



für dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem angeschlossene Personen (*)
(Titel III Kapitel 4 der Allgemeinen Durchführungsbestimmungen)

Modalitäten der Kostenübernahme (Titel III Kapitel 4 der Allg. Durchführungsbestimmungen)

Gemäß Artikel 30 der Gemeinsamen Regelung können den angeschlossenen Personen Vorschüsse gewährt werden, damit sie größere Aufwendungen bestreiten können. Sie werden hauptsächlich in Form einer Kostenübernahme und in Ausnahmefällen in Form von Vorschüssen gewährt.

Wer ergänzend durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge abgesichert ist, hat nur dann Anspruch auf Kostenübernahme bzw. einen Vorschuss, wenn aufgrund der Unterlagen zweifelsfrei feststeht, dass die Krankheitsfürsorge gemäß den Vorschriften dieses Titels über die ergänzende Rolle des GKFS an die Stelle der Primärversicherung tritt.

Kostenübernahme

Außer in Notfällen oder in Fällen höherer Gewalt muss die Kostenübernahme vorab von der angeschlossenen Person beantragt werden.

Die Kostenübernahme wird in folgenden Fällen gewährt:

– Bei Krankenhausaufenthalten; die Kostenübernahme bezieht sich in diesem Fall auf die Hauptrechnungen und die Rechnung des Operateurs.

Bei getrennter Rechnungsstellung kann für die Rechnungen des Anästhesisten und des Assistenzarztes auch eine Kostenübernahme erfolgen.

Die Kostenübernahme gilt für einen Aufenthalt von maximal 60 Tagen. Bei Krankenhausaufhalten von längerer Dauer muss beim Vertrauensarzt ein Antrag auf Verlängerung eingereicht werden, dem ein ärztliches Gutachten mit der Begründung für die Verlängerung beigefügt ist.

– Im Falle stark belastender ambulanter Behandlungen im Rahmen einer schweren Krankheit, wie beispielsweise Strahlentherapie, Chemotherapie oder Dialyse.

– Bei wiederholter Beschaffung teurer Arzneimittel wie beispielsweise Wachstumshormonen oder der wiederholten Inanspruchnahme eines Krankenwagens oder eines Sanitätsfahrzeugs oder bei kostenintensiven Untersuchungen, wenn die monatlichen Kosten 20 % des Ruhegehalts oder des Grundgehalts der angeschlossenen Person übersteigen.

Im Rahmen einer Kostenübernahme wird der Teil der Kosten, der nach der Abrechnung von der angeschlossenen Person zu übernehmen ist, auf spätere Erstattungen oder ggf. auf ihre Dienstbezüge, ihr Ruhegehalt oder jede sonstige Summe, die ihr Organ ihr schuldet, angerechnet. Auf Betreiben der Abrechnungsstelle kann der Restbetrag auf das Bankkonto der gemeinsamen Krankheitsfürsorge überwiesen werden.

Der Vorschuss ist im Prinzip **spätestens** binnen 3 Jahren ab Datum der Gewährung des Vorschusses zu verrechnen (Artikel 30 der Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge).

Übermäßig hohe Kosten (GEMEINSAME REGELUNG, Artikel 20 Absatz 2)

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

Entbindung: siehe Website: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/specific-events/childbirth/Pages/reimbursements.aspx>

(*) Besondere Modalitäten für ergänzend über das GKFS abgesicherte Personen (Titel III Kapitel 3 der Allgemeinen Durchführungsbestimmungen)

Wer ergänzend über das GKFS abgesichert ist, muss zunächst seine nationale gesetzliche Primärversicherung in Anspruch nehmen und bei dieser die Erstattung seiner Behandlungskosten beantragen. Die gemeinsame Krankheitsfürsorge tritt nur als Zusatzversicherung ein.

Kosten für Leistungen, die nicht vom primären Versicherungsträger erstattet werden, können von der Krankheitsfürsorge erstattet werden, sofern sie dort erstattungsfähig sind. Die gemeinsame Krankheitsfürsorge übernimmt in diesem Fall quasi die Rolle des primären Versicherungsträgers.

Ist aus Gründen der freien Wahl des Leistungserbringers (insbesondere bei Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen) eine Erstattung durch den primären Versicherungsträger nicht möglich, kann die gemeinsame Krankheitsfürsorge auch für Leistungen eintreten, die von ihr erstattet werden, sofern mittels beweiskräftiger Unterlagen festgestellt wird, dass alle Verfahren und Vorschriften der Primärversicherung eingehalten wurden. In diesem Falle ersetzt die Krankheitsfürsorge die Primärversicherung nur in Bezug auf die betreffenden Leistungen.

Wer ergänzend über das GKFS abgesichert und ansonsten bei einer Versicherung mit Direktleistung versichert ist, kann sich die privat verauslagten Kosten für die nachstehend aufgeführten Leistungen erstatten lassen, wenn die staatliche Versicherung nachweislich offenkundige Defizite aufweist (beispielsweise Wartezeiten, nicht vorhandene Leistungen):

- Krankenhausaufenthalte und chirurgische Eingriffe
- Pflegepersonal
- Behandlungen und Untersuchungen in einer Klinik
- Bade- und Genesungskuren
- Alters- und Pflegeheime

Hierzu ist eine vorherige Genehmigung erforderlich.

Kosten für Leistungen, die nicht auf der vorstehenden Liste aufgeführt sind, können von der gemeinsamen Krankheitsfürsorge erstattet werden, wenn sie bei dieser erstattungsfähig sind.

Die Beschränkungen bei der freien Wahl gelten weder für die angeschlossene Person noch für die ergänzend versicherten unterhaltsberechtigten Kinder.

Anschriften der GKFS-Abrechnungsstellen

Europäische Kommission RCAM/JSIS Brüssel - Kostenübernahme 1049 Brüssel, BELGIEN Hotline +32-2-29 11111 (9:30-12:30)	Europäische Kommission RCAM/JSIS Ispra - Kostenübernahme 21027 Ispra, ITALIEN Hotline +32-2-29 11111 (9:30-12:30)	Europäische Kommission RCAM/JSIS Luxembourg - Kostenübernahme 2920 Luxembourg, LUXEMBURG Hotline +32-2-29 11111 (9:30-12:30)
--	---	--

STAFF Contact – <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx>

Ich habe die geltenden Bedingungen und Vorschriften zur Kenntnis genommen und verpflichte mich zu ihrer Einhaltung.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

☐ Dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossene Person¹

☐ Gesetzlicher Vertreter¹:

Name, Vorname: