für die Wirtschaft zuständigen Minister,
9. "Rechtsnachfolger": die in § 2 des vorliegenden Artikels erwähnten Personen,
10. "Antragsteller": den Patienten oder seine Rechtsnachfolger oder ihre gesetzlichen Vertreter, die gemäß den in Artikel 17 erwähnten Regeln einen Antrag auf Entschädigung an den Fonds richten,
11. "Versicherungsträger": einen Landesverband, die Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung und die Kasse für Gesundheitspflege der Nationalen Gesellschaft der Belgischen Eisenbahnen.

§ 2 - Unter Rechtsnachfolgern des verstorbenen Patienten versteht man:

1. den Ehepartner, der zum Zeitpunkt des schadensbegründenden Ereignisses weder geschieden noch von Tisch und Bett getrennt ist,
2. den Ehepartner, der zum Zeitpunkt des Todes des infolge der Gesundheitspflegeleistung gestorbenen Patienten weder geschieden noch von Tisch und Bett getrennt ist, unter der Bedingung:
 - dass die nach dem schadensbegründenden Ereignis eingegangene Ehe mindestens ein Jahr vor dem Tod des Patienten geschlossen wurde oder
 - dass ein Kind aus der Ehe hervorgegangen ist oder
 - dass zum Zeitpunkt des Todes ein Kind zu Lasten ist, für das einer der Ehepartner Kinderzulagen bezog,
3. den geschiedenen oder von Tisch und Bett getrennten Hinterbliebenen, der gesetzlichen oder vertraglich festgelegten Unterhalt zu Lasten des verstorbenen Patienten bezog,
4. die Kinder des verstorbenen Patienten,
5. die Kinder des Ehepartners des verstorbenen Patienten, wenn ihre Abstammung zum Zeitpunkt des Todes des Patienten feststeht,
6. die vom verstorbenen Patienten oder seinem Ehepartner vor dem Tod adoptierten Kinder,
7. den Vater oder die Mutter des verstorbenen Patienten, der zum Zeitpunkt des Todes weder einen Ehepartner noch Kinder als Rechtsnachfolger hinterlässt.

Adoptivvater haben dieselben Rechte wie die Eltern des verstorbenen Patienten,

8. den Vater oder die Mutter des verstorbenen Patienten, der zum Zeitpunkt des Todes einen Ehepartner ohne Kinder als Rechtsnachfolger hinterlässt.

Adoptivmutter haben dieselben Rechte wie die Eltern des verstorbenen Patienten,

9. bei Vorversterben des Vaters oder der Mutter des Opfers, das zum Zeitpunkt des Todes weder einen Ehepartner noch Kinder als Rechtsnachfolger hinterlässt, jeden Verwandten in aufsteigender Linie des Vorverstorbenen,
10. die Enkelkinder des verstorbenen Patienten, der keine Kinder als Rechtsnachfolger hinterlässt oder von dem ein Kind beziehungsweise mehrere Kinder vorverstorben sind; Kinder, für die aufgrund der Leistungen des verstorbenen Patienten oder des Ehepartners Kinderzulagen gewährt werden, werden Enkelkindern gleichgestellt, insofern sie noch nicht im vorliegenden Paragraphen erwähnt sind, selbst wenn ihr Vater oder ihre Mutter noch leben,
11. die Geschwister des verstorbenen Patienten, der keinen anderen Rechtsnachfolger hinterlässt.

§ 3 - Der gesetzlich zusammenwohnende Partner und der tatsächlich zusammenwohnende Partner, mit dem der verstorbene Patient seit mindestens zwei Jahren zusammenwohnte, werden dem Ehepartner im Sinne von § 2 gleichgestellt.

Die gerichtliche Feststellung der Abstammung wird für die Anwendung von § 2 nur berücksichtigt, sofern das Verfahren zur Feststellung der Abstammung vor dem Datum des Todes infolge der medizinischen Leistung, durch die der Schaden entstanden ist, eingeleitet worden ist, außer wenn das Kind gezeugt, aber noch nicht geboren, oder geboren, aber noch nicht angemeldet war.

Adoptivkinder, die gemäß den Bestimmungen von Artikel 365-15 des Zivilgesetzbuches ihre Rechte in ihrer Ursprungsfamilie und in ihrer Adoptivfamilie geltend machen können, dürfen Rechte, auf die sie in jeder dieser Familien Anspruch hätten, nicht anhäufen. Sie dürfen sich jedoch entweder für die Rente, auf die sie in ihrer Ursprungsfamilie Anspruch haben, oder für die Rente, auf die sie in ihrer Adoptivfamilie Anspruch haben, entscheiden. Adoptivkinder können stets auf ihre Entscheidung zurückkommen, sollte sich erneut ein tödlicher Unfall in ihrer Ursprungs- oder Adoptivfamilie ereignen.

Die Bestimmungen des vorliegenden Paragraphen finden ebenfalls Anwendung auf die in Artikel 355 des Zivilgesetzbuches vorgesehenen Fälle.

Verwandte in aufsteigender Linie, Enkelkinder, Brüder und Schwestern werden als Rechtsnachfolger im Sinne des vorliegenden Artikels nur angesehen, wenn sie direkten Nutzen aus der Entlohnung des Opfers gezogen haben. Es wird angenommen, dass dies für diejenigen der Fall ist, die unter demselben Dach wohnten.

Wenn es sich beim verstorbenen Opfer um einen Lehrling handelt, der keine Entlohnung bezog, werden die obenerwähnten Personen in Abweichung vom vorhergehenden Absatz, dennoch als Rechtsnachfolger angesehen, wenn sie unter demselben Dach wohnten.

Art. 3 - § 1 - Vorliegendes Gesetz zielt darauf ab, die in Belgien durch einen Pflegeanbieter verursachten Schäden, die Patienten und ihre Rechtsnachfolger erlitten haben, unter den Bedingungen und innerhalb der Grenzen, die im vorliegenden Gesetz vorgesehen sind, zu ersetzen.

§ 2 - Schäden, die auf ein Experiment im Sinne des Gesetzes vom 7. Mai 2004 über Experimente am Menschen zurückzuführen sind, sind vom Anwendungsbereich des vorliegenden Gesetzes ausgeschlossen.

§ 3 - Die in § 1 erwähnten Schäden, die ausschließlich von einem Dritten, der nicht der Pflegeanbieter ist, verursacht werden, sind vom Anwendungsbereich des vorliegenden Gesetzes ausgeschlossen.

Wenn ein Dritter eine Handlung vornimmt, durch die ein Schaden verursacht wird, und dieser Schaden anschließend durch den Pflegeanbieter verschlimmert wird oder im umgekehrten Fall, wird nur der Teil des Schadens, der vom Pflegeanbieter verursacht worden ist, durch vorliegendes Gesetz gedeckt; ist es nicht möglich, diesen Unterschied zu machen, findet vorliegendes Gesetz auf den gesamten Schaden Anwendung.

KAPITEL II — Schadenersatz

Art. 4 - Die Patienten und ihre Rechtsnachfolger werden unter den im vorliegenden Gesetz vorgesehenen Bedingungen von einem Versicherungsunternehmen und vom Fonds entschädigt für Schäden infolge:

1. einer Gesundheitspflegeleistung,
2. der Nichterbringung einer Gesundheitspflegeleistung, die der Patient unter Berücksichtigung des Standes der Wissenschaft berechtigterweise erwarten konnte,
3. einer Infektion anlässlich einer Gesundheitspflegeleistung.

Art. 5 - § 1 - Nicht ersetzt werden Schäden, die zurückzuführen sind auf:

1. den ursprünglichen Zustand des Patienten und/oder die vorhersehbare Entwicklung dieses Zustands unter Berücksichtigung des Zustands des Patienten und des Standes der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Gesundheitspflegeleistung,
2. den vorsätzlichen Fehler des Patienten oder die Weigerung des Patienten oder seines Vertreters, die vorgeschlagenen Pflegeleistungen nach ordnungsgemäßer Information zu erhalten,
3. die normalen und vorhersehbaren Risiken und Nebenwirkungen in Zusammenhang mit der Gesundheitspflegeleistung unter Berücksichtigung des ursprünglichen Zustands des Patienten und des Standes der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Gesundheitspflegeleistung.

§ 2 - Niemand kann Schadenersatz fordern aufgrund der alleinigen Tatsache, dass er geboren wurde.

Die Person, die infolge einer Gesundheitspflegeleistung mit einer Behinderung geboren wurde, kann einen Schadenersatz erhalten, wenn die Leistung die Behinderung verursacht oder verschlimmert hat oder es nicht ermöglicht hat, Maßnahmen zu ergreifen, um die Folgen der Behinderung zu mildern.

Erleiden die Eltern eines Kindes, das infolge eines schwerwiegenden oder vorsätzlichen Fehlers eines Pflegeanbieters mit einer während der Schwangerschaft nicht erkannten Behinderung geboren worden ist, im Sinne des vorliegenden Gesetzes einen Schaden, können diese Eltern eine Entschädigung für den von ihnen erlittenen Schaden beantragen. Dieser Schaden kann nicht die besonderen Kosten umfassen, die sich während des ganzen Lebens des Kindes aus dieser Behinderung ergeben.

Art. 6 - § 1 - Der Fonds und das Versicherungsunternehmen ersetzen sowohl den wirtschaftlichen als auch den nichtwirtschaftlichen Schaden des Patienten oder seiner Rechtsnachfolger innerhalb der in § 2 vorgesehenen Grenzen.

Der Fonds und das Versicherungsunternehmen entschädigen den Patienten für:

1. den wirtschaftlichen Schaden infolge der körperlichen Schädigung, der Verringerung oder des Verlusts der Tauglichkeit des Patienten, eine Tätigkeit auszuüben, die ihm ein berufliches Einkommen verschafft oder zumindest einen wirtschaftlichen Wert hat,
2. die Kosten der Pflegeleistungen, die infolge des durch den Patienten erlittenen Schadens entstanden sind,
3. die Kosten für Unterstützungsleistungen und insbesondere bei Abhängigkeit,
4. den nichtwirtschaftlichen Schaden.

Der Fonds und das Versicherungsunternehmen entschädigen die Rechtsnachfolger für:

1. den wirtschaftlichen Schaden, und zwar die Verringerung oder den Verlust der Tauglichkeit des Patienten, eine Tätigkeit auszuüben, die den Rechtsnachfolgern ein berufliches Einkommen verschafft oder zumindest einen wirtschaftlichen Wert hat, aus dem sie einen persönlichen und direkten Vorteil zogen,
2. die Bestattungskosten und die Kosten, die mit der Überführung des verstorbenen Patienten an den Ort, an dem die Rechtsnachfolger ihn beerdigen oder einäschern lassen wollen, verbunden sind,
3. den moralischen Schaden.

§ 2 - Die Regeln mit Bezug auf die Entschädigung werden vom König näher bestimmt.

Der König kann weder eine Franchise noch einen Höchstbetrag für die Vergütung der Pflegeleistungen festlegen, die infolge des Schadens, den das Opfer erlitten hat, erforderlich sind.

Er kann eine Franchise von höchstens 435,27 EUR und einen Höchstbetrag, der 2.176.373,29 EUR nicht unterschreiten darf, für die Entschädigung des wirtschaftlichen Schadens festlegen. Der Betrag von 435,27 EUR wird auf 217,64 EUR verringert, wenn der Antragsteller ein Patient ist, der die erhöhte Beteiligung bezieht.

Er kann einen Betrag, der 870.549,32 EUR nicht unterschreiten darf, für die Beteiligung des Fonds und der Versicherungsunternehmen an der Vergütung der Kosten für die Hilfe durch Dritte festlegen.

Er kann eine Franchise von höchstens 1741,10 EUR und einen Höchstbetrag, der 870.549,32 EUR nicht unterschreiten darf, für die Entschädigung des moralischen Schadens festlegen. Der Betrag von 1741,10 EUR wird auf 870,55 EUR verringert, wenn der Antragsteller ein Patient ist, der die erhöhte Beteiligung bezieht.

Er kann einen Höchstbetrag, der 4352,75 EUR nicht unterschreiten darf, für die Vergütung der Bestattungskosten festlegen.

Er kann ebenfalls eine Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage festlegen, unterhalb deren das Opfer kein Anrecht auf eine Entschädigung durch den Fonds oder die Versicherungsunternehmen hat.

Die im vorliegenden Artikel erwähnten Beträge sind an den Schwellenindex 103,14 (Basis 1996 = 100) gebunden und werden auf dieselbe Weise wie für die Pensionen an den Verbraucherpreisindex angepasst.

§ 3 - Was die Entschädigung betrifft, die der Fonds und das Versicherungsunternehmen dem Patienten oder seinen Rechtsnachfolgern aufgrund der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes oder aufgrund der Ausführungserlasse des vorliegenden Gesetzes zahlen, wird davon ausgegangen, dass sie den in § 1 erwähnten Schaden vollständig ersetzt, unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 7 § 1.

§ 4 - Die in § 3 erwähnte vollständige Entschädigung ist auf den Teil des Schadens beschränkt, der nicht aufgrund einer anderen Regelung ersetzt wird.

KAPITEL III — *Zivilrechtliche Verantwortlichkeit*

Art. 7 - § 1 - Der Patient oder seine Rechtsnachfolger, der Fonds, das Versicherungsunternehmen, der Versicherungsträger und der Zusatzversicherer können keine Klage gemäß den Regeln der zivilrechtlichen Verantwortlichkeit gegen den Pflegeanbieter anstrengen, außer:

1. im Falle eines vorsätzlichen Fehlers des Pflegeanbieters oder
2. im Falle eines schwerwiegenden Fehlers des Pflegeanbieters, wie in § 4 bestimmt.

In den in Absatz 1 erwähnten Fällen darf nur die nach allgemeinem Recht gewährte Entschädigung, die auf die Entschädigung von Schäden, so wie sie durch vorliegendes Gesetz gedeckt sind, keinen Bezug haben kann, zusammen mit den aufgrund des vorliegenden Gesetzes gewährten Entschädigungen bezogen werden.

Der Fonds, das Versicherungsunternehmen, der Versicherungsträger oder der Zusatzversicherer können die in § 1 erwähnte Klage nur innerhalb der Grenzen des durch Artikel 30 anerkannten Anrechts auf Forderungsübergang anstrengen.

§ 2 - Der Auftritt als Zivilpartei im Rahmen einer gegen die Pflegeanbieter angestregten Klage ist nur zulässig, sofern diese Klage auf eine Verurteilung zur Zahlung einer moralischen Entschädigung von einem symbolischen Euro abzielt, unbeschadet der Bestimmungen von § 1.

§ 3 - Der Fonds und das Versicherungsunternehmen bleiben dazu verpflichtet, die aufgrund der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes geschuldete Entschädigung zu zahlen, ungeachtet der Anwendung von § 1.

§ 4 - Nur die folgenden Fälle werden als schwerwiegende Fehler angesehen, die die Anwendung von § 1 zur Folge haben können:

1. der Schaden infolge eines Zustands der Alkoholvergiftung oder unter Einfluss von Betäubungsmitteln, es sei denn, der Versicherte weist nach, dass es keinen Kausalzusammenhang zwischen diesen Umständen und dem Schaden gibt,
2. der Schaden infolge einer Verweigerung der Hilfeleistung für Personen in Gefahr, wofür der Täter in Anwendung von Artikel 422*bis* des Strafgesetzbuches verurteilt worden ist,
3. der Schaden infolge der Ausübung verbotener Tätigkeiten in Anwendung der Bestimmungen des Königlichen Erlasses Nr. 78 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe.

KAPITEL IV — *Pflichtversicherung*

Art. 8 - Um den in Artikel 4 erwähnten Schaden zu ersetzen, muss der Pflegeanbieter bei einem Versicherungsunternehmen eine Versicherung gemäß den Bestimmungen der Artikel 9, 10 und 11 abschließen.

Mit Ausnahme der anders lautenden Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes finden die Bestimmungen des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag Anwendung auf die in Absatz 1 erwähnten Verträge.

Art. 9 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 10 deckt das Versicherungsunternehmen alle Risiken, die auf einen in Kapitel II des vorliegenden Gesetzes erwähnten Schadensfall zurückzuführen sind.

Der Versicherungsvertrag muss ebenfalls alle Risiken abdecken, die auf einen von den Organen und den Angestellten eines Pflegeanbieters verursachten Schaden zurückzuführen sind, wenn sie unter der Verantwortung und Aufsicht des Pflegeanbieters handeln.

Art. 10 - Der Versicherungsvertrag muss alle Leistungen der Personen, die in der Pflegeeinrichtung arbeiten, und alle unter der Verantwortung der Fachkraft erbrachten Leistungen abdecken.

Vorbehaltlich einer anders lautenden Bestimmung deckt die Versicherung einer Pflegeeinrichtung jegliche Leistungen aller Fachkräfte, die dort eine Haupt- oder Nebentätigkeit ausüben.

Die in Absatz 2 erwähnte anders lautende Bestimmung kann nicht zur Folge haben, dass die Pflegeeinrichtung nicht verpflichtet ist, alle von Fachkräften in der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen zu decken.

Die Bestimmungen in Bezug auf die Weitergabe der individuellen Prämien, die in Anwendung der von einer Pflegeeinrichtung abgeschlossenen Gruppenversicherung zu zahlen sind, sind in der Allgemeinen Ordnung über die Rechtsverhältnisse jeder Pflegeeinrichtung enthalten; sie bieten die Möglichkeit, die Prämien jeder Fachkraft entsprechend ihrem Fachbereich und ihrer Tätigkeit jährlich individuell anzupassen, ohne dass durch die Weitergabe dieser Prämien die tatsächlichen Kosten überschritten werden.

Art. 11 - § 1 - Der Versicherer haftet für die Schäden, die durch einen selbst schwerwiegenden Fehler des Pflegeanbieters oder des Patienten verursacht werden.

Klauseln, die darauf abzielen sollten, den Umfang oder die Fristen der Garantie oder der Deckung zu beschränken, zu verringern oder zu streichen, gelten als ungeschrieben.

§ 2 - Die Garantie darf nicht auf einen Betrag unter 2.176.373,29 EUR pro Opfer beschränkt werden.

Die im vorliegenden Artikel erwähnten Beträge sind an den Schwellenindex 103,14 (Basis 1996 = 100) gebunden und werden auf dieselbe Weise wie die Pensionen an den Verbraucherpreisindex angepasst.

§ 3 - Der Versicherer muss den Nachweis dafür erbringen, dass er von seiner Haftpflicht befreit ist oder die Möglichkeit hat, in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 7 § 1 gegen den Pflegeanbieter anzugehen.

KAPITEL V — *Fonds für die Entschädigung von Gesundheitspflegeleistungsunfällen*

Art. 12 - § 1 - Unter der Bezeichnung "Fonds für die Entschädigung von Gesundheitspflegeleistungsunfällen" wird ein Staatsdienst mit getrennter Geschäftsführung im Sinne von Artikel 140 der am 17. Juli 1991 koordinierten Gesetze über die Staatsbuchführung geschaffen, der mit den in Artikel 14 erwähnten Aufträgen betraut ist.

Der Fonds steht unter der unmittelbaren Amtsgewalt des für die Volksgesundheit zuständigen Ministers.

§ 2 - Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Regeln mit Bezug auf die administrative, budgetäre, finanzielle und buchhalterische Organisation des Fonds unter Einhaltung der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes.

Art. 13 - § 1 - Der König bestimmt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Aufträge des geschäftsführenden Ausschusses des Fonds.

§ 2 - Der geschäftsführende Ausschuss des Fonds setzt sich aus Mitgliedern zusammen, die aufgrund ihrer Kenntnisse und ihrer Erfahrung in den Bereichen, für die der Fonds zuständig ist, bestimmt werden.

Der geschäftsführende Ausschuss des Fonds setzt sich aus den folgenden Mitgliedern zusammen, die vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass bestimmt werden:

1. drei Fachkräften, von denen mindestens eine Doktor der Medizin ist,
2. zwei Mitgliedern mit Fachkompetenz und Erfahrung im Bereich Pflegeeinrichtungen, von denen eines Hygienearzt ist,
3. drei Mitgliedern, die die Krankenkassen vertreten,
4. drei Mitgliedern, die die Versicherungsgesellschaften vertreten,
5. zwei Juristen mit Fachkompetenz und Erfahrung im Bereich der Patientenrechte,
6. zwei Vertretern der Patientenvereinigungen,
7. einem Vertreter des für die Sozialen Angelegenheiten zuständigen Ministers und einem Vertreter des für die Wirtschaft zuständigen Ministers,
8. einem Präsidenten mit Erfahrung in den durch das vorliegende Gesetz bestimmten Angelegenheiten.

Art. 14 - Der Fonds hat folgenden Auftrag:

1. die Liste der versicherten Pflegeanbieter zu erstellen und aufzubewahren,
2. die Anträge auf Entschädigungen entgegenzunehmen, gegebenenfalls fehlende Unterlagen und Informationen nachzufordern, den Empfang vollständiger Anträge auf Entschädigung zu bestätigen und diese Anträge an das betreffende Versicherungsunternehmen weiterzuleiten,
3. seine Zustimmung zum Entwurf des Entschädigungsbeschlusses zu geben, den das Versicherungsunternehmen ihm unterbreitet hat,
4. bei Uneinigkeit mit dem Versicherungsunternehmen über den Entwurf des mit Gründen versehenen Entschädigungsbeschlusses einen Gegenvorschlag auszuarbeiten und ihn dem betreffenden Versicherungsunternehmen zu notifizieren,
5. die von den Versicherungsunternehmen an die Patienten oder Rechtsnachfolger gerichteten Notifizierungen gemäß den vom König festgelegten Modalitäten entgegenzunehmen und aufzubewahren,
6. gegebenenfalls die Zahlung einer Entschädigung an den Patienten oder seine Rechtsnachfolger gemäß den Bestimmungen von Artikel 27 vorzunehmen,
7. bei andauernder Uneinigkeit mit dem Versicherungsunternehmen über den Betrag der Entschädigung den Schiedsrichter hinzuzuziehen gemäß den in Artikel 2 des Gesetzes 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 vorgesehenen Modalitäten,
8. die Frist für die Beschlussfassung und für die Notifizierung dieses Beschlusses durch die Versicherungsunternehmen zu prüfen und gegebenenfalls den Versicherungsunternehmen eine administrative Geldbuße pro Tag Verspätung aufzuerlegen,
9. Empfehlungen im Hinblick auf eine Politik zur Vorbeugung von Schäden, die durch oder anlässlich von Gesundheitspflegeleistungen verursacht werden, sowie Empfehlungen für die Aufsichtsminister auszusprechen; zu diesem Zweck und um über die erforderlichen Daten zu verfügen, registriert der Fonds systematisch auf anonyme Weise die Fälle, die ihm vorgelegt werden, und deren Verlauf,
10. vor Gericht aufzutreten, um seine Rechte geltend zu machen und zu wahren,
11. Statistiken über die Entschädigungen zu erstellen, die aufgrund der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes bewilligt werden. Diese Statistiken umfassen keine personenbezogenen Daten.

Art. 15 - Der Fonds erstellt ab Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes einen jährlichen Tätigkeitsbericht, der den Aufsichtsministern übergeben wird.

Dieser Bericht umfasst unter anderem eine Übersicht und eine Analyse der statistischen Daten und der Finanzdaten, Empfehlungen zur Vorbeugung von Schäden, die durch oder anlässlich von Gesundheitspflegeleistungen verursacht werden, sowie eine Vorstellung der und einen Kommentar zu den in diesem Zeitraum gefassten Beschlüssen.

Art. 16 - Die Mitglieder des geschäftsführenden Ausschusses, die Personalmitglieder des Fonds, die vom Fonds beauftragten Sachverständigen sowie jegliche Personen, die in die Aufträge des Fonds eingebunden sind, sind verpflichtet, die Vertraulichkeit der Daten zu wahren, die ihnen im Rahmen der Ausführung ihres Auftrags anvertraut werden und sich auf diesen Auftrag beziehen. Artikel 458 des Strafgesetzbuches findet auf sie Anwendung.

KAPITEL VI — Verfahren

Abschnitt 1 — Der Antrag

Art. 17 - § 1 - Zur Vermeidung des Verfalls muss der Antrag auf Entschädigung dem Fonds binnen fünf Jahren ab dem Tag, an dem das Opfer oder seine Rechtsnachfolger Kenntnis des Schadens genommen haben oder nach vernünftigem Ermessen Kenntnis des Schadens hätten haben müssen, per Einschreibebrief zukommen.

§ 2 - Zur Vermeidung des Verfalls muss der Antrag auf Entschädigung binnen einer Frist von zwanzig Jahren ab dem Tag nach dem Tag des schadensbegründenden Ereignisses eingereicht werden.

§ 3 - Der König bestimmt die Angaben, die zur Stützung des Antrags auf Entschädigung mitgeteilt werden müssen.

Jeder, der in Anwendung des vorliegenden Artikels einen Antrag beim Fonds einreicht, ist verpflichtet, diesem die Liste der Pflicht- oder Zusatzversicherungen zu übermitteln, die zu seinen Gunsten abgeschlossen worden sind und aufgrund deren er eine Entschädigung für die im vorliegenden Gesetz erwähnten Schäden erhalten kann.

Der Antragsteller kann entweder bei Einreichung des Antrags oder im Laufe der Bearbeitung der Akte durch das Versicherungsunternehmen oder den Fonds in der Akte alle Angaben vermerken, die er für die Bearbeitung der Akte für dienlich erachtet.

Der König kann einen Pauschalbetrag festlegen, den der Antragsteller dem Fonds entrichten muss, um seine Akte einzureichen.

Er bestimmt ebenfalls die Modalitäten für die Zahlung dieses Betrags.

§ 4 - Binnen fünfzehn Tagen nach Versendung des vollständigen Antrags auf Entschädigung übermittelt der Fonds eine Empfangsbestätigung per Einschreibebrief.

§ 5 - Ist der Fonds der Meinung, dass der Antrag unvollständig ist, setzt er den Antragsteller binnen fünfzehn Tagen nach Empfang des unvollständigen Antrags per Einschreibebrief davon in Kenntnis; der Antragsteller verfügt dann über eine Frist von dreißig Tagen, um seinen Antrag zu vervollständigen.

Abschnitt 2 — Behandlung des Antrags

Art. 18 - § 1 - Nachdem der Fonds den Empfang des Antrags auf Entschädigung bestätigt hat, übermittelt er ihn in Anwendung der Bestimmungen von Artikel 10 binnen einer Frist von fünfzehn Tagen ab Empfang des vollständigen Antrags an das betreffende Versicherungsunternehmen.

§ 2 - Hat der Pflegeanbieter keinen Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen im Hinblick auf die Anwendung des vorliegenden Gesetzes geschlossen, behandelt der in Artikel 28 erwähnte Gemeinsame Garantiefonds den Antrag auf Entschädigung.

§ 3 - Binnen zehn Tagen nach Übermittlung des Antrags auf Entschädigung durch den Fonds setzt das Versicherungsunternehmen den Antragsteller per Einschreibebrief von seinem Beitritt in Kenntnis.

Art. 19 - § 1 - Wenn das Versicherungsunternehmen oder der Fonds es für notwendig erachten, über zusätzliche Unterlagen oder Auskünfte zu verfügen, um den Antrag auf Entschädigung effizient behandeln zu können, sendet es oder er dem Antragsteller eine Auflistung der gewünschten zusätzlichen Unterlagen und Auskünfte per Einschreibebrief zu. Eine Kopie des Briefes des Versicherungsunternehmens und eine Kopie der Liste gehen an den Fonds.

§ 2 - Binnen dreißig Tagen nach der Beantragung zusätzlicher Unterlagen und Auskünfte übermittelt der Antragsteller dem Versicherungsunternehmen oder dem Fonds alle Angaben, über die er verfügt oder verfügen kann, damit sie prüfen können, ob die Bedingungen für die Gewährung einer Entschädigung erfüllt sind, und damit sie den Schaden veranschlagen können.

In diesem Fall wird die in Artikel 24 erwähnte Frist während dreißig Tagen ausgesetzt.

Art. 20 - Ist der Antragsteller nicht der Patient und lebt dieser, haben der Fonds und das Versicherungsunternehmen nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder seines gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten bestimmten Bevollmächtigten Zugriff auf die medizinische Akte des Patienten.

Ist der Antragsteller nicht der Patient und ist dieser verstorben, haben der Fonds und das Versicherungsunternehmen nur mit ausdrücklicher Zustimmung des gesetzlich Bevollmächtigten im Sinne von Artikel 14 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten Zugriff auf die medizinische Akte des Patienten.

Art. 21 - Der Fonds und die Versicherungsunternehmen dürfen die im Rahmen der Anwendung des vorliegenden Gesetzes gesammelten Daten nur für die Festlegung des Betrags der Entschädigung übermitteln und die im Rahmen der Anwendung des vorliegenden Gesetzes gesammelten Informationen nicht an Dritte weitergeben, wenn sie nicht vorab die Zustimmung des Patienten oder seiner Rechtsnachfolger oder seiner Bevollmächtigten oder des Pflegeanbieters eingeholt haben.

Art. 22 - Der Fonds kann Sachverständige hinzuziehen, insbesondere um eine Stellungnahme abzugeben oder den in Artikel 24 erwähnten Beschluss zu fassen.

Art. 23 - § 1 - Spätestens am einhundertzehnten Tag nach Bestätigung des Empfangs des Antrags auf Entschädigung, unter Berücksichtigung der Aussetzungszeiträume, notifiziert das Versicherungsunternehmen dem Antragsteller einen mit Gründen versehenen Beschlussvorschlag.

Hat der Pflegeanbieter keinen Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen im Hinblick auf die Anwendung des vorliegenden Gesetzes geschlossen, notifiziert der in Artikel 28 erwähnte Gemeinsame Garantiefonds spätestens am einhundertzehnten Tag nach Bestätigung des Empfangs des Antrags auf Entschädigung, unter Berücksichtigung der Aussetzungszeiträume, dem Antragsteller den mit Gründen versehenen Vorschlag eines Entschädigungsbeschlusses.

§ 2 - Der Antragsteller verfügt über eine Frist von dreißig Tagen, um dem Versicherungsunternehmen oder gegebenenfalls dem in Artikel 28 erwähnten Gemeinsamen Garantiefonds seine Bemerkungen zu dem mit Gründen versehenen Beschlussvorschlag zu notifizieren.

Binnen dieser Frist von dreißig Tagen kann der Antragsteller beim Versicherungsunternehmen oder gegebenenfalls bei dem in Artikel 28 erwähnten Gemeinsamen Garantiefonds eine Verlängerung dieser Frist beantragen. Die in Artikel 26 erwähnte Frist wird während des Verlängerungszeitraums ausgesetzt.

Art. 24 - § 1 - Binnen dreißig Tagen nach Empfang der Bemerkungen des Antragstellers oder, in Ermangelung von Bemerkungen des Antragstellers, binnen dieser Frist notifiziert das Versicherungsunternehmen dem Fonds zwecks Zustimmung einen mit Gründen versehenen Entwurf eines Entschädigungsbeschlusses.

§ 2 - Der Fonds verfügt über eine Frist von dreißig Tagen, um dem Versicherungsunternehmen seine Zustimmung zu notifizieren.

In Ermangelung einer Reaktion des Fonds innerhalb der in Absatz 1 erwähnten Frist von dreißig Tagen, wird davon ausgegangen, dass der Fonds seine Zustimmung zu dem Entwurf eines mit Gründen versehenen Beschlusses gegeben hat.

§ 3 - Gibt der Fonds zu dem Entwurf eines mit Gründen versehenen Beschlusses seine Zustimmung, geht der Beschluss aus dieser Zustimmung hervor und ist das Unternehmen beauftragt, dem Antragsteller den Beschluss per Einschreibebrief zu notifizieren.

§ 4 - Stimmt der Fonds dem Entwurf eines mit Gründen versehenen Beschlusses des Versicherungsunternehmens nicht zu, notifiziert er diesem per Einschreibebrief seinen Gegenentwurf eines mit Gründen versehenen Beschlusses.

Schließt sich das Versicherungsunternehmen dem Gegenentwurf eines mit Gründen versehenen Beschlusses an, geht der Beschluss aus dieser Zustimmung hervor und ist das Unternehmen beauftragt, dem Antragsteller den Beschluss per Einschreibebrief zu notifizieren.

Schließt sich das Versicherungsunternehmen dem Gegenentwurf eines mit Gründen versehenen Beschlusses des Fonds nicht an, notifiziert es dem Antragsteller einen vorläufigen Beschluss und übermittelt dem Fonds eine Abschrift davon. Der Fonds zieht gemäß Artikel 2 des Gesetzes 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 den Schiedsrichter hinzu.

Im vorläufigen Beschluss wird die vorläufige Entschädigung bestimmt, die dem Betrag entspricht, der in dem für den Antragsteller am wenigsten günstigen Beschlussentwurf oder Gegenentwurf eines Beschlusses vermerkt ist. In dem Beschluss wird ebenfalls die Hinzuziehung des Schiedsrichters vermerkt und das Enddatum festgelegt.

Abschnitt 3 — Bearbeitungsfristen und Beschlüsse

Art. 25 - § 1 - Binnen einer Frist von zweihundertzehn Tagen nach Bestätigung des Empfangs des vollständigen Entschädigungsantrags, unter Berücksichtigung der Aussetzungszeiträume, notifiziert das Versicherungsunternehmen oder der Gemeinsame Garantiefonds dem Antragsteller per Einschreibebrief:

1. entweder den mit Gründen versehenen Entschädigungsbeschluss. Dieser Beschluss umfasst eine Veranschlagung der aufgrund des vorliegenden Gesetzes zu ersetzenden Schäden; dieser Beschluss kann einen vorläufigen Charakter haben, wenn die Verletzungen des Opfers noch nicht ausgeheilt sind. In diesem Fall muss der endgültige Entschädigungsbeschluss binnen einer Frist von neunzig Tagen nach dem Datum gefasst werden, an dem der Fonds oder das Versicherungsunternehmen von der Konsolidierung in Kenntnis gesetzt worden ist,
2. oder die Gründe für die Weigerung, den Schaden zu ersetzen,
3. oder den in Artikel 24 § 4 erwähnten vorläufigen Beschluss.

§ 2 - In jedem Beschluss, der dem Antragsteller in Anwendung von § 1 notifiziert wird, sind die bestehenden Beschwerdemöglichkeiten und die Fristen vermerkt, innerhalb deren die Beschwerden eingelegt werden müssen. Ist dies nicht der Fall, laufen die Beschwerdefristen nicht für den Antragsteller.

Jeder Beschluss, der in Anwendung des vorliegenden Artikels von einem Versicherungsunternehmen gefasst wird, wird dem Fonds gleichzeitig mit seiner Notifizierung an den Antragsteller zugesandt.

§ 3 - Ist die in § 1 erwähnte Frist, unter Berücksichtigung der Aussetzungszeiträume, verstrichen, entrichtet das Versicherungsunternehmen eine Summe von 25 EUR pro Tag Verspätung an den Fonds.

Abschnitt 4 — Zahlung und Verteilerschlüssel

Art. 26 - § 1 - Die gewährten Entschädigungen müssen durch das Versicherungsunternehmen und den Fonds, zu deren jeweiligem Anteil, gemäß dem in § 2 festgelegten Verteilerschlüssel gezahlt werden.

§ 2 - Der Betrag der Entschädigungen wird zwischen dem Fonds und dem betreffenden Versicherungsunternehmen gemäß den Modalitäten, die vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass nach Stellungnahme des Fonds bestimmt werden, aufgeteilt.

§ 3 - Das betreffende Versicherungsunternehmen zahlt dem Fonds binnen einer Frist von fünfzehn Tagen nach Ablauf der in Artikel 25 § 1 erwähnten Frist und gemäß den vom König festgelegten Modalitäten den Betrag, den es dem Antragsteller schuldet.

Der Fonds zahlt anschließend den gesamten Betrag, der dem Antragsteller geschuldet wird, binnen einer Frist von dreißig Tagen nach der Zahlung durch das Versicherungsunternehmen aus.

Wenn der Begünstigte jedoch ausdrücklich und schriftlich seine Absicht notifiziert, keine Klage im Sinne von Artikel 3 des Gesetzes 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 einzureichen, zahlt das betreffende Versicherungsunternehmen dem Fonds den geschuldeten Betrag binnen fünfzehn Tagen nach dieser Notifizierung.

§ 4 - Hat der Pflegeanbieter keinen Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen im Hinblick auf die Anwendung des vorliegenden Gesetzes geschlossen, zahlt der in Artikel 28 erwähnte Gemeinsame Garantiefonds, unbeschadet der in Artikel 30 erwähnten Rechte, selber die gesamte Entschädigung aus.

Art. 27 - Die Entschädigungen werden binnen sechzig Tagen nach Ablauf der in Artikel 3 § 1 des Gesetzes 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 erwähnten Frist ausgezahlt.

Wenn der Begünstigte jedoch ausdrücklich und schriftlich seine Absicht notifiziert, keine Klage im Sinne von Artikel 3 § 1 des Gesetzes 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 einzureichen, werden die Entschädigungen binnen sechzig Tagen nach dieser Notifizierung ausgezahlt.

Der König bestimmt die Zahlungsweise der Entschädigungen.

Art. 28 - § 1 - Der König schafft und anerkennt gemäß den von ihm bestimmten Bedingungen einen Gemeinsamen Garantiefonds, der die Schäden zu ersetzen hat, die von einem Pflegeanbieter verursacht wurden, der keinen Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen in Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes geschlossen hat.

§ 2 - Der König billigt die Satzung des Gemeinsamen Garantiefonds und regelt die Kontrolle seiner Tätigkeit. Er gibt an, welche Akte im *Belgischen Staatsblatt* veröffentlicht werden müssen.

§ 3 - Die Versicherungsunternehmen, die die Pflichtversicherung in Anwendung des vorliegenden Gesetzes anwenden, sind gesamtschuldnerisch verpflichtet, die erforderlichen Einzahlungen in den Gemeinsamen Garantiefonds vorzunehmen, damit dieser seine Aufträge erfüllen und seine Funktionskosten decken kann.

Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass jährlich die Regeln zur Berechnung der durch die Versicherungsunternehmen vorzunehmenden Einzahlungen fest.

§ 4 - Die Anerkennung wird entzogen, wenn der Gemeinsame Garantiefonds nicht gemäß den Gesetzen, Verordnungen oder gemäß seiner Satzung handelt.

In diesem Fall kann der König alle geeigneten Maßnahmen ergreifen, um die Rechte der Versicherungsnehmer, der Versicherten und der Geschädigten zu wahren.

[Siehe auch *Entscheid Nr. 8/2009 des Verfassungsgerichtshofs vom 15. Januar 2009 (B.S. vom 9. Februar 2009)*]

Art. 29 - § 1 - Bei dem in Artikel 28 erwähnten Gemeinsamen Garantiefonds wird ein Bewertungsbüro geschaffen, das als Aufgabe hat, festzulegen, für welche Prämie und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, eine Person zu decken, die der in Artikel 8 erwähnten Verpflichtung unterliegt und sich in der durch oder aufgrund des vorliegenden Artikels definierten Lage befindet.

§ 2 - Das Bewertungsbüro setzt sich zusammen aus vier Mitgliedern, die die Versicherungsunternehmen vertreten, und vier Mitgliedern, die die Pflegeanbieter vertreten, und vom König für einen Zeitraum von sechs Jahren ernannt werden.

Diese Mitglieder werden aus zwei Listen mit je zwei Kandidaten ausgewählt, die von den Berufsorganisationen der Versicherungsunternehmen und den Gewerkschaftsorganisationen der Pflegeanbieter vorgeschlagen werden.

Der König bestimmt für jedes Mitglied ebenfalls ein Ersatzmitglied.

Die Ersatzmitglieder werden auf dieselbe Weise wie die ordentlichen Mitglieder ausgewählt.

Der König ernennt für einen Zeitraum von sechs Jahren einen Präsidenten, der keiner der vorerwähnten Kategorien angehört.

Das Bewertungsbüro kann Sachverständige hinzuziehen, die nicht stimmberechtigt sind.

Der für die Wirtschaft zuständige Minister kann einen Beobachter in das Bewertungsbüro entsenden.

§ 3 - Der Gemeinsame Garantiefonds nimmt das Sekretariat und die tägliche Geschäftsführung des Bewertungsbüros wahr.

Das Bewertungsbüro erstellt seine Geschäftsordnung und legt sie dem für die Wirtschaft zuständigen Minister zur Billigung vor.

§ 4 - Jeder Pflegeanbieter, der der in Artikel 8 erwähnten Verpflichtung unterliegt, kann beim Bewertungsbüro einen Antrag einreichen, wenn sich mindestens drei Versicherungsunternehmen, an die er sich gewandt hat, geweigert haben, ihm Versicherungsschutz zu gewähren.

Der Vorschlag einer Prämie, die den vom König bestimmten Grenzwert übersteigt, wird mit einer Verweigerung gleichgesetzt.

Dieser Grenzwert wird bestimmt, indem die niedrigste Prämie des Tarifs des Versicherungsunternehmens für einen Pflegeanbieter, der eine identische Tätigkeit beziehungsweise einen identischen Fachbereich hat wie derjenige, der den Versicherungsschutz beantragt, mit drei multipliziert wird.

Dieser Koeffizient kann vom König abgeändert werden.

Der König kann diesen Koeffizienten entsprechend dem Fachbereich, der Art der Tätigkeiten und den Statistiken über die vom Pflegeanbieter verursachten Schäden aufgliedern.

§ 5 - Der Antrag muss beim Bewertungsbüro binnen zwei Monaten nach der Verweigerung oder dem Tarifierungsvorschlag, die in § 4 erwähnt sind, eingereicht werden.

Er ist nicht zulässig, wenn der Antragsteller vom Bewertungsbüro für dasselbe Risiko binnen der neun Monate vor dieser Verweigerung oder diesem Vorschlag ein Angebot erhalten hat.

Das Bewertungsbüro legt die Prämie unter Berücksichtigung des Risikos, das der Versicherungsnehmer darstellt, und der Solidarität aller Versicherten fest. Es kann Bedingungen zur Einschränkung des Risikos, das der Versicherungsnehmer darstellt, auferlegen.

§ 6 - Das Bewertungsbüro unterbreitet einen Tarifierungsvorschlag binnen einem Monat nach Empfang des Antrags und der Auskünfte, die für die Festlegung des Tarifs erforderlich sind.

Der Vorschlag wird dem Antragsteller binnen acht Tagen notifiziert. Er ist nach seiner Ausfertigung einen Monat lang gültig.

§ 7 - Das Bewertungsbüro überträgt die Verwaltung der von ihm tarifierten Risiken einem oder mehreren Versicherungsunternehmen, die Mitglieder des in Artikel 28 erwähnten Gemeinsamen Garantiefonds sind.

KAPITEL VII — *Forderungsübergang*

Art. 30 - § 1 - Der Fonds, der Gemeinsame Garantiefonds, die Versicherungsunternehmen und die Versicherungsträger können in der Höhe des Betrags, den sie gezahlt haben, bei einem vorsätzlichen Fehler des Pflegeanbieters oder bei einem schwerwiegenden Fehler des Pflegeanbieters Haftungsansprüche gegen den Verantwortlichen des Schadens einreichen.

§ 2 - Insofern der Schaden auf den Mangel eines Produkts zurückzuführen ist, wie im Gesetz vom 25. Februar 1991 über die Haftung für mangelhafte Produkte erwähnt, treten die Versicherungsträger, der Fonds, der Gemeinsame Garantiefonds oder das Versicherungsunternehmen in der Höhe des Betrags, den sie gezahlt haben, in die Rechte ein, über die das Opfer auf der Grundlage des vorliegenden Gesetzes verfügt.

§ 3 - In den in den Paragraphen 1 und 2 erwähnten Fällen kann das Opfer sich den Haftungsansprüchen des Versicherungsträgers, des Fonds, des Gemeinsamen Garantiefonds oder des Versicherungsunternehmens anschließen, um vollständige Entschädigung für seinen Schaden zu erhalten.

§ 4 - Der Gemeinsame Garantiefonds fordert rückwirkend die geschuldeten und nicht gezahlten Prämien von jedem Pflegeanbieter zurück, der einen im vorliegenden Gesetz erwähnten Schaden verursacht hat, ohne einen wie in Kapitel IV erwähnten Versicherungsvertrag abgeschlossen zu haben.

Der König legt die Regeln für die Berechnung dieser Prämien fest, indem er den ursprünglich geschuldeten Prämienbetrag, die Frist, während der die Prämien geschuldet wurden, sowie die Verwaltungskosten und gegebenenfalls die Bösgläubigkeit des Pflegeanbieters berücksichtigt.

In den in Absatz 1 erwähnten Fällen erlegt der Gemeinsame Garantiefonds eine administrative Geldbuße gemäß den vom König festgelegten Regeln auf.

KAPITEL VIII — *Finanzierung*

Art. 31 - § 1 - Damit der Fonds seinen Auftrag erfüllen kann, wird seine Finanzierung gewährleistet durch:

1. eine jährliche Dotation zu Lasten des Staates,
2. eine jährliche Dotation zu Lasten des Haushalts des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung,
3. den Ertrag aus den gemäß Artikel 7 angestregten Klagen auf Forderungsübergang,
4. Finanzerträge aus den Beträgen, über die der Fonds verfügt.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass zusätzliche Regeln und Modalitäten für die Anwendung von Absatz 1 festlegen. Er kann darüber hinaus Regeln zur Vorfinanzierung vorsehen.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass andere Finanzierungsquellen einführen und festlegen.

§ 2 - Ungeacht der Bestimmungen von Artikel 28 wird die Finanzierung der in Anwendung des vorliegenden Gesetzes gewährten Entschädigungen, über den gemäß den Bestimmungen von § 1 gespeisten Fonds hinaus, durch die Prämien, die die Pflegeanbieter in Anwendung des vorliegenden Gesetzes den Versicherungsunternehmen zahlen, gewährleistet.

Die jährliche Höchstgrenze der von den Versicherungsunternehmen gezahlten Beiträge wird vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass festgelegt.

Die Entschädigungen zu Lasten der Versicherungsunternehmen werden gemäß den Bestimmungen von Artikel 26 § 2 gezahlt.

Die Kosten des Systems und seiner Finanzierung werden alle zwei Jahre und zum ersten Mal [zwei Jahre nach Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes] bewertet.

§ 3 - Die im vorliegenden Artikel erwähnten Königlichen Erlasse werden spätestens ein Jahr nach ihrem Inkrafttreten durch Gesetz bestätigt. In Ermangelung einer Bestätigung binnen dieser Frist hören sie auf, wirksam zu sein.

[Art. 31 § 2 Abs. 4 abgeändert durch Art. 2 des G. vom 21. Dezember 2007 (B.S. vom 31. Dezember 2007)]

KAPITEL IX — Informationspflicht

Art. 32 - Um dem Fonds zu ermöglichen, seinen in Artikel 14 erwähnten Auftrag zu erfüllen, sind die Versicherungsunternehmen verpflichtet, ihm alle dienlichen Informationen, über die sie verfügen, zu übermitteln.

Jedes Versicherungsunternehmen muss dem Fonds eine Liste der Fachkräfte und der Pflegeeinrichtungen übermitteln, die in Anwendung des vorliegenden Gesetzes einen oder mehrere Versicherungsverträge mit ihm geschlossen haben, und den Fonds mindestens einmal pro Monat von den Änderungen dieser Liste in Kenntnis setzen.

Jedes Jahr übermitteln die Versicherungsunternehmen dem Fonds einen Lagebericht, in dem die Beträge der Versicherungsprämien, die Höhe der Entschädigungen, die geschlossenen Verträge, einschließlich der betreffenden Beträge, und die Streitsachen vor Gericht, einschließlich der betreffenden Beträge, vermerkt werden.

Der König bestimmt die Modalitäten für die Übermittlung der im vorliegenden Artikel erwähnten Angaben.

KAPITEL X — Strafbestimmung

Art. 33 - Mit einer Gefängnisstrafe von acht Tagen bis zu einem Jahr und mit einer Geldbuße von 25 bis zu 250 EUR oder mit nur einer dieser Strafen werden die Berufsfachkräfte und die Pflegeeinrichtungen bestraft, die ihre Tätigkeiten ausüben oder diese Tätigkeiten von ihren Organen, Angestellten, Arbeitnehmern oder von jeder anderen Fachkraft, die ihre Tätigkeit dort haupt- oder nebenberuflich ausübt, ausüben lassen, ohne dass ihre Leistungen durch eine Versicherung gemäß den Bestimmungen von Kapitel IV und seiner Ausführungserlasse gedeckt wären.

KAPITEL XI — Abänderungs- und Schlussbestimmungen

Art. 34 - Artikel 136 § 2 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, abgeändert durch das Gesetz vom 24. Dezember 2002, wird durch folgenden Absatz ergänzt:

«Vorliegender Paragraph ist nicht anwendbar auf Entschädigungen, die in Anwendung des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen bewilligt werden, mit Ausnahme der in Artikel 30 desselben Gesetzes erwähnten Fälle.»

Art. 35 - § 1 - Vorliegendes Gesetz tritt [an einem vom König zu bestimmenden Datum [...]] in Kraft.

§ 2 - Vorliegendes Gesetz kann keine Anwendung finden auf Schäden, die auf ein Ereignis zurückzuführen sind, das vor Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes stattgefunden hat.

Der Versicherer des in Anwendung des vorliegenden Gesetzes geschlossenen Versicherungsvertrags muss die Garantie gewähren für Schäden, die durch Ereignisse, die vor [dem Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes] stattgefunden haben, verursacht worden sind.

[Art. 35 § 1 abgeändert durch Art. 3 Nr. 1 des G. vom 21. Dezember 2007 (B.S. vom 31. Dezember 2007) und Art. 97 des G. vom 22. Dezember 2008 (B.S. vom 29. Dezember 2008); § 2 Abs. 2 abgeändert durch Art. 3 Nr. 2 des G. vom 21. Dezember 2007 (B.S. vom 31. Dezember 2007)]

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2010 — 874

[C — 2010/00109]

15 MEI 2007. — **Wet met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.** — **Officieuze coördinatie in het Duits**

De hierna volgende tekst is de officieuze coördinatie in het Duits van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (*Belgisch Staatsblad* van 6 juli 2007), zoals ze achtereenvolgens werd gewijzigd bij:

— de wet van 21 december 2007 tot wijziging van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg wat betreft de datum van inwerkingtreding (*Belgisch Staatsblad* van 31 december 2007);

— de wet van 22 december 2008 houdende diverse bepalingen (II) (*Belgisch Staatsblad* van 29 december 2008).

Deze officieuze coördinatie in het Duits is opgemaakt door de Centrale Dienst voor Duitse vertaling in Malmédy.

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2010 — 874

[C — 2010/00109]

15 MAI 2007. — **Loi concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.** — **Coordination officieuse en langue allemande**

Le texte qui suit constitue la coordination officieuse en langue allemande de la loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (*Moniteur belge* du 6 juillet 2007), telle qu'elle a été modifiée successivement par:

— la loi du 21 décembre 2007 modifiant la loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé en ce qui concerne la date d'entrée en vigueur (*Moniteur belge* du 31 décembre 2007);

— la loi du 22 décembre 2008 portant des dispositions diverses (II) (*Moniteur belge* du 29 décembre 2008).

Cette coordination officieuse en langue allemande a été établie par le Service central de traduction allemande à Malmédy.