

Amtsblatt der Europäischen Union

C 364



Ausgabe
in deutscher Sprache

Mitteilungen und Bekanntmachungen

57. Jahrgang

15. Oktober 2014

Inhalt

IV Informationen

INFORMATIONEN DER ORGANE, EINRICHTUNGEN UND SONSTIGEN STELLEN DER EUROPÄISCHEN UNION

Europäische Kommission

2014/C 364/01	Euro-Wechselkurs	1
2014/C 364/02	Bekanntmachung der Verfahrenseinstellung gegenüber Drittländern, denen am 15. November 2012 mitgeteilt wurde, dass sie die Kommission möglicherweise als nichtkooperierende Drittländer gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1005/2008 des Rates über ein Gemeinschaftssystem zur Verhinderung, Bekämpfung und Unterbindung der illegalen, nicht gemeldeten und unregulierten Fischerei einstufen wird	2

Rechnungshof

2014/C 364/03	Sonderbericht Nr. 14/2014 „Wie berechnen, verringern und kompensieren die Organe und Einrichtungen der EU ihre Treibhausgasemissionen?“	3
---------------	---	---

V Bekanntmachungen

VERWALTUNGSVERFAHREN

Europäische Kommission

2014/C 364/04	Aufforderung an die Betreiber medizinischer und paramedizinischer Versorgungsdienste (Krankenhäuser, Kliniken, Labors, medizinische Versorgungszentren und natürliche, im medizinischen und/oder paramedizinischen Bereich tätige Personen) sowie an die Betreiber von Apotheken, ihre Dienste und Leistungen für die angeschlossenen Personen und Leistungsberechtigten des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems zu günstigeren Preisen zu erbringen	4
---------------	--	---

DE

VERFAHREN BEZÜGLICH DER DURCHFÜHRUNG DER WETTBEWERBSPOLITIK

Europäische Kommission

2014/C 364/05	Vorherige Anmeldung eines Zusammenschlusses (Sache M.7353 — Airbus/Safran/JV) ⁽¹⁾	42
---------------	--	----

SONSTIGE RECHTSHANDLUNGEN

Europäische Kommission

2014/C 364/06	Veröffentlichung eines Eintragungsantrags gemäß Artikel 50 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung (EU) Nr. 1151/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates über Qualitätsregelungen für Agrarerzeugnisse und Lebensmittel	43
---------------	--	----

⁽¹⁾ Text von Bedeutung für den EWR

IV

(Informationen)

INFORMATIONEN DER ORGANE, EINRICHTUNGEN UND SONSTIGEN
STELLEN DER EUROPÄISCHEN UNION

EUROPÄISCHE KOMMISSION

Euro-Wechselkurs ⁽¹⁾

14. Oktober 2014

(2014/C 364/01)

1 Euro =

Währung		Kurs	Währung		Kurs
USD	US-Dollar	1,2646	CAD	Kanadischer Dollar	1,4223
JPY	Japanischer Yen	135,29	HKD	Hongkong-Dollar	9,8091
DKK	Dänische Krone	7,4445	NZD	Neuseeländischer Dollar	1,6085
GBP	Pfund Sterling	0,79450	SGD	Singapur-Dollar	1,6120
SEK	Schwedische Krone	9,1585	KRW	Südkoreanischer Won	1 347,42
CHF	Schweizer Franken	1,2079	ZAR	Südafrikanischer Rand	14,0042
ISK	Isländische Krone		CNY	Chinesischer Renminbi Yuan	7,7466
NOK	Norwegische Krone	8,2900	HRK	Kroatische Kuna	7,6555
BGN	Bulgarischer Lew	1,9558	IDR	Indonesische Rupiah	15 448,97
CZK	Tschechische Krone	27,545	MYR	Malaysischer Ringgit	4,1376
HUF	Ungarischer Forint	306,65	PHP	Philippinischer Peso	56,747
LTL	Litauischer Litas	3,4528	RUB	Russischer Rubel	51,6102
PLN	Polnischer Zloty	4,2032	THB	Thailändischer Baht	41,116
RON	Rumänischer Leu	4,4127	BRL	Brasilianischer Real	3,0360
TRY	Türkische Lira	2,8809	MXN	Mexikanischer Peso	16,9924
AUD	Australischer Dollar	1,4475	INR	Indische Rupie	77,7236

⁽¹⁾ Quelle: Von der Europäischen Zentralbank veröffentlichter Referenz-Wechselkurs.

Bekanntmachung der Verfahrenseinstellung gegenüber Drittländern, denen am 15. November 2012 mitgeteilt wurde, dass sie die Kommission möglicherweise als nichtkooperierende Drittländer gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1005/2008 des Rates über ein Gemeinschaftssystem zur Verhinderung, Bekämpfung und Unterbindung der illegalen, nicht gemeldeten und unregulierten Fischerei einstufen wird

(2014/C 364/02)

Die Europäische Kommission (die Kommission) hat die Verfahren gegen die Republik Fidschi, die Republik Panama, die Republik Vanuatu und die Republik Togo eingestellt, die im Bereich der Bekämpfung der IUU-Fischerei am 15. November 2012 mit dem Beschluss 2012/C 354/01 der Kommission⁽¹⁾ zur Unterrichtung der Drittländer, die die Kommission möglicherweise als nichtkooperierende Drittländer gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1005/2008 des Rates über ein Gemeinschaftssystem zur Verhinderung, Bekämpfung und Unterbindung der illegalen, nicht gemeldeten und unregulierten Fischerei (IUU-Verordnung) einstufen wird, eingeleitet wurden.

1. Rechtsrahmen

Gemäß Artikel 32 der IUU-Verordnung sollte die Kommission Drittländer darüber informieren, dass sie möglicherweise als nichtkooperierende Länder eingestuft werden. Eine solche Mitteilung hat vorläufigen Charakter. Die Mitteilung an Drittländer, dass sie möglicherweise als nichtkooperierende Länder eingestuft werden, erfolgt auf der Grundlage der Kriterien gemäß Artikel 31 der IUU-Verordnung.

Darüber hinaus sollte die Kommission gegenüber den betreffenden Ländern alle in Artikel 32 festgelegten Maßnahmen ergreifen. Insbesondere sollte die Mitteilung der Kommission folgende Informationen enthalten: die wichtigsten Fakten und Erwägungen, die dieser Einstufung zugrunde liegen, sowie den Hinweis, dass diese Länder die Möglichkeit haben, zu antworten und Beweise zur Widerlegung einer solchen Einstufung oder gegebenenfalls einen Aktionsplan zur Verbesserung der Lage und hierzu getroffene Maßnahmen vorzulegen.

Die Kommission sollte den betreffenden Drittländern ausreichend Zeit zur Beantwortung der Mitteilung sowie eine angemessene Frist zur Durchführung von Abhilfemaßnahmen einräumen.

2. Verfahren

Am 15. November 2012 hat die Europäische Kommission der Republik Fidschi, der Republik Panama, der Republik Vanuatu und der Republik Togo mitgeteilt, dass sie möglicherweise als nichtkooperierende Drittländer bei der Bekämpfung der illegalen, nicht gemeldeten und unregulierten Fischerei (IUU-Fischerei) eingestuft werden.

Die Kommission rief diese Länder dazu auf, auf der Grundlage eines vorgeschlagenen Aktionsplans zur Behebung der festgestellten Mängel mit der Kommission zusammenzuarbeiten, um nicht als nichtkooperierende Länder eingestuft zu werden.

Die Kommission leitete einen Dialog mit der Republik Fidschi, der Republik Panama, der Republik Vanuatu und der Republik Togo ein. Die vier Länder legten mündliche und schriftliche Stellungnahmen vor, die von der Kommission geprüft und berücksichtigt wurden. Die Kommission sammelte und prüfte weiterhin alle Informationen, die sie für notwendig erachtete.

Die Republik Fidschi, die Republik Panama, die Republik Vanuatu und die Republik Togo haben die zur Beendigung der betreffenden IUU-Fischereitätigkeiten und zur Verhinderung künftiger derartiger Tätigkeiten erforderlichen Maßnahmen eingeführt und somit die Handlungen bzw. Unterlassungen abgestellt, die zu der Mitteilung über die mögliche Einstufung als bei der Bekämpfung der IUU-Fischerei nicht kooperierende Länder geführt haben.

3. Schlussfolgerung

Unter den gegebenen Umständen und nach Prüfung der obengenannten Erwägungen gelangt die Kommission daher zu dem Schluss, dass die gemäß den Bestimmungen des Artikels 32 der IUU-Verordnung gegenüber der Republik Fidschi, der Republik Panama, der Republik Vanuatu und der Republik Togo eingeleiteten Verfahren bezüglich der Erfüllung ihrer völkerrechtlichen Verpflichtungen als Flaggen-, Hafen-, Küsten- oder Marktstaaten und ihrer Maßnahmen zur Verhinderung, Bekämpfung und Unterbindung der IUU-Fischerei hiermit eingestellt werden. Die Kommission hat die jeweiligen zuständigen Behörden offiziell darüber in Kenntnis gesetzt.

Durch diese Verfahrenseinstellung sind künftige weitere Schritte der Kommission oder des Rates nicht ausgeschlossen, wenn sich zeigen sollte, dass ein Land seinen völkerrechtlichen Verpflichtungen als Flaggen-, Hafen-, Küsten- oder Marktstaat bei der Verhinderung, Bekämpfung und Unterbindung der IUU-Fischerei nicht nachkommt.

(1) ABl. C 354 vom 17.11.2012, S. 1.

RECHNUNGSHOF

Sonderbericht Nr. 14/2014 „Wie berechnen, verringern und kompensieren die Organe und Einrichtungen der EU ihre Treibhausgasemissionen?“

(2014/C 364/03)

Der Europäische Rechnungshof teilt mit, dass der Sonderbericht Nr. 14/2014 „Wie berechnen, verringern und kompensieren die Organe und Einrichtungen der EU ihre Treibhausgasemissionen?“ soeben veröffentlicht wurde.

Der Bericht kann auf der Website des Europäischen Rechnungshofs (<http://www.eca.europa.eu>) abgerufen oder von dort heruntergeladen werden.

Der Bericht ist auf Anfrage beim Rechnungshof kostenlos in der Druckfassung erhältlich:

Europäischer Rechnungshof
Veröffentlichungen (PUB)
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxemburg
LUXEMBURG

Tel. +352 4398-1

E-Mail: eca-info@eca.europa.eu

oder kann mit elektronischem Bestellschein über den EU-Bookshop bezogen werden.

V

(Bekanntmachungen)

VERWALTUNGSVERFAHREN

EUROPÄISCHE KOMMISSION

Aufforderung an die Betreiber medizinischer und paramedizinischer Versorgungsdienste (Krankenhäuser, Kliniken, Labors, medizinische Versorgungszentren und natürliche, im medizinischen und/oder paramedizinischen Bereich tätige Personen) sowie an die Betreiber von Apotheken, ihre Dienste und Leistungen für die angeschlossenen Personen und Leistungsberechtigten des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems zu günstigeren Preisen zu erbringen

(2014/C 364/04)

1. Kontaktstelle bei der Europäischen Kommission

Europäische Kommission, PMO.3 Bureau central du RCAM (Zentrale Verwaltungsstelle des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems), z. Hd. Herrn Scognamiglio, Referatsleiter PMO.3, 1049 Brüssel, Belgien, Tel. +32 22952799, Fax +32 22975728.

2. Gegenstand der vorliegenden Aufforderung

Die derzeit beschäftigten und aus dem Dienst ausgeschiedenen Beamten und Bediensteten der Organe, Einrichtungen und Agenturen der Europäischen Union (nachfolgend die „Versicherten“) sowie ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen (nachfolgend die „Leistungsberechtigten“) sind durch das Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem (nachfolgend „System“ oder „RCAM“) gegen Krankheitsrisiken abgesichert. Dieses gewährleistet den Versicherten und den Leistungsberechtigten im Rahmen der in der „Gemeinsamen Regelung“ und in deren allgemeinen Durchführungsbestimmungen festgelegten Grenzen und Bedingungen die Erstattung der ihnen durch Krankheit, Unfall oder Mutterschaft entstandenen Kosten. Außerdem finanziert das System ein Präventionsmedizin-Programm (Früherkennung), das allen Versicherten und den Leistungsberechtigten zugänglich ist (Programme in Anhang 1).

Das RCAM wird vom Amt für die Feststellung und Abwicklung individueller Ansprüche (nachfolgend „PMO“) bei der Europäischen Kommission verwaltet. Die Verwaltungsstruktur umfasst die zentrale Verwaltungsstelle, einen Finanzsektor und drei Abrechnungsstellen, die sich jeweils in Brüssel, Luxemburg und Ispra befinden.

Zu den Grundsätzen des Systems gehört es, dass die Versicherten/Leistungsberechtigten Ärzte, Krankenhäuser, Kliniken und sonstige Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen frei wählen können.

Die zentrale Verwaltungsstelle beabsichtigt, Listen der Anbieter und Erbringer medizinischer und paramedizinischer Leistungen (Krankenhäuser, Kliniken, Labors, medizinische Versorgungszentren, Apotheken und natürliche, im medizinischen und/oder paramedizinischen Bereich tätige Personen, nachfolgend „Anbieter“) zu erstellen, die ihre Leistungen für die Versicherten/Leistungsberechtigten des RCAM zu günstigeren Bedingungen anbieten. Einrichtungen, die Leistungen im Bereich der Präventionsmedizin („Check-up“ und „Früherkennung“) anbieten möchten, werden ebenfalls aufgerufen, ihre entsprechenden Angebote zu formulieren.

Die zentrale Verwaltungsstelle des RCAM beabsichtigt, Listen der Anbieter zu erstellen, die von den Versicherten bei ihrer Suche nach für sie vorteilhafteren finanziellen Bedingungen für Gesundheitsdienstleistungen verwendet werden können, und zwar in den 16 Mitgliedstaaten, die unter Punkt 4 der vorliegenden Aufforderung aufgeführt sind. Die Listen werden den Versicherten/Leistungsberechtigten des RCAM in einer breit angelegten Werbekampagne bekannt gemacht. Diese behalten das Recht auf freie Wahl des Leistungsanbieters, unabhängig davon, ob dieser auf einer der vorgelegten Listen verzeichnet ist. Eine Kommunikationsmaßnahme soll jedoch die Versicherten/Leistungsberechtigten für das Potenzial des Systems und die Vorteile, die mit der Inanspruchnahme der auf der Liste aufgeführten Versorgungszentren oder Leistungsanbieter verbunden sind (gesicherte Qualität der Dienstleistung, festgelegte Preise, unkomplizierte Kostenübernahme), sensibilisieren. Die Leistungsanbieter mit den günstigsten Tarifen können durchaus davon ausgehen, dass die Zahl ihrer Kunden/Patienten zunimmt, und gleichzeitig sicher sein, dass bei Inanspruchnahme des Verfahrens der Kostenübernahmen im Fall von Krankenhausaufenthalten und Untersuchungen und Behandlungen im Krankenhausbereich („Tagesklinik“) die Zahlungsabwicklung schnell und zuverlässig erfolgt.

Mit der Entgegennahme der Unterlagen der Leistungsanbieter und der Verbreitung der aus der vorliegenden Aufforderung hervorgegangenen Listen durch die Dienststellen des RCAM gehen die Versicherten/Leistungsberechtigten des RCAM sowie die vorgenannten Stellen keinerlei Verpflichtung ein. Diese Dienststellen schließen keine Verträge, können aber Tarifvereinbarungen unterzeichnen.

Die Leistungsanbieter, die ihr Interesse an einem solchen Vorgehen durch Übermittlung der Liste ihrer für die Versicherten/Leistungsberechtigten gültigen Preise und/oder der Rabatte, die sie ihnen auf ihre sonst üblichen Preisen einräumen werden, bekunden, verpflichten sich, diese Preise auf die Versicherten/Leistungsberechtigten anzuwenden und ihre Rechnungen im Fall einer Kostenübernahme durch die Kommission direkt an die Dienststellen des RCAM zu übermitteln.

Die Leistungsanbieter, die an diesem Verfahren teilnehmen möchten, müssen die Liste der von ihnen angebotenen Dienste und Leistungen sowie die angebotenen Preise übermitteln, wobei der Wert des Rabattes, den sie den Versicherten/Leistungsberechtigten des RCAM einzuräumen beabsichtigen, anzugeben ist.

Der Versicherte/Leistungsberechtigte, der die Dienste eines Leistungsanbieters der Liste in Anspruch nimmt, kann

- entweder die Leistung direkt bezahlen und anschließend in den durch die Regelung des RCAM vorgesehenen Fällen die Erstattung der Kosten bei der Krankenkasse beantragen
- oder im Falle eines Krankenhausaufenthalts oder einer Untersuchung im Krankenhausbereich eine direkte Abrechnung mit der Kommission verlangen.

Das RCAM setzt sich durch die Erstattung aller oder eines Teils der Kosten in die Rechte und Pflichten des Versicherten gegenüber Dritten ein, in den Fällen, in denen die Einrichtung/Klinik sich nicht an die in ihrer Preisliste für Versicherte/Leistungsberechtigte angebotenen Preise (einschließlich eventuell anwendbarer Rabatte) hält.

In diesen Fällen behält sich das RCAM das Recht vor, die Zahlung des Differenzbetrags zu verweigern oder von dem betreffenden Dienstleister eine entsprechende Erstattung zu verlangen, falls die Forderung schon bezahlt wurde.

Das RCAM setzt die Dienstleister von Artikel 31 der Regelung des RCAM in Kenntnis, wonach die Organe bei Unfällen oder Erkrankungen, bei denen Ansprüche gegen Dritte bestehen, automatisch in die Rechte des Opfers oder seiner Anspruchsberechtigten treten, um die Ansprüche gegenüber dem verantwortlichen Dritten gemäß Artikel 85 a des für die Beamten der Europäischen Union geltenden Statuts geltend zu machen.

Alle Leistungsanbieter, die im Rahmen dieser Aufforderung ein Angebot einreichen, werden darüber informiert, ob sie in die Liste aufgenommen wurden. Alle Beteiligten, die nicht in die Liste aufgenommen werden, können sich innerhalb von vier Jahren (abzüglich sechs Monaten) ab dem Datum der Veröffentlichung dieser Aufforderung neu bewerben.

3. Art

Diese Bekanntmachung stellt eine Aufforderung dar, Leistungen für die Versicherten/Leistungsberechtigten des RCAM zu günstigeren Bedingungen anzubieten. Die vorhergehende Aufforderung Ref.: 2011/C 221/06 vom 27.7.2011 verliert hiermit ihre Gültigkeit.

Die angebotenen Leistungen und die entsprechenden Preise werden in eine oder mehrere (der unter Punkt 5 der vorliegenden Aufforderung aufgeführten) Listen eingetragen und gelten für vier Jahre ab dem Datum der Hinterlegung dieser Listen bei den betreffenden Dienststellen der Europäischen Kommission.

Für die Früherkennungsprogramme wird eine eigene Liste erstellt.

Die Frist für die rechtzeitige Absendung der Unterlagen zur Interessenbekundung wird auf sechs Monate vor Ablauf der vierjährigen Laufzeit festgesetzt, gerechnet ab dem Datum der Veröffentlichung der Aufforderung.

Alle Bieter sind aufgefordert, gemäß den Vorgaben dieser Bekanntmachung den Namen und die Kontaktdaten einer Person zu benennen, die für die Kontakte mit dem RCAM zuständig ist. Das PMO nimmt die Teilnehmer in die Listen auf, die die unter Punkt 7 der vorliegenden Aufforderung aufgeführten Kriterien erfüllen.

Die in den auf Grundlage der vorhergehenden Aufforderung Ref.: 2011/C 221/06 erstellten Listen aufgeführten Anbieter bleiben bis zum Ablauf der Gültigkeit ihres Angebots eingetragen. Sie können ein neues Angebot gemäß den in der vorliegenden Aufforderung beschriebenen Modalitäten übermitteln, um eine Kontinuität bei der Bereitstellung ihrer Dienste zu gewährleisten.

Die personenbezogenen Daten werden gemäß der Verordnung (EG) Nr. 45/2001 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Organe, Einrichtungen und Agenturen der Europäischen Union und zum freien Datenverkehr verarbeitet. Die personenbezogenen Daten und die eingereichten Angebote dürfen ausschließlich für die Zwecke der Bewertung der Unterlagen verarbeitet werden, die bei dem PMO eingegangen sind.

Genauere Ausführungen zum Umgang mit den personenbezogenen Daten können abgerufen werden unter:

http://ec.europa.eu/dataprotectionofficer/privacystatement_publicprocurement_en.pdf

4. Mitgliedstaaten

Interesse bekunden können Krankenhäuser, Kliniken, Labors, medizinische Versorgungszentren, Apotheken (nur für Belgien) und zugelassene natürliche Personen, die im Gesundheitssektor in den folgenden Mitgliedstaaten tätig sind:

- Belgien ⁽¹⁾
- Luxemburg ⁽²⁾
- Deutschland
- Italien
- Frankreich
- Spanien
- Vereinigtes Königreich
- Niederlande
- Griechenland
- Portugal
- Finnland
- Österreich
- Irland
- Polen
- Dänemark
- Schweden

5. Kategorien der Listen

In den Listen werden die folgenden Kategorien aufgeführt:

- Krankenhäuser — innerhalb dieser Kategorie sind eventuelle Spezialisierungen anzugeben,
- Privatkliniken,
- Labors für spezielle Analysen und Untersuchungen,
- Fachärzte (z. B. Gynäkologen, Kinderärzte, Zahnärzte usw.),
- Ärzte für Allgemeinmedizin,
- paramedizinische Dienste,
- Apotheken (nur für Belgien),
- Früherkennungsprogramme.

Bei den Aufenthalten in Zimmern in Kliniken oder Krankenhäusern müssen die Preise zum einen für die täglichen Kosten eines Einzelzimmers und eines Zweibettzimmers angegeben werden sowie zum anderen für jeglichen Honorarzuschlag von Spezialisten und verschiedenen Leistungsanbietern, die durch die Einzelzimmerwahl eines Patienten entstehen.

⁽¹⁾ Für Belgien dürfen die angebotenen Preise bei gleichen Leistungen und Bedingungen die vereinbarten Preise nicht übersteigen (siehe Gesetz vom 19. März 2013 betreffend verschiedene Bestimmungen im Gesundheitswesen, veröffentlicht am 29. März 2013 und in Kraft getreten am 8. April 2013:

Artikel 4. In Artikel 42 dieses Gesetzes, geändert durch die Gesetze vom 20. Dezember 1995, 22. Februar 1998 und 19. Dezember 2008, wird zwischen Absatz 1 und Absatz 2 ein Absatz mit folgendem Wortlaut eingefügt:

„Die im vorstehenden Absatz genannten Vereinbarungen gelten in Bezug auf die Tarifbestimmungen ebenfalls für Personen, die die Gesundheitsdienstleistungen gemäß einer Verordnung der Europäischen Union oder des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union oder auch eines Abkommens über Soziale Sicherheit in Anspruch nehmen.“

Artikel 5. Artikel 50 § 1 desselben Gesetzes wird durch einen Absatz mit folgendem Wortlaut ergänzt:

„Die vorgenannten Vereinbarungen gelten in Bezug auf die Tarifbestimmungen ebenfalls für Personen, die die Gesundheitsdienstleistungen gemäß einer Verordnung der Europäischen Union oder des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union oder auch eines Abkommens über Soziale Sicherheit in Anspruch nehmen.“

Die vorliegende Aufforderung erstreckt sich folglich auf den Honorarzuschlag, der im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts im Einzelzimmer erhoben wird.

⁽²⁾ Für Luxemburg wird die Ermäßigung auf die mit den Krankenkassen ausgehandelten Verrechnungssätze angewandt.

6. Geltungsdauer der Liste, die aufgrund dieser Aufforderung zur Interessenbekundung erstellt wird

Alle Leistungsanbieter können die Dokumentation innerhalb von vier Jahren weniger sechs Monaten nach dem Datum der Veröffentlichung dieser Bekanntmachung einreichen.

7. Kriterien für die Aufnahme in die Liste der Leistungsanbieter

7.1. Ausschlusskriterien

1. Von der Teilnahme ausgeschlossen sind Leistungsanbieter,
 - a) die sich im Konkursverfahren, in Liquidation oder im gerichtlichen Vergleichsverfahren befinden oder ihre gewerbliche Tätigkeit eingestellt haben oder sich aufgrund eines in den einzelstaatlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften vorgesehenen gleichartigen Verfahrens in einer vergleichbaren Lage befinden;
 - b) die aufgrund eines rechtskräftigen Urteils aus Gründen bestraft worden sind, welche ihre berufliche Zuverlässigkeit infrage stellen;
 - c) die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit eine schwere Verfehlung begangen haben, welche von der ausschreibenden Stelle nachweislich festgestellt wurde;
 - d) die ihrer Pflicht zur Entrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern oder sonstigen Abgaben nach den Rechtsvorschriften des Landes ihrer Niederlassung, des Landes der ausschreibenden Stelle oder des Landes der Leistungserbringung nicht nachgekommen sind;
 - e) die rechtskräftig wegen Betrugs, Korruption, Zugehörigkeit zu einer kriminellen Organisation oder einer anderen gegen die finanziellen Interessen der Gemeinschaften gerichteten Handlung verurteilt worden sind.
2. Die Leistungsanbieter müssen (durch ehrenwörtliche Erklärung, ein entsprechendes Muster befindet sich im Anhang) bestätigen, dass keiner der in Absatz 2 aufgeführten Ausschlussgründe auf sie zutrifft.

7.2. Auswahlkriterien

Fachliche Leistungsfähigkeit und Berufserfahrung:

— Erfüllung der rechtlichen Voraussetzungen und Zulassung für die Ausübung der Tätigkeit im Rahmen der Rechtsvorschriften des Landes, in dem sie niedergelassen sind, oder des Landes, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben.

7.2.1. Die Leistungsanbieter müssen die Dokumente mit einreichen, mit denen die Einhaltung der weiter oben genannten Rechtsvorschriften bescheinigt wird.

8. Von den Leistungsanbietern vorzulegende Dokumentation

- 8.1. Die Leistungsanbieter müssen einen Nachweis ihrer Haftpflichtversicherung einreichen.
- 8.2. Außerdem müssen die Leistungsanbieter folgende Angaben übermitteln:
 - 1) Liste der Gesundheitsleistungen, die sie in ihrer Einrichtung ausführen/erbringen;
 - 2) Liste der Preise aller Leistungen/Untersuchungen, die für die Versicherten/Leistungsberechtigten des RCAM gelten, und/oder der im Vergleich zu den allgemein gültigen Preisen eingeräumten Rabatte. Werden Rabatte eingeräumt, ist vom Leistungsanbieter auch die Liste mit den allgemein gültigen Preisen einzureichen;
 - 3) im Anhang enthaltene Vergleichstabelle, die eine Reihe von Standard-Leistungen auflistet, bei denen die angebotenen Preise und eingeräumten Rabatte zu ergänzen sind;
 - 4) Liste der pharmazeutischen Erzeugnisse und der eingeräumten Rabatte (nur für Belgien);
 - 5) Unterlagen zu Tarifen sind ebenfalls in digitaler Form zu liefern.
- 8.3. Das PMO behält sich das Recht vor,
 - Anträge abzulehnen, die in Bezug auf die verlangten Angaben, Formvorschriften und Unterlagen unvollständig sind,
 - von den Bietern zu verlangen, bestimmte oder sogar alle Angaben, förmlichen Nachweise und Unterlagen erneut vorzulegen für den Fall, dass zum Beispiel die Geltungsdauer der besagten Bescheinigungen abgelaufen ist.

9. Sonstige Informationen und Angaben für die Leistungsanbieter

- 9.1. Die Belege und Rechnungen, die die Leistungsanbieter den Versicherten/Leistungsberechtigten des Gesundheitssorgesystems ausstellen, müssen den Rechtsvorschriften des Landes, in dem die Leistungen erbracht werden, genügen.
- 9.2. Die Leistungsanbieter sind verpflichtet, das PMO unverzüglich von jeder Veränderung in Kenntnis zu setzen, die dazu führt, dass sie nicht mehr in der Lage sind, die unter Punkt 7 der vorliegenden Aufforderung aufgeführten Kriterien zu erfüllen.
- 9.3. Die angebotenen Preise und/oder Rabatte können einmal pro Jahr überprüft werden.

Im Falle einer Preisänderung müssen die Leistungsanbieter die neue Preisliste bis zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres vorlegen. Die neuen Preise gelten dann ab dem 1. Februar des Folgejahres.

- 9.4. Die Leistungsanbieter, die von der Liste gestrichen werden möchten, müssen das PMO hierüber per Einschreibebrief an die unter Punkt 1 der vorliegenden Aufforderung genannte Kontaktperson in Kenntnis setzen.
- 9.5. Die Aufforderung ist für vier Jahre ab dem Datum der Versendung dieser Bekanntmachung an das Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union gültig.

10. Einreichungsmodalitäten

Die Leistungsanbieter werden aufgefordert, ihre Teilnahmeanträge sowie die verlangten Unterlagen per Einschreiben mit Rückschein an die folgende Adresse zu richten:

PMO.3 — RCAM
Rue de la Science/Wetenschapstraat 27 (SC 27 3/54)
1049 Bruxelles/Brussel
BELGIQUE/BELGIË
Z. Hd. Herrn SCOGNAMIGLIO

11. Sonstige Auskünfte

Alle an diesem Verfahren teilnehmenden Leistungsanbieter werden innerhalb 30 Tagen ab Einreichung ihres Teilnahmeantrags benachrichtigt, ob sie in die Liste aufgenommen wurden oder nicht.

Das PMO behält sich das Recht vor, die Eintragung von Leistungsanbietern rückgängig zu machen, und unterrichtet die Betroffenen hiervon innerhalb 15 Tagen, und zwar in folgenden Fällen:

- 1) Nichtanwendung des vom Leistungsanbieter angebotenen Preises;
- 2) Nicht-Einhaltung der spezifischen Regeln des Mitgliedstaats, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird.

Anhänge: (<http://ec.europa.eu/pmo/tender.htm>)

- Anhang 1: Früherkennungsprogramme des RCAM
- Anhang 2: Ehrenwörtliche Erklärung in Bezug auf die Ausschlusskriterien
- Anhänge 3a und b: Vergleichstabellen der Preise für die Leistungen

ANHANG I

Früherkennungsprogramme des RCAM**EUROPÄISCHE UNION****Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem****FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM**

INSTITUTION:

Name und Vorname des/der Versicherten:

Persönliche Nummer oder Rentennummer:

Name und Vorname der Leistungsberechtigten: Geburtsdatum:

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung MUSS an den behandelnden Arzt übermittelt werden.

Name und Anschrift eines behandelnden Arztes, dem die Ergebnisse mitgeteilt werden:

.....

Die angebotenen Untersuchungen sind fakultativ: Für eine wirksame Früherkennung wird ihre Durchführung empfohlen.

Alle zusätzlichen Untersuchungen müssen separat abgerechnet werden. Die entsprechenden Rechnungen sind dem Patienten zu übergeben.

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM Nr. 1**Erwachsene Frau unter 45 Jahren (nicht bei einer europäischen Institution tätig)****Häufigkeit: alle fünf Jahre**

1. **Ausführliche Anamnese** auf Grundlage eines Fragebogens, der zuvor von der Leistungsberechtigten mithilfe ihres behandelnden Arztes ausgefüllt wurde.

2. **Vollständige klinische Untersuchung (siehe Anhang)**

3. **Laboruntersuchungen:**

Blutuntersuchung:

Hämoglobin, Hämatokrit und Anzahl der Erythrozyten

Leukozytose und Blutbild, Thrombozyten

Ferritin

Blutzucker

Gesamtcholesterin, HDL, LDL und Neutralfette

Kreatinin, Harnsäure

GOT, GPT, Gamma-GT

HIV, Hepatitis C (außer bei schriftlicher Ablehnung der Leistungsberechtigten)

Harnuntersuchungen:

Eiweiß, Zucker

Untersuchung auf Blut

Nitrit

4. **Gynäkologische Untersuchung**

Gynäkologische klinische Untersuchung, einschließlich der Brüste

Zytologie des Gebärmutterhalses und, falls erforderlich, Kolposkopie

5. **Zusammenfassende Beurteilung** unter Angabe von erfassten Risikofaktoren, festgestellten Anomalien und Behandlungsvorschlägen

Dieser Bericht wird übermittelt

1. an die Leistungsberechtigte der Früherkennungsuntersuchung;

2. an den benannten behandelnden Arzt

EUROPÄISCHE UNION
Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

INSTITUTION:

Name und Vorname des/der Versicherten:

Persönliche Nummer oder Rentennummer

Name und Vorname der Leistungsberechtigten: Geburtsdatum:

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung MUSS an den behandelnden Arzt übermittelt werden.

Name und Anschrift eines behandelnden Arztes, dem die Ergebnisse mitgeteilt werden:

.....

.....

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung kann an den Vertrauensarzt ihrer Institution (siehe Anschrift) übermittelt werden, wenn die Leistungsberechtigte Beamtin oder eine sonstige statutarische Bedienstete im aktiven Dienstverhältnis ist:

.....

.....

Die angebotenen Untersuchungen sind fakultativ: Für eine wirksame Früherkennung wird ihre Durchführung empfohlen.

Alle zusätzlichen Untersuchungen sind separat abzurechnen. Die entsprechenden Rechnungen sind an den Patienten zu senden.

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM Nr. 2
Frauen zwischen 45 und 59 Jahren
Häufigkeit: alle vier Jahre

1. **Ausführliche Anamnese** auf Grundlage eines Fragebogens, der zuvor von der Leistungsberechtigten mithilfe ihres behandelnden Arztes ausgefüllt wurde.

2. **Vollständige klinische Untersuchung (siehe Anhang)**

3. **Augenärztliche Untersuchung**

Messung der Sehschärfe und der eventuell notwendigen Sehkorrektur

Augenhintergrund (bei Diabetes oder Bluthochdruck)

Messung des intraokularen Drucks (Tonometrie)

4. **Laboruntersuchungen:**

Blutuntersuchung:

Hämoglobin, Hämatokrit und Anzahl der Erythrozyten

Leukozytose und Blutbild, Thrombozyten

Ferritin

TSH

Nüchternblutzucker

Gesamtcholesterin, HDL, LDL und Neutralfette

Kreatinin, Harnsäure

GOT, GPT, Gamma-GT

HIV, Hepatitis C (außer bei schriftlicher Ablehnung der Leistungsberechtigten)

Harnuntersuchungen:

Eiweiß, Zucker

Untersuchung auf Blut,

Nitrit

5. **Untersuchung des Dickdarms**

Dreimalige Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl oder virtuelle Kolonoskopie ab dem 50. Lebensjahr.

6. **Zusammenfassende Beurteilung** unter Angabe von erfassten Risikofaktoren, festgestellten Anomalien und Behandlungsvorschlägen

Dieser Bericht wird übermittelt

1. an die Leistungsberechtigte der Früherkennungsuntersuchung;

2. an den benannten behandelnden Arzt;

3. an den Vertrauensarzt ihrer Institution, wenn die Leistungsberechtigte Beamtin oder eine sonstige statutarische Bedienstete im aktiven Dienstverhältnis ist. In diesem Fall ersetzen die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchung die jährliche Visite.

**EUROPÄISCHE UNION
Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem**

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

INSTITUTION:

Name und Vorname des/der Versicherten:

Persönliche Nummer oder Rentennummer

Name und Vorname der Leistungsberechtigten: Geburtsdatum:

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung MUSS an den behandelnden Arzt übermittelt werden.

Name und Anschrift eines behandelnden Arztes, dem die Ergebnisse mitgeteilt werden:

.....

.....

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung kann an den Vertrauensarzt ihrer Institution (siehe Anschrift) übermittelt werden, wenn die Leistungsberechtigte Beamtin oder eine sonstige statutarische Bedienstete im aktiven Dienstverhältnis ist:

.....

.....

Die angebotenen Untersuchungen sind fakultativ: Für eine wirksame Früherkennung wird ihre Durchführung empfohlen.

Alle zusätzlichen Untersuchungen sind separat abzurechnen. Die entsprechenden Rechnungen sind an den Patienten zu senden.

**FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM Nr. 2 BIS
Frauen zwischen 45 und 59 Jahren
Häufigkeit: alle zwei Jahre**

Gynäkologische Untersuchung

Gynäkologische klinische Untersuchung, einschließlich der Brüste

Zytologie des Gebärmutterhalses und, falls erforderlich, Kolposkopie

Mammografie und, falls angezeigt, Echografie der Brüste

Der Bericht wird übermittelt

- 1. an die Leistungsberechtigte der Früherkennungsuntersuchung;
- 2. an den benannten behandelnden Arzt;
- 3. an den Vertrauensarzt ihrer Institution, wenn die Leistungsberechtigte Beamtin oder eine sonstige statutarische Bedienstete im aktiven Dienstverhältnis ist. In diesem Fall ersetzen die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchung die jährliche Visite.

EUROPÄISCHE UNION
Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

INSTITUTION:

Name und Vorname des/der Versicherten:

Persönliche Nummer oder Rentennummer

Name und Vorname der Leistungsberechtigten:Geburtsdatum:

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung MUSS an den behandelnden Arzt übermittelt werden.

Name und Anschrift eines behandelnden Arztes, dem die Ergebnisse mitgeteilt werden:

.....

.....

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung kann an den Vertrauensarzt ihrer Institution (siehe Anschrift) übermittelt werden, wenn die Leistungsberechtigte Beamtin oder eine sonstige statutarische Bedienstete im aktiven Dienstverhältnis ist:

.....

.....

Die angebotenen Untersuchungen sind fakultativ: Für eine wirksame Früherkennung wird ihre Durchführung empfohlen.

Alle zusätzlichen Untersuchungen sind separat abzurechnen. Die entsprechenden Rechnungen sind an den Patienten zu senden.

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM Nr. 3
Frauen ab dem 60. Lebensjahr
Häufigkeit: alle zwei Jahre

1. **Ausführliche Anamnese** auf Grundlage eines Fragebogens, der zuvor von der Leistungsberechtigten mithilfe ihres behandelnden Arztes ausgefüllt wurde.

2. **Vollständige klinische Untersuchung (siehe Anhang)**

3. **Augenärztliche Untersuchung**

Messung der Sehschärfe und der eventuell notwendigen Sehkorrektur

Augenhintergrund

Messung des intraokularen Drucks (Tonometrie)

4. **Laboruntersuchungen:**

Blutuntersuchung:

Hämoglobin, Hämatokrit und Anzahl der Erythrozyten

Leukozytose und Blutbild, Thrombozyten

Ferritin

TSH

Nüchternblutzucker

Gesamtcholesterin, HDL, LDL und Neutralfette

Kreatinin, Harnsäure, Ca, K

GOT, GPT, Gamma-GT

HIV, Hepatitis C (außer bei schriftlicher Ablehnung der Leistungsberechtigten)

Harnuntersuchungen:

Eiweiß, Zucker

Untersuchung auf Blut,

Nitrit

5. **Gynäkologische Untersuchung**

Gynäkologische klinische Untersuchung, einschließlich der Brüste

Zytologie des Gebärmutterhalses und, falls erforderlich, Kolposkopie

Mammografie und, falls angezeigt, Echografie der Brüste

6. **Herzuntersuchung**

Belastungs-EKG: nur bei Herz-Kreislauf-Risiken, die größer als 10 % eingestuft werden (siehe „Score“ der European Task Force)

7. **Untersuchung des Dickdarms**

Dreimalige Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl oder virtuelle Kolonoskopie ab dem 60. Lebensjahr, wenn diese vorher noch nicht durchgeführt wurde.

8. Eine Knochendichtemessung mittels Zwei-Fotonen-Absorption**9. Zusammenfassende Beurteilung** unter Angabe von erfassten Risikofaktoren, festgestellten Anomalien und Behandlungsvorschlägen

Dieser Bericht wird übermittelt

1. an die Leistungsberechtigte der Früherkennungsuntersuchung;
2. an den benannten behandelnden Arzt;
3. an den Vertrauensarzt ihrer Institution, wenn die Leistungsberechtigte Beamtin oder eine sonstige statutarische Beamtin im aktiven Dienstverhältnis ist. In diesem Fall ersetzen die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchung die jährliche Visite.

EUROPÄISCHE UNION
Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

INSTITUTION:

Name und Vorname des/der Versicherten: Persönliche Nummer

Name und Vorname des Leistungsberechtigten: Geburtsdatum:

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung MUSS an den behandelnden Arzt übermittelt werden.

Name und Anschrift eines behandelnden Arztes, dem die Ergebnisse mitgeteilt werden:

.....

Die angebotenen Untersuchungen sind fakultativ: Für eine wirksame Früherkennung wird ihre Durchführung empfohlen.
 Alle zusätzlichen Untersuchungen sind separat abzurechnen. Die entsprechenden Rechnungen sind an den Patienten zu senden.

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM Nr. 4
Erwachsene Männer unter 45 Jahren (nicht bei einer europäischen Institution tätig)
Häufigkeit: alle fünf Jahre

1. **Ausführliche Anamnese** auf Grundlage eines Fragebogens, der zuvor von dem Leistungsberechtigten mithilfe des behandelnden Arztes ausgefüllt wurde.

2. **Vollständige klinische Untersuchung (siehe Anhang)**

3. **Laboruntersuchungen:**

Blutuntersuchung:

Hämoglobin, Hämatokrit und Anzahl der Erythrozyten

Leukozytose und Blutbild, Thrombozyten

Blutzucker

Gesamtcholesterin, HDL, LDL und Neutralfette

Kreatinin, Harnsäure

GOT, GPT, Gamma-GT

HIV, Hepatitis C (außer bei schriftlicher Ablehnung des Leistungsberechtigten)

Harnuntersuchungen:

Eiweiß, Zucker

Untersuchung auf Blut

4. **Zusammenfassende Beurteilung** unter Angabe von erfassten Risikofaktoren, festgestellten Anomalien und Behandlungsvorschlägen

Dieser Bericht wird übermittelt

1. an den Leistungsberechtigten der Früherkennungsuntersuchung;

2. an den benannten behandelnden Arzt.

EUROPÄISCHE UNION
Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

INSTITUTION:

Name und Vorname des/der Versicherten:

Persönliche Nummer oder Rentennummer

Name und Vorname des Leistungsberechtigten: Geburtsdatum:

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung MUSS an den behandelnden Arzt übermittelt werden.

Name und Anschrift eines behandelnden Arztes, dem die Ergebnisse mitgeteilt werden:

.....

.....

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung kann an den Vertrauensarzt seiner Institution (siehe Anschrift) übermittelt werden, wenn der Leistungsberechtigte Beamter oder ein sonstiger statutarischer Bediensteter im aktiven Dienstverhältnis ist

.....

.....

Die angebotenen Untersuchungen sind fakultativ: Für eine wirksame Früherkennung wird ihre Durchführung empfohlen.

Alle zusätzlichen Untersuchungen sind separat abzurechnen. Die entsprechenden Rechnungen sind an den Patienten zu senden.

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM Nr. 5
Männer zwischen 45 und 59 Jahren
Häufigkeit: alle vier Jahre

1. **Ausführliche Anamnese** auf Grundlage eines Fragebogens, der zuvor von dem Leistungsberechtigten mithilfe des behandelnden Arztes ausgefüllt wurde.

2. **Vollständige klinische Untersuchung (siehe Anhang)**

3. **Augenärztliche Untersuchung**

Messung der Sehschärfe und der eventuell notwendigen Sehkorrektur

Augenhintergrund (bei Diabetes oder Bluthochdruck)

Messung des intraokularen Drucks (Tonometrie)

4. **Laboruntersuchungen:**

Blutuntersuchung:

Hämoglobin, Hämatokrit und Anzahl der Erythrozyten

Leukozytose und Blutbild, Thrombozyten

TSH

Blutzucker

Gesamtcholesterin, HDL, LDL und Neutralfette

Kreatinin, Harnsäure

GOT, GPT, Gamma-GT

HIV, Hepatitis C (außer bei schriftlicher Ablehnung des Leistungsberechtigten)

Harnuntersuchungen:

Eiweiß, Zucker

Untersuchung auf Blut

Nitrit

5. **Herzuntersuchung**

Belastungs-EKG: nur bei Herz-Kreislauf-Risiken, die in den kommenden zehn Jahren größer als 10 % eingestuft werden (siehe „Score“ der European Task Force)

6. **Untersuchung des Dickdarms**

Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl (dreimalig) oder virtuelle Kolonoskopie ab dem 50. Lebensjahr.

7. **Zusammenfassende Beurteilung** unter Angabe von erfassten Risikofaktoren, festgestellten Anomalien und Behandlungsvorschlägen

Dieser Bericht wird übermittelt

1. an den Leistungsberechtigten der Früherkennungsuntersuchung;

2. an den benannten behandelnden Arzt;

3. an den Vertrauensarzt seiner Institution, wenn der Leistungsberechtigte Beamter oder ein sonstiger statutarischer Bediensteter im aktiven Dienstverhältnis ist. In diesem Fall ersetzen die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchung die jährliche Visite.

EUROPÄISCHE UNION
Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

INSTITUTION:

Name und Vorname des/der Versicherten:

Persönliche Nummer oder Rentennummer

Name und Vorname des Leistungsberechtigten: Geburtsdatum:

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung MUSS an den behandelnden Arzt übermittelt werden.

Name und Anschrift des behandelnden Arztes, dem die Ergebnisse mitgeteilt werden:

.....

.....

Der Bericht dieser Früherkennungsuntersuchung kann an den Vertrauensarzt seiner Institution (siehe Anschrift) übermittelt werden, wenn der Leistungsberechtigte Beamter oder ein sonstiger statutarischer Bediensteter im aktiven Dienstverhältnis ist:

.....

.....

Die angebotenen Untersuchungen sind fakultativ: Für eine wirksame Früherkennung wird ihre Durchführung empfohlen.

Alle zusätzlichen Untersuchungen sind separat abzurechnen. Die entsprechenden Rechnungen sind an den Patienten zu senden.

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM Nr. 6
Männer ab dem 60. Lebensjahr
Häufigkeit: alle zwei Jahre

1. **Ausführliche Anamnese** auf Grundlage eines Fragebogens, der zuvor von dem Leistungsberechtigten mithilfe des behandelnden Arztes ausgefüllt wurde.

2. **Vollständige klinische Untersuchung (siehe Anhang)**

3. **Augenärztliche Untersuchung**

Messung der Sehschärfe und der eventuell notwendigen Sehkorrektur

Augenhintergrund

Messung des intraokularen Drucks (Tonometrie)

4. **Laboruntersuchungen:**

Blutuntersuchung:

Hämoglobin, Hämatokrit und Anzahl der Erythrozyten

Leukozytose und Blutbild, Thrombozyten

Ferritin

TSH

Blutzucker

Gesamtcholesterin, HDL, LDL und Neutralfette

Kreatinin, Harnsäure

GOT, GPT, Gamma-GT

HIV, Hepatitis C (außer bei schriftlicher Ablehnung des Leistungsberechtigten)

Harnuntersuchungen:

Eiweiß, Zucker

Untersuchung auf Blut

Nitrit

5. **Herzuntersuchung**

Ruhe-EKG

Belastungs-EKG: nur bei Herz-Kreislauf-Risiken, die größer als 10 % eingestuft werden (Kriterien „Score“ der European Task Force)

6. **Untersuchung des Dickdarms**

Dreimalige Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl oder virtuelle Kolonoskopie ab dem 60. Lebensjahr, wenn diese vorher noch nicht durchgeführt wurde.

7. **Eine Echografie des Abdomen** zur Früherkennung des Aortenaneurysmas

8. **Zusammenfassende Beurteilung** unter Angabe von erfassten Risikofaktoren, festgestellten Anomalien und Behandlungsvorschlägen

Dieser Bericht wird übermittelt

1. an den Leistungsberechtigten der Früherkennungsuntersuchung;
 2. an den benannten behandelnden Arzt;
 3. an den Vertrauensarzt seiner Institution, wenn der Leistungsberechtigte Beamter oder ein sonstiger statutarischer Bediensteter im aktiven Dienstverhältnis ist. In diesem Fall ersetzt die Früherkennungsuntersuchung die jährliche Visite.
-

ANHANG 2

**Ehrenwörtliche Erklärung zu den Ausschlusskriterien
und zum Nichtvorliegen eines Interessenkonflikts**

(Bitte graue Teile in Kursivschrift in runden Klammern entweder ergänzen oder streichen)

[Bitte für Teile in eckigen Klammern eine Option auswählen]

[Der][Die] Unterzeichnete *(Name des/der Unterzeichneten dieser Erklärung)*:

- in [seinem][ihrem] eigenen Namen *(bei natürlichen Personen)*
oder
 in Vertretung der folgenden juristischen Person: *(nur bei Erklärungen im Namen einer juristischen Person)*
Vollständige Bezeichnung:
Rechtsform:
Vollständige Anschrift:
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer:

- erklärt, dass *[die oben angeführte juristische Person][er][sie]*:
- a) sich nicht im Konkursverfahren, in Liquidation oder im gerichtlichen Vergleichsverfahren befindet oder [seine][ihre] gewerbliche Tätigkeit eingestellt hat oder sich aufgrund eines in den einzelstaatlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften vorgesehenen gleichartigen Verfahrens in einer vergleichbaren Lage befindet;
 - b) nicht rechtskräftig durch ein Urteil einer zuständigen Behörde eines Mitgliedstaates wegen eines Vergehens verurteilt worden ist, das [seine][ihre] berufliche Zuverlässigkeit infrage stellt;
 - c) im Rahmen [seiner][ihrer] beruflichen Tätigkeit keine schwere Verfehlung begangen hat, welche auf eine Art und Weise nachgewiesen wurde, die die Auftraggeber rechtfertigen können, einschließlich durch Beschlüsse der EIB und internationaler Organisationen;
 - d) *[seiner][ihrer]* Pflicht zur Entrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern oder sonstigen Abgaben nach den Rechtsvorschriften des Landes *[seiner][ihrer]* Niederlassung, des Landes des öffentlichen Auftraggebers oder des Landes der Vertragserfüllung nachgekommen ist;
 - e) nicht rechtskräftig wegen Betrugs, Korruption, Beteiligung an einer kriminellen Vereinigung, Geldwäsche oder einer anderen rechtswidrigen, gegen die finanziellen Interessen der Europäischen Union gerichteten Handlung verurteilt worden ist;
 - f) nicht von einer verwaltungsrechtlichen Sanktion betroffen ist, weil *[er][sie]* bei der Erteilung der vom öffentlichen Auftraggeber für die Teilnahme an einem Vergabeverfahren verlangten Auskünfte unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht hat, oder im Zusammenhang mit einem anderen Auftrag oder einer Finanzhilfe aus dem Haushalt der Europäischen Union durch Nichterfüllung *[seiner][ihrer]* vertraglichen Verpflichtungen eine schwere Vertragsverletzung begangen hat.
- *(Nur für juristische Personen, die keine Behörden der Mitgliedstaaten oder lokale Behörden sind, sonst bitte streichen)* dass die natürlichen Personen mit Vertretungs-, Entscheidungs- oder Kontrollbefugnis ⁽¹⁾ über die oben angeführte juristische Person sich nicht in den oben unter Buchstabe b und e angeführten Situationen befinden;
- erklärt, dass *[die oben angeführte juristische Person][er][sie]*:
- g) in keinem Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Auftrag steht, wobei sich ein Interessenkonflikt insbesondere aus einem wirtschaftlichen Interesse, politischer Affinität oder nationaler Bindung, familiären oder freundschaftlichen Beziehungen sowie sonstigen Bindungen oder Interessen ergeben kann;
 - h) dem öffentlichen Auftraggeber umgehend jeden Sachverhalt anzeigt, der einen Interessenkonflikt darstellt oder zu einem solchen führen könnte;
 - i) weder mittelbar noch unmittelbar als Anreiz oder Entgelt für die Vergabe des Auftrags oder dessen Erfüllung finanzielle Vorteile noch Sachleistungen gewährt, erhalten, zu erhalten versucht oder angenommen hat, die als rechtswidriges Verhalten oder Bestechung bzw. Bestechlichkeit anzusehen sind, und dies auch in Zukunft nicht tun wird;
 - j) dem öffentlichen Auftraggeber im Rahmen dieser Ausschreibung richtige, wahrheitsgemäße und vollständige Auskünfte geliefert hat;
- dass *[die oben angeführte juristische Person][er][sie]* verwaltungsrechtlichen und finanziellen Sanktionen ⁽²⁾ unterworfen werden kann, wenn sich die von *[ihm][ihr]* abgegebenen Erklärungen bzw. erteilten Informationen als falsch erweisen.

Im Falle der Zuschlagserteilung ist auf Antrag und innerhalb der vom Auftraggeber gesetzten Frist Folgendes nachzuweisen:

- Als Nachweis dafür, dass keiner der unter den Buchstaben a, b und e genannten Fälle zutrifft, ist ein Strafregisterauszug neueren Datums oder in Ermangelung eines solchen eine gleichwertige Bescheinigung einer zuständigen Justiz- oder Verwaltungsbehörde des Ursprungs- oder Herkunftslandes vorzulegen, aus der hervorgeht, dass diese Anforderungen erfüllt sind. Ist der Bieter eine juristische Person und lassen die Rechtsvorschriften des Landes, in dem er niedergelassen ist, die Ausstellung solcher Urkunden für juristische Personen nicht zu, so sind diese für eine natürliche Person, beispielsweise für den Unternehmensleiter oder jede andere Person, vorzulegen, die in Bezug auf den Bieter über eine Vertretungs-, Entscheidungs- oder Kontrollbefugnis verfügt.

⁽¹⁾ Dies betrifft Unternehmensleiter, Mitglieder der Führungs- oder Aufsichtsgremien und Fälle, in denen eine natürliche Person die Anteilmehrheit hält.

⁽²⁾ Gemäß Artikel 109 der Verordnung (EU, Euratom) Nr. 966/2012 (Haushaltsordnung) und Artikel 145 der Anwendungsbestimmungen zur Haushaltsordnung.

- Als Nachweis dafür, dass der unter Buchstabe d genannte Fall nicht auf den Bieter zutrifft, sind von den zuständigen Behörden des betreffenden Staates ausgestellte Bescheinigungen oder Schreiben neueren Datums vorzulegen. Aus diesen Bescheinigungen oder Schreiben muss hervorgehen, dass der Bieter sämtliche von ihm geschuldeten Steuern und Sozialversicherungsabgaben entrichtet hat, einschließlich Umsatzsteuer, Einkommensteuer (nur bei natürlichen Personen), Körperschaftsteuer (nur bei juristischen Personen) und Sozialversicherungsbeiträge.
- Wird eine in den beiden vorhergehenden Absätzen genannte Bescheinigung bzw. Urkunde in Bezug auf die unter den Buchstaben a, b, d oder e genannten Fälle von dem betreffenden Land nicht ausgestellt, so kann sie durch eine eidesstattliche oder eine förmliche Erklärung ersetzt werden, die der betreffende Bieter vor einer Justiz- oder Verwaltungsbehörde, einem Notar oder einer dafür zuständigen Berufsorganisation des Ursprungs- oder Herkunftslandes abgibt.

Handelt es sich bei dem Bieter um eine juristische Person, sind Informationen zu den natürlichen Personen mit Vertretungs-, Entscheidungs- oder Kontrollbefugnis über die juristische Person nur auf Antrag des öffentlichen Auftraggebers vorzulegen.

Name, Vorname:

Datum:

Unterschrift:

ANHANG 3a

Vergleichstabelle der Tarifangebote, die als Reaktion auf die Veröffentlichung der Aufforderung an die Betreiber medizinischer und paramedizinischer Versorgungsdienste eingegangen sind

Bezeichnung des Leistungsanbieters:

Vollständige Anschrift:

E-Mail:

Tel.:

Name, Vorname, Titel der unterzeichnungsberechtigten Person:

Unterschrift:

Rabatte auf die allgemein gültigen Preise, die die Leistungsanbieter den Versicherten/ Leistungsberechtigten des RCAM einzuräumen beabsichtigen:

Liste der allgemein gültigen Preise aller Leistungen/Untersuchungen, auf die den Versicherten/ Leistungsberechtigten des RCAM Rabatte eingeräumt werden

Vom Leistungsanbieter im Format *.pdf beizufügen

ANHANG 3b

**Vergleichstabelle der Tarifangebote,
die als Reaktion auf die Veröffentlichung der Aufforderung an die Betreiber medizinischer und
paramedizinischer Versorgungsdienste eingegangen sind**

Bezeichnung des Leistungsanbieters:

Vollständige Anschrift:

E-Mail:

Tel.:

Name, Vorname, Titel der unterzeichnungsberechtigten Person

Unterschrift:

		1 Kategorie „Krankenhausaufenthalte und chirurgische Eingriffe“ (Krankenhäuser und Privatkliniken)			
		Mehrbettzimmer (€)	Zweibettzimmer (€)	Einbettzimmer (€)	Tagesklinik (€)
1.1	Durchschnittskosten für Aufenthalte	min.€€€€
		max.€€€€
	gewährter Rabatt%%%%
1.2 Beispiele für chirurgische Eingriffe entsprechend der Kategorie (siehe Liste im Anhang) nur Kosten für Chirurgen + Anästhesisten + Assistenten					
1.2.1	Durchschnittskosten Kategorie A1	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%
1.2.2	Durchschnittskosten Kategorie A2	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%
1.2.3	Durchschnittskosten Kategorie A3	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%
1.2.4	Durchschnittskosten Kategorie B1	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%
1.2.5	Durchschnittskosten Kategorie B2	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%
1.2.6	Durchschnittskosten Kategorie C1	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%

		Mehrbettzim- mer (€)	Zweibettzim- mer (€)	Einbettzimmer (€)	Tagesklinik (€)	
1.2.7	Durchschnittskosten Kategorie C2	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%	
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%	
1.2.8	Durchschnittskosten Kategorie D1	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%	
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%	
1.2.9	Durchschnittskosten Kategorie D2	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%	
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%	
1.2.10	Durchschnittskosten „natürliche Entbindung“	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%	
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%	
1.2.11	Durchschnittskosten „Entbindung durch Kaiserschnitt“	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%	
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%	
1.2.12	Durchschnittskosten „IVF“	min.€€€€
		max.€€€€
	% gewährter Rabatt%%%%	
	eventuelle Honorarzuschläge%%%%	

2 Kategorie „Pharmazeutische Erzeugnisse“	% Rabatt
% gewährter Rabatt%

3 Kategorie „Fachärzte/Allgemeinärzte“	Kosten (€)	% Rabatt
3.1 Durchschnittskosten Facharzt (Beispiel Gynäkologe)€%
3.2 Durchschnittskosten Facharzt (Beispiel Kinderarzt)€%
3.3 Durchschnittskosten Allgemeinärzte€%

4 Kategorie „paramedizinische Dienste“	Kosten (€)	% Rabatt
4.1 Pflegeleistungen - Aufenthalt in paramedizinischen Einrichtungen - Kosten pro Tag€%
4.2 Pflegeleistungen - Pflegepauschale - Kosten pro Tag€%
4.3 Bewegungstherapiesitzung€%
4.4 Physiotherapiesitzung€%

5 Kategorie „Labors für spezielle Analysen und Untersuchungen“	% Rabatt
% gewährter Rabatt%