

INFO SENIOR

Newsletter der DG HR

OKTOBER - DEZEMBER 2019 #24

Inhalt

Rentenzahlung	1
Früherkennungsprogramme ... Was ändert sich?	2
Anhang 1 – Früherkennungsprogramm 1	5
Anhang 2 – Früherkennungsprogramm 2	6
Anhang 3 – Früherkennungsprogramm 3	7
Anhang 4 – Früherkennungsprogramm 4	8
Anhang 5 – Früherkennungsprogramm 5	9
Anhang 6 – Früherkennungsprogramm 6	10
Früherkennungsprogramm GYN 1	11
Früherkennungsprogramm GYN 2	12
Pensionierte Ehegatten, die ergänzenden Versicherungsschutz im Rahmen des GKFS genießen – Vereinfachung	13
Jahreskongress der AIACE Internationale	14
Mitteilung von Afiliatys: Versicherung HOSPI SAFE	15
SEPS/SFPE – Kommunikationsmaßnahmen	16

Rentenzahlung

Ihre Rentenzahlung ist noch nicht auf Ihrem Bankkonto eingegangen?

Bitte warten Sie immer bis zum letzten Werktag des Monats, bevor Sie sich melden. Ist die Rentenzahlung bis zu diesem Tag immer noch nicht eingegangen, wenden Sie sich bitte an das Referat Ruhegehälter:

PMO-PENSIONS@ec.europa.eu für Alters-/Invaliditätsrenten

PMO-SURVIE@ec.europa.eu für Bezieher einer Witwen-/Waisenrente



oder + 32 (0)2-297 88 00 werktags von Montag bis Freitag von 9.30 bis 12.30 Uhr.

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMME ... WAS ÄNDERT SICH?

1. Ein Programm für eine neue Altersgruppe

Für Männer und Frauen von 18 bis 44 Jahren steht ab sofort ein Früherkennungsprogramm zur Verfügung. Damit steigt die Gesamtzahl der den Versicherten je nach Alter/Geschlecht und unabhängig davon, ob sie im aktiven Dienst oder pensioniert sind, angebotenen Programme auf acht (siehe die Modelle der einzelnen Programme weiter unten).

2. Erstuntersuchung, Früherkennungsuntersuchungen und Nachuntersuchung

Jedes Früherkennungsprogramm beginnt mit einer Erstuntersuchung, bei dem der Arzt je nach Ihrer Krankheitsgeschichte über die erforderlichen Untersuchungen entscheidet, und endet mit einer Nachuntersuchung zur Besprechung der Untersuchungsergebnisse. Sie können zur Wahrnehmung dieser Untersuchungstermine entweder einen Arzt einer zugelassenen Einrichtung oder einen Arzt Ihrer Wahl aufsuchen. Wir empfehlen, für beide Termine denselben Arzt zu wählen. Wir raten zur Wahl einer zugelassenen Einrichtung, da diese das gesamte Leistungsspektrum abdeckt, einschließlich der Erst- und Nachuntersuchung.



3. Eine strukturierte Darstellung der Untersuchungen

Bei allen Programmen sind die Untersuchungen nun in zwei Rubriken gegliedert (außer bei GYN 1 und GYN 2, die Sonderfälle darstellen). In der ersten Rubrik sind alle Standarduntersuchungen zusammengefasst; die zweite Rubrik enthält die optionalen Untersuchungen, die Ihnen ebenfalls verordnet werden können. Der Arzt entscheidet bei der Erstuntersuchung abhängig von Ihrer Krankheitsgeschichte, welchen standardmäßigen oder optionalen Untersuchungen Sie sich unterziehen sollten. Bestimmte optionale Untersuchungen bedürfen einer vorherigen Genehmigung. Sollte der Arzt Ihnen eine Untersuchung verordnen, die nicht im Programm aufgeführt ist, müssen Sie eine vorherige Genehmigung einholen.

4. Das Einladungsschreiben und seine Anlagen

Nach Einreichen Ihres Antrags auf Teilnahme an einem Früherkennungsprogramm erhalten Sie die folgenden Dokumente:

- **Das Einladungsschreiben**

Darin ist festgehalten, ob es sich um eine Einladung „mit direkter Abrechnung – zugelassene Einrichtung“ (d. h. es wird direkt über das GKFS (RCAM/JSIS) abgerechnet, wenn Sie sich für eine zugelassene Einrichtung entscheiden) oder aber um eine Einladung „ohne direkte Abrechnung“ (wenn Sie den Arzt frei wählen, also keine zugelassene Einrichtung aufsuchen) handelt. Das Einladungsschreiben enthält Erläuterungen, die sowohl für die von Ihnen aufgesuchte Einrichtung als auch für Sie selbst bestimmt sind.

- **Eine Mitteilung an den von Ihnen für die Erst- bzw. Nachuntersuchung gewählten Arzt.**

Diese enthält nähere Angaben zum Hintergrund der GKFS-Vorsorgeprogramme sowie nützliche Informationen.

- **Anlage 1**

Das Ihrem Alter/Geschlecht entsprechende Früherkennungsprogramm, das vom Arzt und Ihnen selbst auszufüllen und zu unterschreiben ist.

- **Anlage 2**

Die von Ihnen zu unterschreibende Erklärung über Ihre Teilnahme.

5. Rolle und Aufgaben aller Beteiligten

Die zusammen mit dem Einladungsschreiben zugesandten Unterlagen geben ebenfalls Auskunft über die Rolle und die Aufgaben aller Beteiligten: Teilnehmer, zur Früherkennung aufgesuchte Einrichtung, verschreibender Arzt und GKFS. Wenn Sie sich beispielsweise einer der verordneten Untersuchungen nicht unterziehen möchten, können Sie dies schriftlich mitteilen, da in den Programmen hierfür nun eine eigene Rubrik vorgesehen ist. Wir empfehlen Ihnen, alle dem Einladungsschreiben beigelegten Dokumente aufmerksam durchzulesen.

6. Zugelassene Einrichtungen

Das GKFS bemüht sich weiterhin darum, mit möglichst vielen Einrichtungen in möglichst vielen Mitgliedstaaten Vereinbarungen zu schließen

Die Liste der zugelassenen Einrichtungen wird mit Abschluss weiterer Vereinbarungen immer wieder aktualisiert. Sollte es in Ihrem Wohnsitzland keine zugelassene Einrichtung geben, können Sie die Einrichtung zur Durchführung des Programms frei wählen (d. h. eine Einrichtung ohne Zulassung), die Leistungen bezahlen und anschließend eine Erstattung beantragen. Beachten Sie jedoch, dass für diese Leistungen Obergrenzen gelten, die der [Seite zu Früherkennungsprogrammen](#) zu entnehmen sind (**My IntraComm > Staff Matters > Health > Preventive health > Health screening programme**).

Natürlich können Sie das Früherkennungsprogramm auch in einer zugelassenen Einrichtung in einem anderen Land als Ihrem Wohnsitzland durchführen.

AB WANN GELTEN DIE NEUEN PROGRAMME?

Die neuen Programme gelten ab dem 1.10.2019.

WIE IST BIS DAHIN ZU VERFAHREN?

Verfügen Sie über eine Einladung, die zwischen dem 28.2.2019 und dem 4.9.2019 ausgestellt wurde (datiert ist) und wurde der Termin für den Beginn Ihres Programms auf ein Datum vor dem 1.11.2019 festgelegt: nehmen Sie den Termin wahr und führen Sie das Programm durch.

Trifft dies nicht zu, haben Sie zwei Möglichkeiten:

- Sie behalten den Termin bei und führen das Programm durch.
- Sie lesen sich die Informationen zu den neuen Programmen durch und beantragen anschließend eine neue Einladung zu den neuen Programmen bzw. Einrichtungen. Gehen Sie hierzu folgendermaßen vor:
 - Personal im aktiven Dienst: Senden Sie eine Nachricht über Staff Contact (Schaltfläche „**Contact us**“ rechts auf der [Seite zu Früherkennungsprogrammen](#))
 - Nicht im aktiven Dienst befindliches Personal:
 - Senden Sie entweder eine Nachricht über Staff Contact (Schaltfläche „**Contact us**“ rechts auf der [Seite zu Früherkennungsprogrammen](#))
 - oder melden Sie sich bei der für Früherkennung zuständigen GKFS-Stelle – Tel. **+32 2 29 53866** (von 9.30 bis 12.30 Uhr)

Vorübergehende Sondermaßnahme:

Wenn Sie im Vereinigten Königreich oder in einem skandinavischen Land beschäftigt sind oder leben, wo es noch keine zugelassene Einrichtung gibt und wo es schwierig oder unmöglich ist, im Rahmen eines Früherkennungsprogramms einen Arzt aufzusuchen oder Untersuchungen durchzuführen, können Sie sich immer noch an eine der unten aufgeführten (auf diesen Bereich spezialisierten) Einrichtungen (1) wenden und um Durchführung Ihres gesamten Programms bitten. Ist die vollständige Durchführung des Programms nicht möglich, können Sie möglichst viele der in Ihrem Programm aufgeführten Untersuchungen durchführen lassen und sich daneben auch den Ihnen angebotenen Untersuchungen gleicher Art bzw. mit gleicher Zielsetzung unterziehen.

Sie müssen sämtliche Kosten begleichen und anschließend über das Papierformular eine Kostenerstattung beantragen.

In diesem Fall wird sich das GKFS – sofern es die entstandenen Kosten als angemessen erachtet – bei ihrer Erstattung flexibel und kulant zeigen.

Spezialisierte Einrichtungen

DÄNEMARK

FALCK HEALTHCARE MEDICINSK TEST CENTER	1264 KOPENHAGEN
FALCK HEALTHCARE MEDICINSK TEST CENTER	8000 AARHUS
ALERIS-HAMLET HOSPITALS	2860 SOBORG
ALERIS-HAMLET HOSPITALS	9200 AALBORG
THYGESEN HEALTH	2942 SKODSBORG

FINNLAND

TERVEYSTALO OY HELSINKI	TURKU-TAMPERE
MEHILAEINEN (ALL LOCATIONS)	HELSINKI- TURKU-TAMPERE

SCHWEDEN

CARLANDERSKA	40545 GOETEBORG
CITYAKUTEN I PRAKTIKERTJAEINST	AB 11137 STOCKHOLM

VEREINIGTES KÖNIGREICH

BUPA HEALTH CENTRE	Mehrere Anschriften in: London Austin Friars, London-King'sCross, Bristol, Glasgow, Leeds, Manchester-Whalley Range, Reading, Solihull
ROODLANE MEDICAL LTD	Mehrere Anschriften in: London: New Broad Street, Fleet Street, Tooley Street, Canary Wharf Glasgow

Sie werden demnächst eine Sonderausgabe zum Thema Früherkennung erhalten. In der Zwischenzeit finden Sie alle wichtigen Informationen auf der [Seite zu Früherkennungsprogrammen](#) (([My IntraComm](#) > [Staff Matters](#) > [Health](#) > [Preventive health](#) > [Health screening programme](#))).



ANHANG 1

Früherkennungsprogramm Nr. 1: Frauen zwischen 18 und 44 Jahren

Intervall: 5 Jahre

Unser Zeichen:	[Aktenzeichen]
Leistungsberechtigte:	[Vorname, Name]
Personalnummer/Pensionsnummer:	[xxxxxxx]
Gültig bis:	[Datum Ende des Versicherungsschutzes oder 18 Monate]

Von der Ärztin/dem Arzt bei der Erstuntersuchung auszufüllen
Standarduntersuchungen
+ Erstuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung): detaillierte Anamnese + körperliche Untersuchung (Blutdruck, Gewicht, Größe, BMI)
<input type="checkbox"/> Dermatologische Untersuchung auf Melanome <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesamtcholesterin, HDL, LDL <input type="checkbox"/> HIV (Serologie) (außer bei schriftlicher Ablehnung der Teilnehmerin) <input type="checkbox"/> Nüchternblutzucker oder glykosiliertes Hämoglobin <input type="checkbox"/> Hämoglobin, Hämatokrit und Erythrozytenwert <input type="checkbox"/> Leukozytose und Formel, Thrombozyten <input type="checkbox"/> Kreatinin, Harnsäure, Kalium, Calcium <input type="checkbox"/> GOT, GPT, Gamma GT <input type="checkbox"/> Urinuntersuchung: Albumin + Harnglukose
+ Nachuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung):
Mögliche Zusatzuntersuchungen
<input type="checkbox"/> Hepatitis B – Hepatitis C – Syphilis (Serologie)
Von der Teilnehmerin abgelehnte Untersuchungen:
.....
Abschlussbericht zu senden an:
<input type="checkbox"/> Anschrift der Teilnehmerin:
<input type="checkbox"/> Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:

Datum: _____ Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes: _____

Unterschrift der Teilnehmerin (Einverständniserklärung): _____

- Für jede Untersuchung, die nicht im Rahmen dieses Programms vorgesehen ist, muss von der Teilnehmerin eine vorherige Genehmigung beantragt werden.
- Dieses Dokument sowie Anhang 2 müssen ausgefüllt und unterschrieben der Rechnung (zugelassene Einrichtung) oder dem Antrag auf Erstattung der Erst- und der Nachuntersuchung (Teilnehmerin) beigefügt werden.



ANHANG 1

Früherkennungsprogramm Nr. 2: Frauen zwischen 45 und 59 Jahren

Intervall: 4 Jahre

Unser Zeichen:	[Aktenzeichen]
Leistungsberechtigte:	[Vorname, Name]
Personalnummer/Pensionsnummer:	[xxxxxxx]
Gültig bis:	[Datum Ende des Versicherungsschutzes oder 18 Monate]

Von der Ärztin/dem Arzt bei der Erstuntersuchung auszufüllen

Standarduntersuchungen

+ Erstuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung): detaillierte Anamnese + körperliche Untersuchung (Blutdruck, Gewicht, Größe, BMI)

- Dermatologische Untersuchung auf Melanome
- Augenärztliche Untersuchung (Messung der Sehschärfe / Bestimmung der optischen Korrektur + Messung des Augeninnendrucks)
- Blutuntersuchung
 - o Gesamtcholesterin, HDL, LDL
 - o HIV (Serologie) (außer bei schriftlicher Ablehnung der Teilnehmerin)
 - o Nüchternblutzucker oder glykosiliertes Hämoglobin
 - o Hämoglobin, Hämatokrit und Erythrozytenwert
 - o Leukozytose und Formel, Thrombozyten
 - o Kreatinin, Harnsäure, Kalium, Calcium
 - o GOT, GPT, Gamma GT
- Urinuntersuchung: Albumin + Harnglukose
- Kardiologische Untersuchung: Ruhe- oder Belastungs-EKG (je nach Einschätzung der Ärztin/des Arztes hinsichtlich des Risikos einer Herz-Kreislauf-Erkrankung)

+ Nachuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung):

Mögliche Zusatzuntersuchungen

- Hepatitis B – Hepatitis C – Syphilis (Serologie)
- Darmuntersuchung (ab 50 Jahren):
 - o immunologischer Stuhltest anhand einer einzigen Probe und
 - o optische Koloskopie alle 10 Jahre
 - o oder virtuelle Koloskopie alle 10 Jahre

Von der Teilnehmerin abgelehnte Untersuchungen:

.....

Abschlussbericht zu senden an:

- Anschrift der Teilnehmerin:
.....
- Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:
.....

Datum: _____ Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:

Unterschrift der Teilnehmerin (Einverständniserklärung):

- Für jede Untersuchung, die nicht im Rahmen dieses Programms vorgesehen ist, muss von der Teilnehmerin eine vorherige Genehmigung beantragt werden.
- Dieses Dokument sowie Anhang 2 müssen ausgefüllt und unterschrieben der Rechnung (zugelassene Einrichtung) oder dem Antrag auf Erstattung der Erst- und der Nachuntersuchung (Teilnehmerin) beigefügt werden.



ANHANG 1

Früherkennungsprogramm Nr. 3: Frauen ab 60 Jahren

Intervall: 2 Jahre

Unser Zeichen:	[Aktenzeichen]
Leistungsberechtigte:	[Vorname, Name]
Personalnummer/Pensionsnummer:	[xxxxxxx]
Gültig bis:	[Datum Ende des Versicherungsschutzes oder 18 Monate]

Von der Ärztin/dem Arzt bei der Erstuntersuchung auszufüllen
Standarduntersuchungen
+ Erstuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung): detaillierte Anamnese + körperliche Untersuchung (Blutdruck, Gewicht, Größe, BMI)
<input type="checkbox"/> Dermatologische Untersuchung auf Melanome <input type="checkbox"/> Augenärztliche Untersuchung (Messung der Sehschärfe / Bestimmung der optischen Korrektur + Messung des Augeninnendrucks) <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesamtcholesterin, HDL, LDL <input type="checkbox"/> HIV (Serologie) (außer bei schriftlicher Ablehnung der Teilnehmerin) <input type="checkbox"/> Nüchternblutzucker oder glykosiliertes Hämoglobin <input type="checkbox"/> Hämoglobin, Hämatokrit und Erythrozytenwert <input type="checkbox"/> Leukozytose und Formel, Thrombozyten <input type="checkbox"/> Kreatinin, Harnsäure, Kalium, Calcium <input type="checkbox"/> GOT, GPT, Gamma GT <input type="checkbox"/> Urinuntersuchung: Albumin + Harnglukose <input type="checkbox"/> Kardiologische Untersuchung: Ruhe- oder Belastungs-EKG (je nach Einschätzung der Ärztin/des Arztes hinsichtlich des Risikos einer Herz-Kreislauf-Erkrankung) <input type="checkbox"/> Gynäkologische Untersuchung + Zytologie des Gebärmutterhalses <input type="checkbox"/> Kolposkopie (falls erforderlich) <input type="checkbox"/> Mammographie (bis 75 Jahre)
+ Nachuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung):
Mögliche Zusatzuntersuchungen
<input type="checkbox"/> Hepatitis B – Hepatitis C – Syphilis (Serologie) <input type="checkbox"/> Chlamydien und Gonokokken durch PCR <input type="checkbox"/> Darmuntersuchung (bis 75 Jahre): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> immunologischer Stuhltest anhand einer einzigen Probe und <input type="checkbox"/> optische Koloskopie alle 10 Jahre <input type="checkbox"/> oder virtuelle Koloskopie alle 10 Jahre <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung (DEXA) (einmalig)
Von der Teilnehmerin abgelehnte Untersuchungen:
.....
Abschlussbericht zu senden an:
<input type="checkbox"/> Anschrift der Teilnehmerin: <input type="checkbox"/> Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:

Datum: _____ Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes: _____

Unterschrift der Teilnehmerin (Einverständniserklärung): _____

- Für jede Untersuchung, die nicht im Rahmen dieses Programms vorgesehen ist, muss von der Teilnehmerin eine vorherige Genehmigung beantragt werden.
- Dieses Dokument sowie Anhang 2 müssen ausgefüllt und unterschrieben der Rechnung (zugelassene Einrichtung) oder dem Antrag auf Erstattung der Erst- und der Nachuntersuchung (Teilnehmerin) beigefügt werden.



ANHANG 1

Früherkennungsprogramm Nr. 4: Männer zwischen 18 und 44 Jahren

Intervall: 5 Jahre

Unser Zeichen: **[Aktenzeichen]**
 Leistungsberechtigter: **[Vorname, Name]**
 Personalnummer/Pensionsnummer: **[xxxxxxx]**
 Gültig bis: **[Datum Ende des Versicherungsschutzes oder 18 Monate]**

Von der Ärztin/dem Arzt bei der Erstuntersuchung auszufüllen

Standarduntersuchungen

+ Erstuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung): detaillierte Anamnese + körperliche Untersuchung (Blutdruck, Gewicht, Größe, BMI)

- Dermatologische Untersuchung auf Melanome
- Blutuntersuchung
 - o Gesamtcholesterin, HDL, LDL
 - o HIV (Serologie) (außer bei schriftlicher Ablehnung des Teilnehmers)
 - o Nüchternblutzucker oder glykosiliertes Hämoglobin
 - o Hämoglobin, Hämatokrit und Erythrozytenwert
 - o Leukozytose und Formel, Thrombozyten
 - o Kreatinin, Harnsäure, Kalium, Calcium
 - o GOT, GPT, Gamma GT
- Urinuntersuchung: Albumin + Harnglukose

+ Nachuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung):

Mögliche Zusatzuntersuchungen

- Hepatitis B – Hepatitis C – Syphilis (Serologie)
- Chlamydien und Gonokokken durch PCR

Vom Teilnehmer abgelehnte Untersuchungen:

.....

Abschlussbericht zu senden an:

- Anschrift des Teilnehmers:
.....
- Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:
.....

Datum:

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:

Unterschrift des Teilnehmers (Einverständniserklärung):

- Für jede Untersuchung, die nicht im Rahmen dieses Programms vorgesehen ist, muss vom Teilnehmer eine vorherige Genehmigung beantragt werden.
- Dieses Dokument sowie Anhang 2 müssen ausgefüllt und unterschrieben der Rechnung (zugelassene Einrichtung) oder dem Antrag auf Erstattung der Erst- und der Nachuntersuchung (Teilnehmer) beigefügt werden.



ANHANG 1

Früherkennungsprogramm Nr. 5: Männer zwischen 45 und 59 Jahren

Intervall: 4 Jahre

Unser Zeichen:	[Aktenzeichen]
Leistungsberechtigter:	[Vorname, Name]
Personalnummer/Pensionsnummer:	[xxxxxxx]
Gültig bis:	[Datum Ende des Versicherungsschutzes oder 18 Monate]

Von der Ärztin/dem Arzt bei der Erstuntersuchung auszufüllen
Standarduntersuchungen
+ Erstuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung): detaillierte Anamnese + körperliche Untersuchung (Blutdruck, Gewicht, Größe, BMI)
<input type="checkbox"/> Dermatologische Untersuchung auf Melanome <input type="checkbox"/> Augenärztliche Untersuchung (Messung der Sehschärfe / Bestimmung der optischen Korrektur + Messung des Augeninnendrucks) <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung <ul style="list-style-type: none"> o Gesamtcholesterin, HDL, LDL o HIV (Serologie) (außer bei schriftlicher Ablehnung des Teilnehmers) o Nüchternblutzucker oder glykosiliertes Hämoglobin o Hämoglobin, Hämatokrit und Erythrozytenwert o Leukozytose und Formel, Thrombozyten o Kreatinin, Harnsäure, Kalium, Calcium o GOT, GPT, Gamma GT <input type="checkbox"/> Urinuntersuchung: Albumin + Harnglukose <input type="checkbox"/> Kardiologische Untersuchung: Ruhe- oder Belastungs-EKG (je nach Einschätzung der Ärztin/des Arztes hinsichtlich des Risikos einer Herz-Kreislauf-Erkrankung)
+ Nachuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung):
Mögliche Zusatzuntersuchungen
<input type="checkbox"/> Hepatitis B – Hepatitis C – Syphilis (Serologie) <input type="checkbox"/> Chlamydien und Gonokokken durch PCR <input type="checkbox"/> PSA (ab 55 Jahren) <input type="checkbox"/> Darmuntersuchung (ab 50 Jahren): <ul style="list-style-type: none"> o immunologischer Stuhlttest anhand einer einzigen Probe und o optische Koloskopie alle 10 Jahre o oder virtuelle Koloskopie alle 10 Jahre
Vom Teilnehmer abgelehnte Untersuchungen:
.....
Abschlussbericht zu senden an:
<input type="checkbox"/> Anschrift des Teilnehmers: <input type="checkbox"/> Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:

Datum:

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:

Unterschrift des Teilnehmers (Einverständniserklärung):

- Für jede Untersuchung, die nicht im Rahmen dieses Programms vorgesehen ist, muss vom Teilnehmer eine vorherige Genehmigung beantragt werden.
- Dieses Dokument sowie Anhang 2 müssen ausgefüllt und unterschrieben der Rechnung (zugelassene Einrichtung) oder dem Antrag auf Erstattung der Erst- und der Nachuntersuchung (Teilnehmer) beigefügt werden.



ANHANG 1

Früherkennungsprogramm Nr. 6: Männer ab 60 Jahren

Intervall: 2 Jahre

Unser Zeichen: [Aktenzeichen]
 Leistungsberechtigter: [Vorname, Name]
 Personalnummer/Pensionsnummer: [xxxxxxx]
 Gültig bis: [Datum Ende des Versicherungsschutzes oder 18 Monate]

Von der Ärztin/dem Arzt bei der Erstuntersuchung auszufüllen

Standarduntersuchungen

+ Erstuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung): detaillierte Anamnese + körperliche Untersuchung (Blutdruck, Gewicht, Größe, BMI)

- Dermatologische Untersuchung auf Melanome
- Augenärztliche Untersuchung (Messung der Sehschärfe / Bestimmung der optischen Korrektur + Messung des Augeninnendrucks)
- Blutuntersuchung
 - o Gesamtcholesterin, HDL, LDL
 - o HIV (Serologie) (außer bei schriftlicher Ablehnung des Teilnehmers)
 - o Nüchternblutzucker oder glykosiliertes Hämoglobin
 - o Hämoglobin, Hämatokrit und Erythrozytenwert
 - o Leukozytose und Formel, Thrombozyten
 - o Kreatinin, Harnsäure, Kalium, Calcium
 - o GOT, GPT, Gamma GT
- Urinuntersuchung: Albumin + Harnglukose
- Kardiologische Untersuchung: Ruhe- oder Belastungs-EKG (je nach Einschätzung der Ärztin/des Arztes hinsichtlich des Risikos einer Herz-Kreislauf-Erkrankung)

+ Nachuntersuchung (bei der Hausärztin/dem Hausarzt oder einem/einer Allgemeinmediziner/in einer zugelassenen Einrichtung):

Mögliche Zusatzuntersuchungen

- Hepatitis B – Hepatitis C – Syphilis (Serologie)
- Chlamydien und Gonokokken durch PCR
- PSA (bis 69 Jahre)
- Darmuntersuchung (bis 75 Jahre):
 - o immunologischer Stuhltest anhand einer einzigen Probe und
 - o optische Koloskopie alle 10 Jahre
 - o oder virtuelle Koloskopie alle 10 Jahre
- Ultraschallschalluntersuchung des Bauches zur Erkennung eines Aortaaneurysmas (einmalig)

Vom Teilnehmer abgelehnte Untersuchungen:

Abschlussbericht zu senden an:

- Anschrift des Teilnehmers:
.....
- Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:
.....

Datum: Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:

Unterschrift des Teilnehmers (Einverständniserklärung):

- Für jede Untersuchung, die nicht im Rahmen dieses Programms vorgesehen ist, muss vom Teilnehmer eine vorherige Genehmigung beantragt werden.
- Dieses Dokument sowie Anhang 2 müssen ausgefüllt und unterschrieben der Rechnung (zugelassene Einrichtung) oder dem Antrag auf Erstattung der Erst- und der Nachuntersuchung (Teilnehmer) beigelegt werden.



ANHANG 1

Früherkennungsprogramm GYN 1: Frauen zwischen 18 und 44 Jahren

Intervall: 2 Jahre

Unser Zeichen:	[Aktenzeichen]
Leistungsberechtigte:	[Vorname, Name]
Personalnummer/Pensionsnummer:	[xxxxxxx]
Gültig bis:	[Datum Ende des Versicherungsschutzes oder 18 Monate]

Von der Ärztin/dem Arzt bei der Untersuchung auszufüllen
Gynäkologische Untersuchung und Synthesebericht
<input type="checkbox"/> Zytologie des Gebärmutterhalses <input type="checkbox"/> Kolposkopie (falls erforderlich) <input type="checkbox"/> HPV-Untersuchung durch PCR auf Abstrich <input type="checkbox"/> Chlamydien und Gonokokken durch PCR
Von der Teilnehmerin abgelehnte Untersuchungen:
Abschlussbericht zu senden an:
<input type="checkbox"/> Anschrift der Teilnehmerin: <input type="checkbox"/> Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:

Datum:

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:

Unterschrift der Teilnehmerin (Einverständniserklärung):

- Für jede Untersuchung, die nicht im Rahmen dieses Programms vorgesehen ist, muss von der Teilnehmerin eine vorherige Genehmigung beantragt werden.
- Dieses Dokument sowie Anhang 2 müssen ausgefüllt und unterschrieben der Rechnung (zugelassene Einrichtung) beigefügt werden.



ANHANG 1

Früherkennungsprogramm GYN 2: Frauen zwischen 45 und 59 Jahren

Intervall: 2 Jahre

Unser Zeichen:	[Aktenzeichen]
Leistungsberechtigte:	[Vorname, Name]
Personalnummer/Pensionsnummer:	[xxxxxxx]
Gültig bis:	[Datum Ende des Versicherungsschutzes oder 18 Monate]

Von der Ärztin/dem Arzt bei der Untersuchung auszufüllen
Gynäkologische Untersuchung und Synthesebericht
<input type="checkbox"/> Zytologie des Gebärmutterhalses <input type="checkbox"/> Kolposkopie (falls erforderlich) <input type="checkbox"/> HPV-Untersuchung durch PCR auf Abstrich <input type="checkbox"/> Chlamydien und Gonokokken durch PCR <input type="checkbox"/> Mammographie (ab 50 Jahren):
Von der Teilnehmerin abgelehnte Untersuchungen:
Abschlussbericht zu senden an:
<input type="checkbox"/> Anschrift der Teilnehmerin: <input type="checkbox"/> Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:

Datum:

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:

Unterschrift der Teilnehmerin (Einverständniserklärung):

- Für jede Untersuchung, die nicht im Rahmen dieses Programms vorgesehen ist, muss von der Teilnehmerin eine vorherige Genehmigung beantragt werden.
- Dieses Dokument sowie Anhang 2 müssen ausgefüllt und unterschrieben der Rechnung (zugelassene Einrichtung) beigelegt werden.

Pensionierte Ehegatten, die ergänzenden Versicherungsschutz im Rahmen des GKFS genießen – Vereinfachung

Auf der Grundlage von Artikel 14 der Gemeinsamen Regelung können Ehegatten, die eine Rente aus einer früheren Erwerbstätigkeit beziehen, Anspruch auf eine ergänzende Sicherung im Rahmen des GKFS (frz. RCAM, engl. JSIS) haben; dieser Versicherungsschutz wird normalerweise für ein Jahr ab dem 1. Juli gewährt und endet am 30. Juni des Folgejahres. Um den Versicherungsschutz für ein weiteres Jahr zu verlängern, müssen Sie die letzte Steuererklärung, aus der die Einkünfte des Ehegatten hervorgehen, jedes Jahr vor dem 30. Juni an das GKFS übermitteln.



Da es sehr unwahrscheinlich ist, dass sich festgestellte Rentenansprüche im Laufe der Jahre erheblich ändern, wurde zwecks Vereinfachung entschieden, den ergänzenden GKFS-Versicherungsschutz für pensionierte Ehegatten auf Lebenszeit zu verlängern, sofern die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Die jährliche Rente des Ehegatten beträgt nicht mehr als 90 % der für das GKFS geltenden jährlichen Einkommensschwelle und
- dem GKFS wurde mindestens eine vollständige jährliche Steuererklärung vorgelegt.

Wenn die oben genannten Kriterien auf Ihren Ehegatten zutreffen, werden Sie (oder wurden bereits) schriftlich davon in Kenntnis gesetzt, dass Sie die jährliche Steuererklärung nicht mehr übermitteln müssen und dass der Anspruch auf ergänzende Sicherung im Rahmen des GKFS für Ihren Ehegatten auf Lebenszeit ausgedehnt wird.

Natürlich sind Sie weiterhin verpflichtet, das PMO unverzüglich über jede Änderung der finanziellen Lage Ihres Ehegatten zu unterrichten. Wenn das Einkommen Ihres Ehepartners 90 % der für das GKFS geltenden Einkommensschwelle erreicht oder überschreitet, müssen Sie dies dem GKFS über das Personalportal (<https://webgate.ec.europa.eu/staffcontact/app/#/staff/Membership/form>) oder per Briefpost an die Anschrift Ihrer Abrechnungsstelle melden. Der lebenslange Versicherungsschutz könnte in der Folge überprüft werden.

Die Verwaltungsinformationen über die ergänzende Sicherung des Ehegatten werden aber weiterhin jedes Jahr veröffentlicht. Wenn Sie indes das oben genannte Schreiben bereits erhalten haben, müssen Sie lediglich prüfen, ob das Einkommen Ihres Ehegatten nicht 90 % der aktualisierten Einkommensschwelle überschreitet. Ist dies der Fall, müssen Sie die Steuererklärung nicht erneut übermitteln und können sich darauf verlassen, dass der lebenslange zusätzliche Versicherungsschutz für Ihren Ehegatten wirksam ist.

i Verwaltung von GKFS-Ansprüchen – Fragen und Anfragen per Post:

- **Brüssel:**

Tel: + 32 2 29 97777 - montags bis freitags von 9.00 bis 12.30 Uhr

Fax: +39 0332-785479

Europäische Kommission

GKFS Ispra - Mitgliedschaftsrechte

PMO.6 TP. 730

Via Enrico Fermi, 2749

21027 Ispra (Varese)

Italien

- **Ispra:**
Tel.: + 39 0332 78 57 57 - montags bis freitags von 9.00 bis 12.30 Uhr
Fax: +39 0332-785479
Europäische Kommission
GKFS Ispra - Mitgliedschaftsrechte
PMO.6 TP. 730
Via Enrico Fermi, 2749
21027 Ispra (Varese)
Italien
- **Luxembourg:**
Tel.: + 352 4301 30655 - - montags bis freitags von 9.00 bis 12.30 Uhr
Fax: +352 4301-36019
Europäische Kommission
GKFS Luxemburg - Mitgliedschaftsrechte
DRB B1/061
2920 Luxembourg
Luxembourg

i Telefonische Hilfe - JSIS Contact:

- **Brüssel:** + 32 2 29 97777 - montags bis freitags von 9.30 bis 12.30 Uhr
- **Ispra:** + 39 0332 78 57 57 - montags bis freitags von 9.30 bis 12.30 Uhr
- **Luxembourg:** + 352 4301 36100 - montags bis freitags von 9.30 bis 12.30 Uhr

Jahreskongress der AIACE Internationale

2020 hält die AIACE ihre [jährliche Konferenz](#) vom 4. bis 10. Mai 2020 in Loutraki, Griechenland, ab. Loutraki ist ein kleiner Kurort am Golf von Korinth, circa 80 km westlich von Athen. Das Programm umfasst einen Tag zur Besichtigung der Region, einen Konferenz-/Diskussionstag, bei dem es um allgemeine europäische Themen geht, einen Sitzungstag der Generalversammlung, ein Treffen mit den Vertretern der verschiedenen Organe, vier Workshops zu Themen, die für Pensionäre von besonderem Interesse sind (Krankenversicherung, Renten, soziale Dienste und Kommunikation, Versicherungen), die durchgängige Verfügbarkeit unseres Helpdesk zur Unterstützung und Beratung der Teilnehmer im Bereich der IT-Anwendungen der Kommission sowie eine Sitzung des Verwaltungsrats. Die Konferenz bietet ferner die Möglichkeit zur Erkundung der Region, die eine wunderschöne Natur und zahlreiche hochinteressante archäologische Stätten zu bieten hat. Gesellige Runden zu Tisch bieten die Gelegenheit für ein Kennenlernen und Wiedersehen, was von den Teilnehmern sehr geschätzt wird. Als Unterkunft und Sitzungsort dient das Club Hotel Casino Loutraki, wo zwei Zimmerkategorien zur Auswahl stehen; Das Hotel liegt am Meer und ist 10-15 Gehminuten vom Stadtzentrum entfernt. Die allermeisten europäischen Großstädte bieten Flugverbindungen zum Flughafen Athen; für die Teilnehmer steht ein Transfer Athen-Loutraki zur Verfügung. Das komplette Programm wird im Herbst im AIACE-Magazin sowie auf der Website der AIACE Internationale und der Konferenz-Website veröffentlicht.



- **i AIACE Internationale** - 105, Avenue des Nerviens, Büro 00/036, B-1049 Brüssel.
Das Sekretariat ist montags bis freitags von 9.30 – 12.30 Uhr und von 14.30 – 16.00 Uhr geöffnet
Telefon: +32 2 295 29 60
E-Mail: aiace-int@ec.europa.eu
<https://aiace-europa.eu/?lang=de>

- **i** Website der Konferenz der AIACE Internationale: <https://aiace-europa-assises.eu/?lang=de>
- **i** Website des Club Hotel Casino Loutraki : <https://www.clubhotelloutraki.gr/en/>

Mitteilung von Afiliatys: Versicherung HOSPI SAFE

Bei AFILIATYS sind Fragen von zahlreichen Pensionären zum Wechsel des Verwalters der Verträge über die von der Vereinigung angebotene Krankenzusatzversicherung zum GKFS, HOSPI SAFE, eingegangen.



Nach einer von AFILIATYS durchgeführten Ausschreibung übernimmt ALLIANZ CARE ab 1. Januar 2020 die Verwaltung der HOSPI SAFE-Versicherungen.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass der Wechsel des Verwalters ausschließlich die Gruppe der von AFILIATYS angebotenen HOSPI SAFE-Versicherungen betrifft. Andere Kranken- und/oder Unfallzusatzversicherungen sind nicht betroffen. AFILIATYS möchte dies noch einmal betonen, da die zahlreichen Mitteilungen zeigen, dass große Verwirrung herrscht.

Gleichzeitig wird nochmals darauf hingewiesen, dass das GKFS sowohl bei Personal im aktiven Dienst als auch bei Pensionären natürlich alle Kosten für die medizinische Versorgung infolge eines Unfalls wie auch infolge einer Krankheit zu 80 % bzw. 85 % (mit Obergrenzen) erstattet.

Bedienstete im aktiven Dienst verfügen zudem noch über eine im Statut vorgesehene Zusatzversicherung, die den zur vollen Erstattung nötigen Differenzbetrag deckt und in deren Rahmen bei anerkannter dauerhafter Invalidität oder im Todesfall ein Kapitalbetrag ausgezahlt werden kann: Artikel 73 des Statuts.

Pensionäre (sowie dienstunfähige Personen) sind im Sinne von Artikel 73 des Statuts nicht anspruchsberechtigt, können aber eine von der AIACE - CIGNA angebotene Unfallversicherung abschließen, die ähnliche ergänzende Leistungen bietet. **Diese Unfallversicherung ist vom oben erwähnten Wechsel des Verwalters nicht betroffen.**

HOSPI SAFE UNFALL/KRANKHEIT deckt den Differenzbetrag, der zur vollen Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung bei einem Krankenhausaufenthalt infolge eines Unfalls nötig ist.

Bei HOSPI SAFE KRANKHEIT, einer neuen Versicherungsoption, die ab Januar 2020 verfügbar ist, sind medizinische Kosten infolge eines Unfalls ausgeschlossen. Diese Option steht Personen zur Verfügung, die über einen zusätzlichen Versicherungsschutz für Unfälle verfügen, beispielsweise in Form von Artikel 73 bei Personal im aktiven Dienst oder in Form einer speziellen Unfallversicherung bei Pensionären. Für diese Versicherungsoption fallen geringere Jahresprämien als für die vorherige Option an.

i AFILIATYS - 105, Avenue des Nerviens, Büro 00/09, B-1040 Brüssel
Sprechstunde dienstags und donnerstags von 9.00 – 15.00 Uhr, Tel.: **+ 32 2 298 50 00**
E-Mail: info@afiliatys.eu
<https://www.afiliatys.eu/en/index.cfm>

SEPS/SFPE – Kommunikationsmaßnahmen

Seit dem 3. Oktober 2008 ist der Seniorenverband des europäischen öffentlichen Dienstes (SEPS-SFPE) eine Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht (belgisches Recht – Unternehmens-Nr. 806 839 565), die politisch, gewerkschaftlich und konfessionell unabhängig ist.



Vorrangiges Ziel der SEPS/SFPE ist der wirksame Schutz der Errungenschaften der Pensionäre: das Gemeinsame Krankenfürsorgesystem (GKFS), das Ruhegehalt, die Methode zur Anpassung der Bezüge an die Lebenshaltungskosten, die Beihilfen ... und alles was dazugehört. Häufig wird den Mitgliedern Unterstützung gewährt, insbesondere zur Verteidigung ihrer Rechte.

Die Kommunikation ist das zweite Ziel der Vereinigung.

Die pensionierten Kolleginnen und Kollegen zu informieren ist notwendig, um zu erfahren, wie sie zur Entwicklung der sie betreffenden Regeln stehen. Dies ist allerdings ein recht schwieriges Unterfangen, da die Pensionäre in ganz Europa verteilt sind und viele von ihnen kein Internet (mehr) benutzen. Es wird ein sehr einfach gehaltenes Mitteilungsblatt zur Verfügung gestellt, um wichtige Informationen zu den Regelungen der Vereinigung, zu den Möglichkeiten zur Änderung dieser Regelungen, zu den vom PMO oder der Kommission getroffenen Entscheidungen, zu den Empfehlungen dieser Dienststellen, zur Richtigstellung bestimmter Fehler bei der Kommunikation, zu den Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit den die Pensionäre betreffenden Diensten usw. zu übermitteln.

Das Mitteilungsblatt der SEPS/SFPE wird viermal jährlich auf dem Postweg an die Mitglieder verteilt.

Viermal jährlich werden Informationsveranstaltungen durchgeführt, um eine Diskussion zu ermöglichen und das Verständnis der wichtigsten aktuellen Probleme zu fördern. Diese „Donnerstagstreffen“, die von 10.30 bis 16.30 Uhr stattfinden und bei denen sich jeder Teilnehmer zu Wort melden kann, zeigen auf, welche Themen behandelt werden sollten. Gleichzeitig bieten sie die Gelegenheit zu einem geselligen Mittagessen, für das ein Beitrag in Höhe von 35 € zu entrichten ist.

Seit drei Jahren finden die Treffen im Restaurant „Au Repos des Chasseurs“ in Boitsfort statt, das über mehrere Versammlungsräume verfügt.

Die pensionierten, dienstunfähigen oder kurz vor der Pensionierung stehenden Kolleginnen und Kollegen und deren Ehepartner werden zu diesen Informationsveranstaltungen eingeladen, an denen sehr häufig auch Mitglieder des PMO, des Sozialen Dienstes der Kommission und der Sozialdienste anderer Organe teilnehmen.

Die nächsten Treffen finden am 5. Dezember 2019, am 12. März 2020 und am 4. Juni 2020 statt.

i SFPE - 175 rue de la Loi, Büro JL 02 40 CG39, BE-1048 Brüssel (nach Terminvereinbarung)
105 avenue des Nerviens, Büro N105 00 010, BE-1049 Bruxelles (montags, dienstags und donnerstags von 10.00 bis 15.00 Uhr oder nach Terminvereinbarung)
Telefon: **+32 (0) 475 472 470**
E-Mail: info@sfpe-seps.be
www.sfpe-seps.be