



## ANTRAG AUF ÜBERNAHME DER KOSTEN FÜR ALTERS- UND PFLEGEHEIME ODER GLEICHGESTELLTE EINRICHTUNGEN

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

Einzureichen bei der Abrechnungsstelle des Gemeinsamen Krankenfürsorgesystems – **Angaben umseitig**

Name, Vorname des Versicherten: ..... Personal-/Ruhegehaltsnr.: .....  
Organ und Dienstort: ..... Büroadresse: ..... Tel.: .....  
Privatadresse (bei Ruhegehaltsempfängern): .....  
Datum des Ausscheidens aus dem Dienst bzw. des Vertragsendes: ..... (bei Zeit-/Vertragsbediensteten)

### Antrag auf Übernahme der Pflegekosten für <sup>1</sup>:

- ☐ den/die Hauptversicherte(n) ☐ den/die Ehegatten/in oder anerkannte(n) Partner(in) ☐ ein Kind  
☐ eine einem unterhaltsberechtigten Kind gleichgestellte Person

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

### ☐ Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim oder einer gleichgestellten Einrichtung<sup>1</sup>:

Monatliche Gesamtkosten <sup>2</sup>:

.....

Davon monatliche Pflegekosten: .....

monatliche Aufenthaltskosten: .....

Datum der Aufnahme in die betr. Einrichtung: .....

Aktenzeichen der Entscheidung (Genehmigung) <sup>3</sup>: .....

### NAME UND ADRESSE DES ALTERS- UND PFLEGEHEIMS BZW. DER GLEICHGESTELLTEN EINRICHTUNG:

Name: .....

Adresse: .....

Stadt und Land: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

- ☐ Ich habe folgendes zur Kenntnis genommen: Der Berechtigte hat anzugeben, in welcher Höhe ihm von einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung für sich selbst oder eine von ihm mitversicherte Person Kosten erstattet wurden bzw. ob er Anspruch auf die Erstattung der Kosten hat (Artikel 72(4) des Statuts).

### Anmerkung:

Bei Wechsel der Einrichtung bzw. der Art der Einrichtung ist ein neuer Antrag auf Übernahme der Kosten einzureichen.

**Ich habe die geltenden Bedingungen und Vorschriften (siehe Rückseite) zur Kenntnis genommen und verpflichte mich zu ihrer Einhaltung**

Datum .....

Unterschrift des Antragstellers

☐ Dem Krankenfürsorgesystem angeschlossene Person<sup>1</sup>

☐ Gesetzlicher Vertreter <sup>1</sup>:

Name, Vorname: .....

<sup>1</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen.

<sup>2</sup> Bitte Kopie der Rechnung beifügen (obligatorisch).

<sup>3</sup> Wichtige Angaben, ohne die keine Bescheinigung zur Kostenübernahme ausgestellt wird.

## Erstattungsmodalitäten – Senioren- und Pflegeeinrichtungen (Titel II Kapitel 3 der Allgemeinen Durchführungsbestimmungen)

Dem Antrag auf vorherige Genehmigung sind ein ärztliches Gutachten, das die Notwendigkeit des Aufenthalts in der Einrichtung begründet und die Art der für den Patienten erforderlichen Behandlung erläutert, sowie die beiden ordnungsgemäß vom behandelnden Arzt ausgefüllten Vordrucke [im Anhang zu Kapitel 3] beizufügen.

Die Genehmigung wird für einen Zeitraum von höchstens 12 Monaten erteilt. Sie ist erneuerbar.

Alle Pflege- und Aufenthaltskosten werden mit einem Satz von 85 % bzw. 100 % bei schwerer Krankheit erstattet; für die Aufenthaltskosten gilt ein erstattungsfähiger Höchstbetrag von 36 € pro Tag (18€ für den Aufenthalt in einer Tagespflegestelle).

Sind in einer Rechnung die Behandlungs- und Aufenthaltskosten nicht getrennt ausgewiesen, wird eine pauschale Aufteilung entsprechend dem in der folgenden Tabelle aufgeführten Grad der Hilfsbedürftigkeit vorgenommen:

Grad der Hilfsbedürftigkeit	Behandlungskosten	Aufenthaltskosten
4	30 %	70 %
3	50 %	50 %
2	60 %	40 %
1	70 %	30 %

Auch hier gilt für die Aufenthaltskosten ein Höchstbetrag von 36 € pro Tag.

### Kostenübernahme

Werden Pflege- und Aufenthaltskosten getrennt in Rechnung gestellt, erfolgt die Kostenübernahme in Höhe der Pflegekosten, die Aufenthaltskosten stellt die Einrichtung hingegen Ihnen in Rechnung.

Wird eine Gesamtrechnung erstellt, erfolgt die Kostenübernahme in Höhe des Anteils der Pflegekosten entsprechend der o. a. Tabelle. Auf der Rechnung, die Sie von der Einrichtung erhalten, muss der Gesamtbetrag und der vom GKFS übernommene Betrag angegeben sein – die Differenz entspricht den von Ihnen zu tragenden Aufenthaltskosten.

Die Kostenübernahme durch das GKFS deckt ferner sämtliche nicht in dem pauschalen Tagespflegesatz enthaltenen Behandlungskosten ab, wie ärztliche Konsultationen, Arzneimittel, Analysen und Untersuchungen oder Krankentransportkosten (anhand von der Rechnung beizufügenden Belegen). 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.

### (\*) 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 in 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

Abrechnungsstelle Brüssel Europäische Kommission	Abrechnungsstelle Ispra Europäische Kommission	Abrechnungsstelle Luxemburg Europäische Kommission
JSIS Brüssel – Kostenübernahme 1049 Brüssel, BELGIEN	JSIS Ispra – Kostenübernahme PMO/06 – TP 730 Via E. Fermi, 2749 21027 Ispra, ITALIEN	JSIS Luxembourg – Kostenübernahme DRB – B1/073 2920 Luxembourg, LUXEMBURG
Tel.: +32-229-59856 (9:30 – 12:30) Fax: +32-229-59701	Tel.: +39-0332-789966 (9:30 – 12:30) Fax: +39-0332-789423	Tel.: +352-4301-36103 (9:30 – 12:30) Fax: +352-4301-36019
Hotline JSIS Contact +32-2-29 97777 (9:30-12:30)	Hotline JSIS Contact +39-0332 785757 (9:30-12:30)	Hotline JSIS Contact +352-4301 36100 (9:30-12:30)

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

**Ich habe von den geltenden Voraussetzungen und Vorschriften Kenntnis genommen und verpflichte mich zu ihrer Einhaltung:**

Datum .....

Unterschrift des Antragstellers

☐ Dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossene Person<sup>1</sup>

☐ Gesetzlicher Vertreter<sup>1</sup>:

Name, Vorname: .....