



II. Zielsetzung 目的設定

- Verbesserung in der Versorgung chronisch Kranker
- Integrationsfunktion (Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung)
- Steuerungsfunktion (Patientensteuerung in bestimmten Behandlungs- und Betreuungsprozessen)
- Zudem Verknüpfung mit dem RSA, Wettbewerb auch um „schlechte Risiken“

35

— 103 —



III. Rechtliche Umsetzung 法的実施

- Auswahl geeigneter chronischer Krankheiten und Festlegung der Anforderungen durch Koordinierungsausschuss und BMG (unter Beteiligung der Spitzenverbände/-organisationen), § 137f SGB V
- Allgemeine Anforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme geregelt in RSAV (§§ 28b bis 28g); spezielle Anforderungen in den Anhängen zur RSAV (Anhänge I bis 6)
- Konkrete Umsetzung (Durchführung) durch Verträge mit Leistungserbringern (bspw. Modellvorhaben nach §§ 63 f. SGB V oder IV-V verträge nach § 140b SGB V)
- Zulassung der Programme und Verträge durch BVA, § 137g I S.1 SGB V

36



- Nachteile
 - erheblicher Konkurrenzdruck innerhalb der Versorgungsform (bspw. wirtschaftlich starke private Klinikkonzerne als Träger)
 - allg. Verdrängungswettbewerb, insb. zu Lasten der ambulanter Versorgung d. Fachärzte
 - Zunahme von Ärzten im Angestelltenverhältnis, Rückgang von Freiberuflern

VI. Rechtliche Probleme im Zusammenhang mit dem

MVZ 関連する法的問題

Ungeklärte Wettbewerbssituation zwischen den Trägern, insb. Vertragsärzte und Krankenhäuser (Beschwerde wegen Beihilferechtsverstoßes nach Art. 87 I EG bei der Kommission anhängig)

Hintergrund: staatliche Förderung von Krankenhäusern (Investitionsförderung, Verlustausgleich bei öffentlichen Krankenhäusern) kann zu Wettbewerbsverzerrungen führen

33



D. Disease Management Programms 疾病管理プログラム

I. Allgemeines 総論

- Gesetzgeber spricht von „strukturierten Behandlungsprogrammen“, § 137 f SGB V
- DMP (BT-Drs. 14/6432, S.11) als
 - „besondere medizinische Versorgungsform, die verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg auf der Grundlage medizinische Evidenz vorgibt“
- Einführung durch das Gesetz zur Reform des RSA in der GKV v. 10.12.2001, konkrete Umsetzung in den ÄV zur Risikostrukturausgleichsverordnung von 2002 bis 2005

34



V. Spezifische Vor- und Nachteile der DMP's 特者の長所・短所

- Vorteile 長所
 - vgl. Zielsetzungen 目的設定を参照
 - finanzielle Entlastungseffekte i.R.d. RSA erkennbar リスク構造調整における財政負担軽減効果が認められる
 - Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen (§ 116b I SGB V) 外来給付提供についての病院の門戸開放
 - Finanzierungstatbestand für zusätzliche Leistungen (§ 3 III KHEntG i.V.m. § 6 I S.4 BpflV) 付加給付に関する財政構成要件
- Nachteile 短所
 - hoher Verwaltungsaufwand durch DMP's (Einzelzertifizierung) 高価な事務費用 (個別承認)
 - Wettbewerbsverhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wird keine Rechnung getragen 疾病在庫との供給者との競争関係が考慮されていない

39



E. Zusammenfassung まとめ

- ### I. Chancen der Neuen Versorgungsformen 新たな供給形態のチャンス
- Eröffnung neuer Spielräume für die Akteure 関係者に新たな裁量の余地を開く
 - Regelungsdichte und –tiefe der gesetzliche Vorgaben sind begrenzt 法的基準に関する規定の密度及び深さの制限
 - Stärkung der Vertragsautonomie 契約自治の強化
 - Ermöglichung kreativer, am konkreten Bedarf der Versorgungsform orientierte Lösungen 給付形態に対する具体的な需要に応じた創造的な解決を可能にする
 - Stärkung der einzelwirtschaftlichen Ebene 個別経済レベルの強化
 - Dominanz der korporatistischen Akteure wird zurückgedrängt コーポラティブな関係者の地位が抑はれる
 - Neue Impulse für Versorgungsangebote 供給への新たな刺激

40



IV. Zahlen und Daten 数字・データ

- Derzeit zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme
 - Brustkrebs (Februar 2003)
 - Diabetes mellitus Typ 2 (April 2004)
 - koronare Herzerkrankungen (September 2004)
 - Diabetes mellitus Typ 1 (Mai 2005)
 - Asthma und obstruktive Atemwegserkrankungen (Januar 2006)
- Bereits im Dezember 2004 erste Erfolge (Quelle: Pressebericht BMG):
 - Zahl der teilnehmenden Patienten bei über 1 Millionen
 - Kostenreduktion bei Diabetes um 579 € pro Patient

37



- Zahlen zu DMP's (Quelle BMG, Hintergrundinformation)

Behandlungsprogramme	Anzahl	Teilnehmende Patienten
Brustkrebs	2.447	36.874
Diabetes Typ 2	3.183	ca. 1,7 Millionen
Koronare Herz- erkrankungen	2.264	ca. 280.000
Diabetes Typ 1	545	1.743
Asthma und COPD	Noch nicht bekannt	Noch nicht bekannt

38



- 2) **Entwicklungstendenzen bei den MVZ:** 医療供給センターの発展方向
Gesetzliche Klarstellung durch eine Reihe von Ergänzungen im § 95 SGB V zur Beseitigung von Problemen im Zusammenhang mit der Gründung von MVZ's durch das VÄndG
- 3) **Entwicklungstendenzen bei den DMP:** 疾病管理プログラムの発展方向
- Begrenzung des Verwaltungsaufwands durch Verzicht auf Einzelzertifizierung (§ 137g), bisher nur im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 von CDU/CSU und SPD
 - Marginal Änderungen: § 137 Abs.3 (Benachrichtigungspflicht BVA) entfällt, Anpassungen in § 137f, Grundlage: GKV-WSG, *1. Arbeitsentwurf*

43



II. Risiken der Neuen Versorgungsformen 新たな供給形態のリスク

- Z.T. rechtliche Unklarheiten bei der Ausgestaltung (dem politischen Opportunitätsprinzip geschuldet) 政治的な日和見主義に責任のある構造の法的不明確さ
- Kein Teilnahmewang an der neuen Versorgungsformen, Überleben hängt von der Marktfähigkeit ab 新たな供給形態への参加義務なし、生き残りは、売れ行きの上に依存
- Erhebliche Spannungen zwischen etablierter sektoralen Ordnung und den neuen Versorgungsformen 定着した部門別秩序と新たな供給形態との間の相当の緊張
- Gefahr für Chancengleichheit bei Zugang und Qualität der Versorgung durch Risikoselektion (eher gering) リスク選別により、供給へのアクセス及び質に関する機会平等が損なわれる恐れ

41



III. Ausblick 展望

- 1) **Entwicklungstendenzen bei der IV:** 統合医療供給の発展方向
- Verlängerung der Anschubfinanzierung bis Ende 2007 durch Änderung des § 140d SGB V durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), voraussichtlich Anfang 2007
 - Versicherungsübergreifende Erweiterung der IV: Erstreckung auf die Pflegeversicherung durch neue Vertragspartner (Pflegекassen/Leistungserbringer in der Pflegeversicherung) in § 140b SGB V; zudem Einführung von Dienstleistungsgesellschaften (§ 77a SGB V) als Vertragspartner
 - Gesetzliche Grundlage: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG), *1. Arbeitsentwurf*
 - „Bevölkerungsbezogenen Flächendeckung der Versorgung“ durch IV-Verträge, Einfügung eines entsprechenden Satzes in § 140a SGB V durch das GKV-WSG, *1. Arbeitsentwurf*

42

5 条第 1 項第 11 号により保険加入を義務付けられていて、公的年金保険の年金受給権においては、年金に対する請求権がすでにこの日に存在し、この時点までに第 10 条または農業者疾病保険第 2 法第 7 条により保険に加入していたが、1983 年 1 月 1 日以降、適用されるテキストにおける第 5 条第 1 項第 11 号の資格期間を満たしていないで、第 10 条または農業者疾病保険第 2 法第 7 条によるその保険が第 9 条第 1 項第 6 号に挙げられた者から導き出せない公的年金保険の年金受給権においては、第 2 農業者疾病保険法第 7 条または第 10 条による保険が第 5 条第 1 項第 11 号による保険に優先する。

(8a) 第 1 項第 1 号から第 12 号までにより保険加入義務があるか、任意被保険者か、第 10 条による保険の対象となる者は、第 1 項第 13 号による保険加入義務はない。第 1 文は、第 12 編第 3 章、第 4 章、第 6 章及び第 7 章による給付受給者及び亡命申請者給付法第 2 条による現行給付の受給者に準用される。これらの給付に対する請求権が、ひと月未満中断される場合も第 2 文が適用される。第 19 条第 2 項による給付に対する請求権は、それら続いて疾病の場合の保証に対する他の請求権が存在しない限り、第 1 項第 13 号という病気の場合の保証とは見なされない。

(9) 民間疾病保険会社に加入している者に保険加入義務が生じた場合は、保険加入義務の開始から有効となる保険契約の解約告知を行うことができる。第 10 条による保険が開始する場合も同様である。

(10) 第 5 条、第 9 条または第 10 条による保険が保険契約の解約告知後に成立しないか、第 9 条による資格期間を満たす前に第 5 条または第 10 条による保険が終了する場合、民間医療保険会社は以前の契約がその解約告知前に少なくとも 5 年間存在していたときは、保険契約の新たな締結を義務づけられる。契約の締結は、解約告知の時点において存在する同じ契約条件でリスク審査なしに行われなければならない；脱退までに獲得した高齢化準備金は契約に書き加えられる。第 1 文による公的医療保険が成立しない場合、前の保険契約の終了する翌日に新たな保険契約は発効する。第 1 文による公的医療保険が資格期間を満たす前に終了する場合、新たな保険契約は公的医療保険が終了する翌日に発効する。第 1 文による義務は、第 5 条、第 9 条または第 10 条による保険が成立しなかった場合、保険契約の終了する 3 ヶ月後に終了する。第 9 条による資格期間を満たす前に第 5 条または第 10 条による保険が終了する際、第 1 文による義務は、民間保険契約の終了後、最長でも 12 ヶ月後に終了する。

(11) 加盟国の国民でなく、欧州経済圏に関する協定の発給国の国民またはスイス国民である外国人は、定住許可または滞在法による 12 ヶ月を超える期限を有する滞在許可を所有し、この滞在資格の授与について滞在法第 5 条第 1 項第 1 号による生計の確保義務が存在しない場合、第 1 項第 13 号による保険加入義務がある。ドイツにおける住居取得の前提条件が EU の住居移動の自由法第 4 条による疾病保険の保護の存在である場合、EU のその他の加盟国の国民、欧州経済圏に関する協定のその他の発給国の国民またはスイス国民は、第 1 項第 13 号による保険加入義務はない。亡命申請者給付法による給付受給権者においては、亡命申請者給付法第 4 条による疾病、妊娠及び誕生の際の給付に対する請求権がその理由により存在する場合に、疾病の場合における保証は既に存在する。

第 6 条 任意保険加入

(1) 次の者は保険加入が任意である。

1. 規則的な年間労働報酬が第 6 項または第 7 項による年間労働報酬限度額を超え、かつ連続する 3 年間に超えた労働者及び職員；家族状況を考慮して支払われる割増し賃金は対象とならない。
- 1a. 第 1 項と異なり、本法典の適用地域にその住所または居所を有しないドイツ航海船の非ドイツ人クルー、
2. 官吏、裁判官、連邦軍の期限付軍人及び職業軍人と連邦、州、市町村連合、市町村、権限能力のある公法人、施設、財団法人または権限能力のある公法人の団体あるいはその中央連合会におけるその他の被雇用者で、官吏法上の規定または原則により疾病の際に所得の継続支払いと補助金または医療扶助に対する請求権を有する場合、
3. 大学または専門学校のある学生としての就学期間中に労働報酬を得て働く者、
4. 権限能力のある公法上の団体として認められた宗教団体の聖職者で、官定法上の規定または原則により疾病の際に所得の継続支払いと補助金の請求権を有する場合、

11. 最初の就労活動の開始から年金申請の提出まで少なくともその後半の 9/10 の期間、被保険者であったか、第 10 条により加入していた場合で、公的年金保険の年金請求権の前提条件を満たし、その年金を申請した者、

11a. 自営の芸術家またはジャーナリストとしての活動を 1983 年 1 月 1 日以前に開始した者、1985 年 1 月 1 日と年金申請の提出の間の期間の 10 分の 9 少なくとも公的労働者保険に加入していた場合は、年金保険からの年金に対する請求権の前提条件を満たし、この年金を申請した者；1990 年 10 月 3 日にその住所を旧東ドイツ地域に有していた者については、1985 年 1 月 1 日の代わりに 1992 年 1 月 1 日が基準となる。

12. 引揚者年金法第 1 条または第 17 a 条に挙げられた者またはナチの遊技行為に対する賠償法第 20 条に挙げられた者に対し、年金申請の提出前直近 10 年以内に国内に住所を移転した場合は、公的年金保険の年金請求権の前提条件を満たし、その年金を申請した者、

13. 病気の場合における保障に対する他の請求権を有しない者及び

- a) 最後に公的労働者保険に加入していた者が
- b) 第 5 項または第 6 条第 1 項若しくは第 2 項に挙げられた者に属するか、国内におけるその職業上の活動を行う際、属していたのでない限り、それまで公的労働者保険または民間労働者保険に加入していなかった者。

(2) 被保険者と結婚した者がほとんど働いていなかったか、ほとんど自営業を営んでいなかった場合、被保険者との婚姻期間は、1988 年 12 月 31 日までは第 1 項第 11 号に必要な加入期間と同等である。年金請求権を他の者の保険から引き出す者の場合、第 1 項第 11 号または第 12 号の前提条件は、他の者がその前提条件を満たしていれば、満たしているものと見なされる。

(3) 早期退職手当の受給直前に保険加入義務があった者で、早期退職法第 3 条第 2 項という積立労働報酬の少なくとも 65% の早期退職手当が支払われた場合、早期退職手当の受給者は第 1 項第 1 号にいう労働報酬のために働く労働者及び職員と見なされる。

(4) その国内に住所または居所を有する被保険者について、疾病の際における現物給付に関する期間または国家間の規定が存在しない国内に常居所を有するか、国外に住所を有する者は、早期退職手当の受給者としての保険加入義務はない。

(4a) 職業教育法による職業養成訓練の範囲内において企業外の施設で専門教育を受ける者は、第 1 項第 1 号にいう職業養成訓練に従事している者と同様である。宗教団体または同様の宗教上の共同事業体における規則に基づかない構成員としてその団体または同様の共同事業体における業務のために学校外において職業訓練を受ける者は、第 1 項第 1 号にいう職業養成訓練に従事している者とみなされる。

(5) 主たる職業として自営業を営む者は、第 1 項第 1 号または第 5 号から第 12 号までによる保険加入義務はない。

(5a) (「失業手当 II の受給直前に民間疾病保険に加入していたか、公的労働者保険にも加入しておらず、第 5 項または第 6 条第 1 項または第 2 項に挙げられた者に属するか、国内におけるその職業上の活動を行う際、属しただろう者は、第 1 項第 2a 号により保険加入義務はない。第 1 文は、その要援助期間に、2008 年 12 月 31 日に第 5 条第 1 項第 2a 号により保険加入義務のあった者には適用されない。(2009 年 1 月 1 日施行) 」)

(6) 第 1 項第 1 号により保険加入義務のある者は、第 1 項第 5 号から第 7 号までまたは第 8 号による保険加入義務はない。第 1 項第 6 号による保険加入義務と第 1 項第 7 号または第 8 号による保険加入義務が同時発生する場合、より高い保険料が支払われるべき保険加入義務が優先する。

(7) 第 1 項第 1 号から第 8 号または第 11 号若しくは第 12 号により保険加入義務があるか、第 10 条により加入している者は、学生または実習生の配偶者、生活パートナーまたは子供が加入していないのでない限り、第 1 項第 9 号または第 10 号による保険加入義務はない。第 1 項第 9 号による保険加入義務は第 1 項第 10 号による保険加入義務に優先する。

(8) 第 1 項第 1 号から第 7 号までまたは第 8 号により保険加入義務のある者は、第 1 項第 11 号または第 12 号による保険加入義務はない。第 1 文は第 190 条第 11a 項に挙げられた者に準用される。2002 年 3 月 31 日より後に第 1 項第 11a 項に挙げられた者により保険加入義務がある場合、

る。第1文は、(第3読会の日)に第8条第1項第1a号、第2号または第3号により保険加入義務を免除されていた労働者及び職員についても適用される。公府疾病命庫の任意被保険者で、第1項第1号による前提条件を満たさない労働者及び職員は、2007年3月31日まで任意被保険者と見なされる。

第7条 非適用就労の際における任意保険加入

(1) 第4編第8条、第8a条による非適用就労を行っている者は、その就労において保険加入が任意である；次の就労については、この限りでない。

1. 企業の職業教育の範囲内における就労、
2. 任意社会奉仕年促進のための法律に基づく就労、
3. 任意エコロジ一年促進のための法律に基づく就労、

適用就労との合算は適用就労が保険加入義務を発生させる場合のみ行われるという条件で、第4編第8条第2項が適用される。

(2) 2003年3月31日現在、第4編第8条及び第8a条による非適用就労の基準を満たす就労において保険加入義務があり、2003年4月1日以降、第10条による保険(家族被保険者)の前提条件を満たさない者は、その就労において保険加入義務がある。これらの者は申請に基づき保険加入義務を免除される。2003年4月1日が保険加入義務の開始の時点に代わるという条件で第8条第2項が準用される。免除はそれぞれの就労に職定される。

第8条 保険加入義務の免除

(1) 次ににより保険加入義務が生じた者は、申請により保険加入義務を免除される。

1. 第6条第6項第2文または第7項による年間労働報酬限度額の変更のため、
- 1a. 失業手当または生計手当(第5条第1項第2号)の受給及び給付受給の直近5年間に公的医療保険に加入していなかったことにより、医療保険会社の保険に加入して、種額及び範囲が本編の給付に相当する契約給付を受給する場合、
2. 育児休暇中、連邦育児手当法第2条によるパート就業の開始；免除は育児休暇期間のみを対象とする、
3. 労働時間がその会社の比較可能な完全就業者の規則的な週労働時間の半分が、半分以上に縮小されるため；この規定は、それまでの雇用関係に引き続いて、他の使用者のもので、上述した半分の割合の前提条件を満たす雇用関係を開始する就労者にも適用される；さらに前提条件として、その就労者が少なくとも5年前から年間労働報酬限度額を上回るために保険加入を免除されていることが必要である、
4. 年金の申請若しくは年金の受給または労働生活への参加のための給付(第5条第1項第6号、第11号または第12号)への参加により、
5. 学生としての登録または職業実習活動(第5条第1項第9号または第10号)により
6. 実習中の医師としての就労により、
7. 障害者のための施設内での活動(第5条第1項第7号または第8号)により。

(2) 申請は、疾病命庫における保険加入義務の開始後3ヵ月以内に行われなければならない。保険加入義務の開始以降、給付請求がなされていない場合は、その時点から免除は有効となり、そうでない場合は、申請に続く雇用の開始から有効となる。免除は撤回できない。

第2節 保険加入権

第9条 任意加入

(1) 次の者は保険に加入できる。

1. 被保険者としては保険加入義務から除外されており、除外前の直近5年間に少なくとも24ヵ月、または除外直前に継続して少なくとも12ヵ月間保険に加入していた者；第189条による被保険者資格期間は対象とならない、

5. 認可私立補習学校に正規に働く教員で、官吏法上の規定または原則により疾病の際に所得の継続支払いと補助金の請求権を有する場合、

6. 第2号、第4号及び第5号に挙げられた者で、年金または同様の収入に対する請求権が認められており、疾病の際に官吏法上の規定または原則により補助金の請求権を有する場合、

7. 宗教団体の規約に基づく構成員、社会奉仕員及び同様の者で、主に宗教上または道徳上の動機から看護、救護またはその他の公益活動に携わり、生計費が無料になるか、住居、食事、被服その他の直接の生活必需品を得るに足るだけのわずかな報酬を得ている場合、

8. E.Cの疾病経済制度により疾病の際に保護される者、

(2) 第5条第1項第11号により保険加入義務のある第1項第2号及び第4号から第6号までで挙げられた者の遺族は、自らの年金請求権をそれらの者の保険からのみ引き出すか、官吏法上の規定または原則により疾病の際に補助金の請求権を有する場合は、保険加入が任意である。

(3) 第2項及び第7条を除く他の法律の規定または第1項により保険加入が任意か、保険加入義務を免除された者は、第5条第1項第1号または第5号から第12号までに挙げられた前提条件を満たす場合も、保険加入が任意のままである。この規定は、第1項第3号に挙げられた者が就業中に保険加入が任意である限り、その者には適用されない。

(3a) 満55歳に達した後には保険加入を義務づけられる者は、保険加入義務の開始前の直近5年間に公的医療保険に加入していなかった場合、保険加入は任意である。更なる前提条件は、これらの者が最低でもこの期間の半分の期間、保険加入が任意であったか、保険加入義務を免除されていたか、第5条第5項により保険加入義務がなかったかである。第2文に挙げられた者の婚姻は、第2文による前提条件に等しい。第1文は、失業手当IIの受給者及び第5条第1項第13号により保険加入義務のある者には適用されない。

(4) 連続する3年間に年間労働報酬限度額を超えた場合、保険加入義務は年間労働報酬限度額を超えた3暦年の経過とともに終了する。その報酬が翌年の始めから適用される年間労働報酬限度額を超えない場合は、この規定は適用されない。報酬の過及び引き上げは、引き上げられた報酬に対する請求権が発生した暦年において得られた規則的な労働報酬が年間労働報酬限度額を超えた場合に存在する。継続する雇用関係において労働報酬が得られなかった期間、特に報酬継続支払の経過後の労働不能の喪失並びに報酬代替給付の受給の際については、中断がなければ得られたであろう額の規則的な労働報酬が当てられなければならない。育児手当または両親手当の受給期間または両親期間の利用期間、発展途上国援助員として発展途上国援助員法による開発業務が行われる期間、並びに兵役義務または兵役代替勤務の場合、これらの期間後、遅くとも1年以内に年間労働報酬限度額を超える規則的な労働報酬を有する仕事を開始された場合、年間労働報酬限度額の超過が想定されなければならない；第8条第1項第1a号、第2号または第3号による保険加入義務の免除期間についても、同様である。

(5) (削除)

(6) 第1項第1号による年間労働報酬限度額は2003年においては45,900ユーロとする。年間労働報酬限度額は毎年1月1日に、前年における平均的被用者1人当たりの税込み賃金の前々年における税込み賃金に対する割合で変更される。変更された額は、年間労働報酬限度額が定められた年について直近上位の450の倍数に切り上げられる。連邦政府は社会法典第6編第160条による法規命令において年間労働報酬限度額を定める。

(7) 第6項第1文とは異なり、2002年12月31日に適用される年間労働報酬限度額を超えるため保険加入が任意であった、民間医療保険会社において代替医療保険に加入していた労働者及び職員の年間労働報酬限度額は、2003年は41,400ユーロである。第6項第2文から第4文が準用される。

(8) 2004年について年間労働報酬限度額の決定のもととなる値は、第6項に挙げられた労働者及び職員については45,594.05ユーロであり、第7項に挙げられた労働者及び職員については41,034.04ユーロである。

(9) 第1項第1号による前提条件を満たさないで、(第3読会の日)に民間医療保険会社において代わりとなる疾病保険に加入していたか、民間疾病保険会社に変更するため、この日前にその疾病命庫における被保険者資格を解約した労働者及び職員は、保険加入義務のその他の構成要件を満たさない限り、保険加入が自由のままである。

2. その者またはその者の保険から家族保険を適用される両親の一方が第1号に挙げられた資格期間を満たす場合に、第10条による保険が削減するか、ただ第10条第3項の前提条件が存在するただで第10条による保険が存在しない者。

3. (削除) 、

4. 重度障害者法第1条にいう重度障害者で、本人がその障害のためにこの前提条件を満たすことができなかつたのでない限り、本人または両親の一方あるいは配偶者が加入前の直近5年間に少なくとも3年保険に加入していた場合；規則により、加入権に年齢制限を設けることができる、

5. 外国での就労により被保険者資格が終了した被用者で、国内への帰還後2カ月以内に再び就労を開始する場合、

6. 2002年3月31日以後に第5条第1項第11号により保険加入を義務付けられ、年金請求権が既にこの日に存在したが、1993年1月1日以降、適用されている版における第5条第1項第11号による資格期間を満たしていないで、そのために2002年3月31日まで任意被保険者であった公的年金保険の年金受給者は、保険加入義務の開始後6カ月以内、

7. 後期引揚者並びに連邦難民法第7条第2項第1文により給付受給資格のある配偶者及び以前の保険地域を去るまで公的病病保険の地の被保険者に加入していた子孫は、国内に常住後6カ月以内にまたは失業手当IIの受給終了後3カ月以内に、

8. 過去に連邦社会共助法による生計への給付を受給し、その前に如何なる時点においても公的または私的医療保険に加入していないかつた者は、2005年1月1日以降は6カ月以内、

第1文第1号による資格期間の計算については、第3編第339条により計算される給付受給の360日は、12カ月と見なされる。

(2) 次の場合、加入は3カ月以内に疾病金庫に届け出なければならない、

1. 第1項第1号の場合は、被保険者資格の終了後、

2. 第1項第2号の場合は、保険の終了または子供の誕生後、

3. (削除) 、

4. 第1項第4号の場合は、重度障害者法第4条による障害の確定後、

5. 第1項第5号の場合は、国内への帰還後、

(3) 第1項第7号による公的病病保険への加入時点で、連邦難民法第15条第1項または第2項による証明を提出することができなかった場合、連邦行政事務所から連邦難民法第8条第1項による配布方法で交付された登録証明及びこの証明の交付が申請されたという連邦難民法第15条第1項または第2項による証明の交付について担当する官庁の証明は、暫定的証明として十分である。

第3節 家族の保険

第10条 家族の保険

(1) その家族が次に該当する場合、被保険者の配偶者及び子供は保険の対象となる。

1. 住所または居所が国内にある場合、

2. 第5条第1項第1号から第8号までか、第11号または第12号により加入していないか、任意加入をしていない場合、

3. 保険加入が任意でないか、保険加入義務を免除されていない場合；その際、第7条による保険加入義務のない場合は考慮に入れない、

4. 主たる職業として自営業に携わっていない場合、

5. 規則的に第4編第18条による平均報酬月額額の7分の1を起える総所得がない場合；年金の場合は、育児期間中の報酬点数に割り当てられる部分を除く支給額が考慮に入れられる；第4編第8条第1項第1号、第8a条による非適用就労については、許される総所得は400ユーロである。

第1文第4号にいう主たる職業としての自営業は、1994年7月29日の農業者年金保険法 (OBl. I S. 1890, 1891) 第1条第3項による保険が存在することにより、想定されることはない、これらの期間前に公的医療保険に加入していなかった場合、配偶者は母性保護法第3条第2項及び第6条第1項による保護期間中並びに育児休暇期間中は保険の対象とならない、

(2) 子供は次の場合に保険の対象となる。

1. 満18歳に達するまで、

2. 働いていない場合は、満23歳に達するまで、

3. 在学中が職業教育中または任意社会奉仕年能進のための法律にいう任意社会奉仕年に携わっている場合は、満25歳に達するまで；学校専門教育または職業専門教育が法律による子供の兵役義務を遂行することによって中断されるか、遅らされた場合、その兵役期間に相当する期間は満25歳以降も保険は存在する、

4. 障害者 (第9編第2条第2項第1文) として自らを養えない場合は、年齢制限なしで、前提条件は、その子供が第1号か第2号または第3号として加入していた時点で障害が存在していたことである、

(3) 子供と血縁関係にある被保険者の配偶者または生活パートナーが疾病金庫の被保険者でなく、その総所得が毎月、規則的に年間労働報酬限度額の12分の1を超え、被保険者の総所得より規則的に高い場合は、子供は加入者となれない；年金の場合は、支給額が対象となる、

(4) 被保険者が主として扶養している継子及び孫並びに養子 (第1編第56条第22項第2号) も第1項から第3項にいう子供と見なされる。養子縁組を目的として養親に保護され、養子縁組に必要な両親の同意を与えられている子供は、養親の子供と見なされ、もはや肉親である両親の子供とは見なされない、被保険者の生活パートナーの子どもも、第1文にいう継子である、

(5) 第1項から第4項までの前提条件を重複して満たす場合、被保険者が疾病金庫を選択する、

(6) 被保険者は、家族保険の実施に必要な資料とともに、第1項から第4項までによる加入者及びこれらの資料の変更を当該疾病金庫に届け出なければならない、(「疾病金庫中央団体連盟は、第1文による届出について統一手続き及び統一届出様式を決定する。(2008年7月1日施行)」)

第9章 疾病保険の給付

第1節 給付概要

第11条 給付種類

(1) 加入者は以下の規定により、次の給付に対する請求権を有する：

1. (削除) 、

2. 疾病予防及び状態の悪化の防止並びに避妊、不妊手術及び中絶手術 (第20条から第24条まで) 、

3. 疾病の早期発見 (第25条及び第26条) 、

4. 疾病治療 (第27条から第52条まで) 、

5. 第9編第17条第2項から第4項までによる個人的予算、

(2) 加入者は、差し迫っている障害または要介護状態となるのを回避したり、その開始後に障害または要介護状態を除き、改善しまたは悪化を防止したりするために必要とされる医療上のリハビリ給付並びに生計を確保する給付及びその他の補充給付に対する請求権も有する、要介護状態の開始後、活動的に介護の給付は、介護金庫から提供される、第1部分による給付は、本編に別段の定めがない限り、第9編に注意して、提供される、

(3) 入院治療の場合は、医学的な理由から必要とされる加入者の付き添いの入院も給付に含まれる、

(4) 特に異なる診療分野への移行の際の問題を解決するため、加入者は診療管理に対する請求権を有する、当該給付提供者は、加入者の事実上適した継続的診療に努力し、互いに必要な情報を伝達する、当該給付提供者は、この義務を遂行するため、疾病金庫により支援されなければならない、診療管理及びそのために必要なデータの伝達は、加入者の同意及び事前の情報提供によってのみ行われ、第140a条から第140d条までによる契約

において、既に相応しい規定が協定されているのでない限り、その詳細は、第112条または第115条による契約の範囲内または公的疫病保険のその他の給付提供者及び第11編による給付提供者並びに介護金庫との契約による協定において規定されなければならない。

(5) 公的災害保険という労働災害と職業病の結果としてこれらが提供される場合、給付請求権は存在しない。

第2節 共通規定

第12条 経済性原則

(1) 給付は十分で、目的的で、かつ経済的でなければならない；給付は必要水準を超えてはならない。不必要な給付または非経済的な給付を加入者は要求できず、給付提供者は行ってはならず、疾病金庫は認めてはならない。

(2) ある給付について定額が定められている場合、疾病金庫は定額によりその給付提供義務を果たす。

(3) 法的根拠がないか、現行法に違反する給付を疾病金庫が行い、理事の一人がそれについて知っていたか、知っていなければならないか、現行法に違反する給付を疾病金庫が知り、当該監督官はその理事に対する事情聴取の後、評議員会が自ら損害賠償手続を開始しない時は、義務違反から生じた損害を理事に補填させるよう評議員会に指示する。

第13条 費用の償還

(1) 疾病金庫は、本編に規定されている限り、現物給付またはサービス給付（第2条第2項）の代わりに費用を支払うことができる。

(2) 加入者は、現物給付またはサービス給付に代えて費用償還を選択することができる。これに関しては、加入者は給付の請求前にその疾病金庫に知らせなければならない。給付提供者は加入者に給付の請求前に、疾病金庫により引き受けられない費用は加入者により負担されなければならないことに関する情報を提供しなければならない。加入者は、行われた助言を給付提供者に対し文書により証明しなければならない。医師診察、歯科医師診療の分野、入院分野または指示された給付への選択の制限は可能である。第4章に挙げられない給付提供者は、疾病金庫による事前の同意後にのみ請求してよい。償還請求権は、疾病金庫が現物給付の場合に負担しなければならない金額までしか存在しない。費用償還手続きについては規約に定める。規約には事務費の対価として償還額の十分な減額及び経済性審査がないことを規定しなければならない。規定されている自己負担を差し引かなければならない。疾病金庫中央団体連盟はドイツ連邦議会議に、連邦保健省を通じて2009年3月31日までに公的疫病保険における競争を強化するための法律によりこの規定において実現された法律改正との経験に関する報告を提出する。

(3) 疾病金庫が延期のできない給付を適時に提供できなかった場合、または給付を不当に拒否し、その結果、加入者が自ら調達した給付に費用が発生した場合、その給付が必要であった限り、疾病金庫は発生した費用の全額を支払う。

(4) 加入者は、他の国におけるこの適用範囲の者についての治療が総額に基づいて償還されるか、協定された償還放棄に基づいて償還されないものでない限り、現物給付またはサービス給付に代えて費用償還の方法により、E.Cの設立に関する条約及び欧州経済圏に関する協定の適用地域における他の国々の給付提供者も請求する権限を有している。その職業への加盟及び互換の条件がE.Cの指針の対象である給付提供者か、滞在国のそれぞれの国の疫病保険制度において加入者の診療資格がある給付提供者のみを請求することができる。償還請求権は、疾病金庫が現物給付として提供する際、国内で負担しなければならない準備金を限度とする。費用償還方法は規約に定めなければならない。その際、規約には事務費及び経済性審査が行われなければならないことに対する償還額からの十分な控除を規定しなければならない。規定されている自己負担を差し引かなければならない。一般的に認められている医学水準に相応しい疫病治療がE.Uの他の加盟国内または欧州経済圏に関する協定の他の契約国においてのみ可能な場合、疾病金庫は必要な治療費用を全て引き受けることができる。

(5) 第4項とは異なり、E.Cの設立に関する条約または欧州経済圏に関する協定の適用地域における他の国々に

においては、第39条による病状給付は事前に疾病金庫の同意を得た場合のみ請求できる。同じ疫病治療または加入者にとっても有効で一般的に認められた医学水準に相応しい疫病治療が疫病金庫の契約相手において適時に国内で要求できる場合のみ、同意は拒否することができる。

(6) 第18条第1項第2文及び第2項は、第4項及び第5項の場合に準用される。

第14条 費用の一部償還

(1) ライヒ保険法第351条による勤務規則が適用される疾病金庫とその連合会の職員及び企業疫病金庫または鉱山従業員疫病保険に勤務する公務員については、本編に規定されている給付に代わる費用の一部償還請求権を規約に定めることができる。規約には償還請求額をパーセンテージで定め、償還手続の実施にあつての詳細を規定しなければならない。

(2) 第1項に挙げられた加入者は、予め向こう2年間に於いて、第1項による費用の一部償還を請求するかどうかを決めることができる。その決定は、第10条により加入しているその家族についても効果を有する。

第15条 医師の治療、疫病保険加入者カード

(1) 医師または歯科医の治療は、医師または歯科医によって行われる。それ以外の者による補助が必要な場合は、医師（歯科医）が指図し、責任を負う時だけ行うことができる。

(2) 医師または歯科医による治療を受ける加入者は、治療開始前に、給付受給資格を証明するため（第291条第2項第1文第1号から第10号まで）、医師（歯科医）に疫病保険加入者カード、またはそれがまだ導入されていない場合は受診券を提出しなければならない。

(3) その他の給付の請求については、目的に適している場合、疾病金庫は加入者に資格証明書を交付する。資格証明書は、給付請求前に給付提供者に提出しなくてはならない。

(4) 資格証明書には、第291条第2項第1号から第9号までによる記載が、有効期限がある場合はその日付が掲載されなければならない。それ以外の記載事項は掲載されてはならない。

(5) 緊急の場合は、疫病保険加入者カードまたは受診券あるいは資格証明書を事後に提出することができる。

(6) 加入者は、最初の交付時、疾病金庫の加入時及び加入者の責任にならない再交付時には、無料で疫病保険加入者カードを取得する。疾病金庫は適切な対策によりカードの濫用に対抗しなければならない。加入者が責任を負うべき事情により再交付される場合、5ユーロの交付料が徴収される；この交付料は家族被保険者も支払わねばならない。疾病金庫は第10条第6項による届出の提出を疫病保険加入者カードの交付の条件とすることができる。

第16条 請求権の停止

(1) 次の場合、加入者の給付請求権は停止する。

1. 本法典に別段の定めがない限り、加入者が国外に滞在している場合、及び一時的な国外滞在中に病気になつた場合、
2. 法律に基づく兵役義務または軍人法第51a条及び第54条第5項による兵役により役務を遂行する場合、
3. 職務上の権利として認められている医療規則に対する請求権を有するか、または発展途上国で援助奉仕員として勤務する場合、
4. 囚人である加入者が刑罰による医療扶助またはその他の医療規則に対する請求権を有する限りにおいて、拘留中であつたり、刑事訴訟法第126条aにより一時的に拘留されていたり、自由刑罰または更生と保護のための自由刑罰措置が行使されたりしている場合、
- (2) 外国において災害保険の保険者から同様の給付を受けている場合、給付に対する請求権は停止する。
- (3) 海員法により病氣または傷害の場合に予め備えられている場合、給付請求権は停止する。特に、船員が海員法第44条第1項により疫病金庫の給付を選んだか、船主が船員に海員法第44条第2項により疫病金庫に行くよう指示したのでない限り、船員が乗船中または旅行中である限り、請求権は停止する。

(3a) 2ヵ月分の保険料を滞納し、督促したにもかかわらず支払われない芸術家社会保険法による被保険者の給付請求権は、芸術家社会保険法第16条第2項のより詳細な規定により停止する。第1文は、急性疾患及び外傷の治療のため並びに妊娠及び出産の際、必要な給付は除き、2ヵ月間の保険料部分の額が未払で、督促したにもかかわらず支払われない本編の加入者に準用される；全ての未払保険料及び休止期間に割り当てられる保険料部分が支払われた場合または加入者が第2編または第12編において要援助となる場合、停止は終了する。

(4) 労務不能となった後に疾病金庫の同意を得て国外に滞在している場合、傷病手当金に対する請求権は停止しない。

第17条 国外で就労する際の給付

(1) 国外で就労してその就労期間中に病気に罹った被保険者は、本章により権利が生ずる給付を使用者から受給する。第1文は、この間に被保険者が同行し、または被保険者を訪問した第10条により加入している家族に準用される。

(2) 疾病金庫は第1項により生じた費用を、国内で起こった場合に発生するだろう金額まで使用者に支払わなければならない。

(3) 海員疾病金庫は船主に、海員法第48条第2項により生じた費用を支払わなければならない。

第18条 E.C.の設立に関する条約または欧州経済圏に関する協定の適用地域外の治療費に対する費用負担

(1) 一般的に認められた医学水準に相応しい疾病治療がE.C.の設立に関する条約または欧州経済圏に関する協定の適用地域外でしか可能でない場合、疾病金庫は必要な費用の全額または一部を負担することができる。この場合、傷病手当金に対する請求権は停止しない。

(2) 第1項の場合、疾病金庫は加入者と必要な付き添い人1名にかかる諸経費の全額または一部を負担する。

(3) E.C.の設立に関する条約または欧州経済圏に関する協定の適用地域外での一時的滞在中に国内においても可能な治療が緊急に必要となった場合、加入者がその年齢や病歴のために保険をかけることができず、しかも疾病金庫がE.C.の設立に関する条約または欧州経済圏に関する協定の適用地域域滞在前にこれを確認している時に限り、疾病金庫は必要な治療費を負担しなければならない。負担できる費用は国内で発生するだろう金額を限度とし、負担できる期間は年間6週間を限度とする。加入者が治療のためにE.C.の設立に関する条約または欧州経済圏に関する協定の適用地域外へ行く場合は、費用負担は認められない。第1文及び第3文は、学校上の理由または医学上の理由から必要な外国滞前に準用される；費用は、国内で発生するだろう額まで引き受けてよい。

第19条 給付請求権の失効

(1) 給付に対する請求権は、本法典に別段の定めがない限り、被保険者資格の終了と同時に失効する。

(2) 被保険加入義務者の被保険者資格が終了する場合、稼得活動を行っていない限り、給付に対する請求権は被保険者資格終了後、最長1ヵ月まで存続する。第10条による保険は、第1文による給付請求に優先する。

(3) 死亡により被保険者資格が終了する場合、第10条により加入している家族は被保険者の死亡後、最長1ヵ月まで給付を受給する。

第3節 疾病予防のための給付、企業の健康増進及び仕事による健康被害の予防、自助の促進

第20条 予防と自助

(1) 疾病金庫はその規程に、第2文及び第3文に挙げられた要件を満たす一次予防のための給付を規定しなければならない。一次予防のための給付は、一般的に健康状態を改善し、特に健康促進の社会的な不平等を低下させることに貢献しなければならない。疾病金庫は加盟国間で統一した専門家の参加を得て、特に需要、目標集団、接近方法、内容及び方法に関して、優先的活動分野及び第1文による給付についての基準を決定する。

(2) 第1項及び第20a条及び第20b条によるその責務を引き受けるための疾病金庫の支出は、合わせて2006年にその加入者ひとりにつき2.74ユーロの金額を含んでいるべきである；疾病金庫の支出は、その翌年以降において、第4編第18条第1項による平均報酬月額の変更に割合に相応しく調整されなければならない。

第20a条 企業による健康増進

(1) 疾病金庫は、加入者及び企業の責任者の参加のもと、そのリスク及び可能性を含む健康状態を調査し、健康状態を改善するため並びに健康資源及び能力を強化するための提案を開発し、その実現を支援するため、企業における健康増進のための給付を提供する。第20条第1項第3文が準用される。

(2) 第1項による責務を引き受ける際、疾病金庫は担当災害保険者が協力する。疾病金庫は、第1項による責務をその他の疾病金庫、その団体またはその同意を得てこの目的のために設立された共同事業体（受託者）により引き受けさせることができ、その責務の引受の際には、その他の疾病金庫と協力すべきである。

第20b条 仕事による健康被害の予防

(1) 疾病金庫は、仕事による健康被害を防止するためのその責務において、公的災害保険者を支援する。特に疾病金庫は、疾病と労働条件の両方に関し、獲得した知識に関し、災害保険者に報告する。加入者において仕事による健康被害または職業病が存在すると仮定される場合、疾病金庫はこのことを遅滞なく労働保護を担当する機関及び災害保険者に報告しなければならない。

(2) 第1項による責務を引き受けるため、疾病金庫は公的災害保険者と密接に協力する。そのため、疾病金庫及びその団体は特に地域の共同事業体を設立すべきである。第10編第88条第1項第1文及び第2項並びに第219条が準用される。

第20c条 自助の促進（2008年1月1日施行）

(1) 疾病金庫及びその団体は、第2文による一覧表に掲載された疾病のひとつにおいて加入者の健康予防またはリハビリを目標とする自助グループ及び自助組織、並びに第3項の決定の範囲内における自助連絡機関を助成する。疾病金庫中央団体連盟は、その健康予防またはリハビリの際、助成が許される病像の一覧表を決定する；疾病金庫の中央団体は、連邦医師協会の自助の利益を守るための標準的中央団体の代表を参加させなければならない。自助連絡機関は、その健康に関する仕事を促進するため、テーマ、分野及び診断群を包括して活動しなければならない。

(2) 疾病金庫中央団体連盟は、自助の促進の内容及びさまざまな促進レベル及び促進分野に助成資金を配分するための原則を決定する。第1項第2文に挙げられた自助の代表が参加させられなければならない。助成は定額補助金及び常画促進として行うことができる。

(3) 疾病金庫及びその団体の第1項第1文による責務の引受のための支出は、合わせて2006年においてその加入者1人当たり0.55ユーロの金額を含むべきである；疾病金庫及びその団体の支出は、その翌年以降において、第4編第18条第1項による平均報酬月額の変更に割合に相応しく調整されなければならない。州レベル及び地域における助成については、加入者の住所に従って資金は調達されなければならない。第1文に定められた資金の少なくとも50%は、金庫の種類を包括する共同事業体の促進のために調達されなければならない。共同事業体の促進から助成資金の基準に関し、疾病金庫またはその団体はそれぞれの助成レベルにおいて共同で、第2項第1文に挙げられた原則の基準により、及び自助の利益を守るためそれぞれ標準となる自助グループ、自助組織及び自助連絡機関の代表との相談により、決定する。疾病金庫が第1文に挙げられた助成金額を1年以内に達成しない場合、疾病金庫は支出されなかった助成金を翌年において共同事業体の助成のために追加して自由に使用させなければならない。

第20d条 予防接種による一次予防

(1) 加入者は、伝染病予防法第2条第9号にいう予防接種のための給付に対する請求権を有する。公共の健康を

2. 子供の健康的発育の妨害を阻止するため、
3. 疾病を予防するか、その悪化を防止するため、または
4. 要介護となるのを防止するため。

(2) 加入者において第1項による給付が十分でない場合、疾病金庫は医療上の理由から必要とされる通院予約給付を認可する施設において提供することができる。疾病金庫の規程には、この給付に關係して加入者に生じるその他の費用のために1日当たり13ユーロまでの補助金を定めることができる。慢性疾患に罹っている小児のための通院による予約給付の場合、第2文による補助金は21ユーロまで引き上げることができる。

- (3) 第1項及び第2項の場合は、第31条から第34条までが適用される。
- (4) 加入者において第1項及び第2項の給付で十分でない場合、疾病金庫は第111条により契約関係にある予約施設での宿泊と食事を伴った医療を提供できる。疾病金庫は、第1文及び第2項による給付に対する申請に関する統計上の調査並びにその処理を実施する。

(5) 疾病金庫は個々のケースにおける医療上の必要性により、第4項による給付の種類、期間、範囲、開始及び実施並びに強制的裁量による予約施設を定める。第2項及び第4項による給付は、給付の延期が医療上の理由から緊急に必要なでない限り、最長3週間まで提供しなければならない。疾病金庫中央団体連盟が、通院及び入所による予約施設の利益を守るために連邦レベルで設立された中央団体の意見聴取後、指針に症例を定め、これらそれぞれに標準期間を割り当てたる限り、第2文は適用されない；個々のケースにおいて医療上の理由から緊急に必要な場合のみ、この標準期間から乖離することができる。第2項及び第4項による給付は、早期給付が医療上の理由から緊急に必要なものでない限り、公法上の規定をもとにその費用が負担されるか、補助されて実施されている同様の給付の実施後4年が経過していない場合、実施できない。

(6) 満18歳以上で、第4項に基づき給付を請求する加入者は、第61条第2文により生じる額を毎日、当該施設に支払う。その支払いは、疾病金庫へ転送されなければならない。

(7) 14歳未満の子供のために医療上必要な入院による予防対策は通常、4週間から6週間までの期間、実施されなければならない。

(8) 第40条第2項による給付と合わせた第4項による給付に対する被保険者1人当たりの疾病金庫の年間支出額は、最高でも第71条第3項及び第2項第2文による標準的伸び率だけ変更することができる；第71条第2項第2文が準用される。2000年についての伸び率は、第1文に挙げられた1999年の疾病金庫の年間支出を基礎としなければならない。第1文に挙げられた支出枠の超過は、超過の翌年に第1文により利用できる支出をその分減額する。

(9) (削除)

第24条 母親及び父親の医学的予防

(1) 被保険者は、第23条第1項に挙げられた前提条件のもとで、医療上の理由から必要とされる母親救済事業団かそれと同様の施設における予約給付に対する請求権を有する；給付は母子対策の形で提供できる。第1文は、それに相応しい施設における父子対策にも適用される。第1文及び第2文による予約給付は、第111a条による診療契約が存在する施設において提供される。第23条第4項第1文は適用されない；第23条第4項第2文が準用される。

(2) 第23条の第5項が準用される。

(3) 満18歳に達し、第1項による給付を請求する加入者は、毎日、第61条第2文により生じる額をその施設に支払う。支払われた金額は疾病金庫に転送されなければならない。

(4) (削除)

第24a条 産妊

- (1) 加入者は受胎調整に關し、医師の相談を受ける権利を有する。必要な検査及び受胎調整薬の処方も医師の相談に含まれる。
- (2) 満20歳未満の加入者は、医師により処方される限り、産妊薬の提供に対する請求権を有する；第31条第2

守るため、ドイツ連邦共和国への伝染性疾患の持ち込みを防止することに特別の利益が存在するのでない限り、仕事によらない外国滞在により高まった健康リスクのため必要となった予約接種は除外される。給付の前提条件、種類及び範囲については、公衆衛生の意義を特に考慮に入れた伝染病予防法第20条第2項に従い、ロバートコック研究所における常任予約接種委員会の勧告に基づく第92条による指針において連邦共同委員会が定める。常任予約接種委員会の勧告から逸脱は、特に正当化されなければならない。第3文による最初の決定の際、連邦共同委員会はこの時点で適用されている常任予約接種委員会の全ての勧告について決議しなければならない。最初の決定は2007年6月30日までに執行されるべきである。常任予約接種委員会の勧告の変更については、連邦共同委員会はその後3ヵ月以内に決定を行わなければならない。第5文から第7文までによる決定が期限通りに成立しない場合、常任予約接種委員会により勧告される予約接種は、第2文による予約接種を除き、指針ができてから、疾病金庫の負担で保険医診療において提供されてよい。

(2) 疾病金庫はその規約において更なる予約接種を規定することができる。第1項第5文による指針ができるまで、それまでの予約接種についての規約の規定が継続適用される。

(3) 疾病金庫は、その他、伝染病予防法による予約接種の実施を担当する州の官庁と協力して、その他の金庫の責務とは異なりなく、共同で統一的にその加入者の予約接種を助成しなければならない。物件費の補償により実施費用に参加しなければならない。対策を実施し、物件費を補償するため、疾病金庫州連合会及び補充金庫は共同で、州内で担当する機関との基本協定を締結する。

第21条 歯科疾患の予防 (集団予防)

(1) 疾病金庫は、12歳未満の加入者の歯科疾患を認識し、予防するための対策を、各州の歯科予約担当機関や歯科医と協力して、互いの責務を妨げずに共同で統一的に促進し、その実施費用を分担しなければならない。疾病金庫は広域に対策を目標としなければならない。生徒の平均虫歯保有率が異常に高い学校及び障害者施設においては、15歳まで対策が実施される。これらの対策は、特に学校や幼稚園における集団に優先的に実施されなければならない；これらの対策は、特に口腔の検査、歯の虫歯の調査、象牙質の強化、栄養相談、口内衛生まできなければならない。特に虫歯にかかり易い子供については、特別のプログラムを開発しなければならない。

(2) 疾病金庫の州連合会と補充金庫は、第1項による予約措置の実施のため、第1項第1文による当該官庁と共同の基本協定を締結する。疾病金庫中央団体連盟は、特に内容、財政、資料整備及び監査に関する連邦統一基本勧告を決定しなければならない。

(3) 第2項第1文による共同の基本協定が1993年6月30日までに成立しない場合、内容、財政、加入者毎ではない資料整備及び疾病金庫中央団体連盟の連邦統一基本勧告を考慮に入れた蓄蓄は、州政府の法規命令により決定される。

第22条 歯科疾患の予防 (個別予防)

(1) 満6歳以上18歳未満の加入者は、歯科疾患の予防のため毎年1回、歯科医の検診を受けることができる。

(2) 検診は、歯茎の所見、病因の解明とその予防、口内衛生・歯茎の状態・虫歯に対する抵抗力に關しての診断例の比較、口内衛生への関心の喚起と指示及び歯のエナメル質の保持までを含む。

(3) 満6歳以上満18歳未満の加入者は、大日働の鏡鏡法に対する請求権を有する。

(4) (削除)

(5) 連邦共同委員会は、個別予約給付の種類、範囲及び証明に關する詳細を第92条による指針に定める。

第23条 医学的予約給付

(1) 加入者は、医師による治療並びに医薬品、包帯材料、治療手段及び補装具の供給が次に必要となる場合、これらに対する請求権を有する。

1. 近いうちに病気になる可能性のある健康衰弱を取り除くため、

項から第4項までが準用される。

第24b条 妊娠中絶及び不妊手術

(1) 加入者は、疾病により必要となる不妊手術及び違法でない妊娠中絶の際、医師による給付請求権を有する。違法でない妊娠中絶の際の給付請求権は、妊娠係争法第13条第1項において行われる場合のみ、存在する。

(2) 妊娠中絶及び妊娠の継続に関する医師の助言、疾病により必要となる不妊手術または違法でない妊娠中絶の前提条件の認定に関する医師の検査及び判定、医師の治療、医薬品、包帯材料及び各種療法並びに入院治療が提供される。加入者が疾病により必要となる医師による不妊手術または違法でない中絶手術のために労務不能となる場合、第44条第1項による請求権が存在しない限り、傷病手当金に対する請求権を有する。

(3) 刑法第218a条の前提条件のもとで行われた妊娠中絶の場合、各種の措置が次のために役立つ限り、加入者は妊娠中絶及び妊娠の継続に関する医師の助言、中絶計画及び合併症の場合、各種の措置を除く医師の治療、医薬品、包帯材料及び各種療法の提供並びに入院治療に対する請求権を有する。

1. 中絶に至らなかった場合に胎児の健康を守るため、
 2. 更なる妊娠から子どもの健康を守るため、または
 3. 特に予想される妊娠中絶の合併症を予防するか、合併症を除くか、または母親の健康を守るため
- (4) 第3項により給付請求権から除外される医師の中絶計画に含まれるのは、

1. 麻酔剤、
 2. 手術または妊娠中絶をもたらし医薬品の提供、
 3. 子宮内への薬剤の挿入を含む腔治療、
 4. 医薬品の注入、
 5. 陣痛誘発剤の投与、
 6. その他の医師の援助
6. 直接手術の準備及び手術に直接続く監視の範囲内における身体的検査である。

これらの医師による給付と関係する物件費、特に麻酔剤、包帯、被覆布、消毒薬については、同じように疾病金庫の給付義務はない。入院による中絶の実施の際、中絶が実施される日の1日当たりの一般的人院医療費については、疾病金庫は費用を負担しない。

第4節 疾病を早期発見するための給付

第25条 健康診断

(1) 満35歳以上の加入者は、疾病の早期発見、特に心臓・循環器疾患及び腎臓病並びに糖尿病の早期発見のための医師による健康診断を2年毎に受ける権利を有する。

(2) 加入者は、癌を早期発見するための検査を毎年1回、女性は19歳から、男性は44歳から受けることができる。

(3) 第1項及び第2項による検査のための前提条件は、次のとおりである。

1. 効果的な治療を行うことのできる疾病が問題であること、
 2. 前期段階または早期段階でその疾病が診断によって把握できること、
 3. 病状が医療技術により充分明確に把握し、診断し、治療できるものであること、
 4. 発見された疑わしい症例をさらに詳しく診断し、治療するための十分な医師と設備が存在すること。
- (4) 第1項及び第2項による検査は、職業法上、許される限り、同時に提供されるべきものである。連邦共同委員会は第92条による指針の中で、検査の種類及び範囲並びに第3項による前提条件を定めたことに関する詳細を定める。連邦共同委員会はそれに相応しい加入者のグループについて、第1項及び第2項とは異なる年齢階級を

び検査の頻度を定めることができる。

(6) 連邦共同委員会の指針にはさらに、検査の質を確保するため、複数の専門分野の医師が協力するか、参加する医師が検査の最低数を実施するか、特別の技術的施設が維持されるか、特に資格を有する医師でない人員が協力することが求められている場合、第1項及び第2項による措置の実施は保険医協会の許可を前提としている。医師が協力の必要がある場合、必要に見合った地域の配分が保証されるよう、指針はこのほか医療需要の算定に規定さなければならない。参加する医師が検査の最低数を実施するか、給付提供の際、複数の専門分野の医師が協力を必要とする場合、保険医協会による医師の選択は、その資格の範囲及びその診療所所在地の適切な場所の分類をもとに、指針に定められた公示方法の範囲内における診療について行われる。早期発見検査の実施に関する許可は、期間を限定でき、診療目的に必要な条件とともに与えられる。

第26条 児童検査

(1) 加入している子供は、満6歳になるまで検査に対する請求権を、並びに満10歳に達した後、心身の発育を少なからず脅かす疾病を早期発見するための検査に対する請求権を有する。歯科疾患を早期発見するための検査には、特に口腔内の視診、虫歯の判定、栄養相談及び歯科衛生相談並びに歯の象牙質強化対策及び病変隔離剤の使用が含まれる。第2文による給付は満6歳に達するまで実施され、医師または歯科医師から受けることができる。

(2) 第25条第3項及び第4項第2文が準用される。

第5節 疾病給付

第1款 疾病治療

第27条 疾病治療

(1) 加入者は、疾病の発見、治療、悪化防止及び発病による痛みの軽減のために必要となる場合、疾病治療に対する請求権を有する。疾病治療には次の含まれる。

1. 医師及び心理療法士による治療としての心理療法を含む医師による治療、
2. 歯科医による治療、
- 2 a. クラウン及びスーパーコンストラクションを含む義歯診療、
3. 医薬品、包帯材料、治療手段及び補装具の提供、
4. 訪問看護及び家事援助、
5. 入院治療、
6. 医療上のリハビリのための給付及び補充給付。

疾病治療の際、特に治療手段の提供及び医学上のリハビリの場合には、精神病患者の特別な需要に配慮しなければならぬ。妊娠能力が本来ないか、病気または病気により必要とされた不妊処置のためにこの能力が与えられている場合、妊娠能力回復のための給付も疾病治療に加えられる。

(2) 一時的に国内に滞在する加入者、滞在法第25条第4項及び第5項による滞在許可を与えられた外国人並びに次の者は、治療が必要となる前に少なくとも1年間、疾病金庫の被保険者(第4条)若しくは第10条による家族被保険者であった必要とされるその治療が医療上の理由から緊急に必要となる場合、連邦社会扶助法による生活への援助に対する請求権とともに、義歯診療に対する請求権を有する。

1. 保護手続きがまだ明らかに済んでいない保護を求めた外国人、
2. 連邦憲法第1条第2項第2号及び第3号にいう亡命者、連邦憲法第4条にいう後期帰還民、その配偶者、生活パートナー及び連邦憲法第7条第2項にいう子孫

第27a条 人工授精

第29条 矯正歯科治療

(1) 加入者は、咀嚼、会話または呼吸を著しく阻害するか、阻害する恐れがある顎または歯の不整合がある医学的に証明された症候群における矯正歯科治療に対する請求権を有する。

(2) 加入者は、第1項による矯正歯科治療について費用の20%を保険歯科医に支払う。第1文は、矯正治療に関連して行われる保存治療及びレントゲンには適用されない。治療の開始時に満18歳に達しておらず、その発育者と同じ世帯に生活する少なくとも2人の子供が矯正治療中である場合、第1文による割合は、第2子及び第3子以降の子供については10%とする。

(3) 保険歯科医は、第2項第1文及び第3文による加入者の特分を控除した矯正治療を保険歯科医協会に請求する。治療計画に定められた医療上必要な範囲内における治療が終了した場合、疾病金庫は第2項第1文及び第3文により加入者が負担した部分を加入者に返還する。

(4) 連邦共同委員会は、第1項第1文に挙げられた前提条件を満たしている症候群を第92条第1項による指針において規定する。その際、歯が矯正の所見調査及び診断のために維持されるべき標準も提出されなければならない。

第30条 義歯 (削除) (訳者注: 2005年からは、義歯については法定給付から除外され、加入者は民間保険が、使用者負担のない定額保険料による疾病金庫の保険でカバーしなければならなくなった。)

第30a条 (削除)

第31条 医薬品及び包帯材料

(1) 加入者は、第34条または第92条第1項第2文第6号による指針により除外されない限り、薬局での販売を義務づけられている医薬品の供給並びに包帯材料、尿及び血検査試紙の供給に対する請求権を有する。連邦共同委員会は、第92条第1項第2文による指針に、医療上必要などのような場合にアミノ酸化合物、タンパク質加水分解、自然食 (Elementaraliment) 及び経管栄養を例外的に医薬品の供給に含めることができるかを定めなければならない。成分及び、医薬品製造法 (Medizinproduktgesetz) 第3条第1号または第2号による医薬品として人体への適用が定められ、薬局での販売が義務づけられており、1994年12月31日に適用されている薬事法第2条第1項の適用の際、医薬品であった成分から調整されたものは、医薬品供給に含まれる。第33a条及び第35条はその限りにおいて適用されない。保険医は、第92条第1項第2文第6号による指針をもとに診療から除外される医薬品を、医療上理由のある個別ケースにおいて例外的に処方できる。第1文による供給については、加入者は第129条第2項による基本契約が適用される薬局の中から自由に選択できる。

(2) 第35条または第35a条により定額が設定されている医薬品または包帯材料については、定額までの費用を、その他の医薬品または包帯材料については全費用を、それぞれ加入者が支払うべき自己負担及び第130条、第130a条及び医薬品卸業者の割引を導入するための法律による割引権の控除後、疾病金庫が支払う。

(2a) 第35条による定額グループに組み込まれてはならない医薬品については、疾病金庫中央団体連盟が、疾病金庫が費用を負担する最高額を定める。製薬企業には、決定前に意見表明の機会が与えられなければならない。最高額は、第35b条第3文による評価に基づき定めなければならない。その際、開発費用は適切に考慮に入れなければならない。第3文とは異なり、最高額は製薬企業と合意の上で定めることもできる。第31条第2項第1文が評価される。目的に相応しい治療の選択が反映されているので、その費用の効率性が証明されているか、治療しない場合と比べてその費用対効果評価を作成することができる医薬品は、最高額の決定から除外されなければならない。費用対効果評価は、根拠に基づく医療の原則により医薬品の有効性に関する十分な知識が存在しうる場合に初めて、最高額の決定についての基礎として、作成することができる。

(3) 満18歳以上の加入者は、法定疾病保険の負担で処方される各医薬品及び各包帯材料について、第61条第1文により生じる額を自己負担として受け取った場所とその医薬品等の価格を限度として支払われなければならない。第1文は、尿及び血検査試紙については適用されない。第1文は、第1項第2文及び第3文により医薬品供給に

(1) 次の各号の場合には、妊娠をもたらす医療上の措置も治療給付に含まれる。

1. 医師の診断により、医療上の措置が必要となる場合、

2. 医師の診断により、医療上の措置によって妊娠をもちやすくなる可能性がある場合；3回試みられて成功しなかった場合は、十分な可能性はもはや存在しない、

3. これらの措置を請求しようとする者が、互いに婚姻関係にある場合

4. 専ら夫婦の卵子和精子が利用される場合、

5. 自らは治療を行わない医師からの措置の実施前に、夫婦が医学的及び社会的心理的観点を感じたそのような治療についての知識を与えられ、かつその医師がその夫婦を第121a条による許可を与えられた医師または施設に送り込んだ場合

(2) 第1項は、刺療方法により実施され、それにより3子以上の多胎妊娠の可能性が高まる場合の人工授精にも適用される。その他の人工授精の場合は、第1項第2号の後半部分及び第5号は適用されない。

(3) 第1項による現物給付に対する請求権は、満25歳に達した加入者にのみ存在する；満40歳に達した女性加入者及び満50歳に達した男性加入者には、請求権が存在しない。治療の開始前に疾病金庫には許可に関する治療計画が提出されなければならない。疾病金庫は、加入者に実施された措置の治療計画で許可された費用の50%を引き受ける。

(4) 連邦共同委員会は第92条による指針の中で、第1項による措置の前提条件、方法及び範囲についての医療上の詳細を定める。

第28条 医師及び歯科医による治療

(1) 医師による治療には、疾病の予防、早期発見、治療を医療の規則に従い、十分かつ合目的に行う医師の活動が含まれる。医師による治療には、医師の指示及び責任のもとで診療に従事する人々の活動も含まれている。

(2) 歯科医による治療には、歯、口腔内、顎の病気の予防、早期発見、治療を歯科医の規則に従い、十分にかつ合目的に行う歯科医の活動が含まれる；歯科医による治療には、クラウン及びスーパーコンストラクションを含む歯と関連して提供される保存外科給付及びレントゲン給付が含まれる。加入者が充填の際にそれ以上の治療を選択した場合、超過費用を自ら負担しなければならない。この場合、疾病金庫から現物給付として同様の価格の安いアラステックの充填が請求される。第2文の場合、治療の開始前に歯科医と加入者間の文書による協定が訂決めなければならない。損なわれないアラステックの充填が交換される場合、超過費用規定は適用されない。治療の開始時に満18歳に達している加入者の歯科矯正治療は、歯科医による治療には含まれない。額の奇形が甚だしく、複雑な外科的及び歯科矯正上の治療を必要とする加入者については、この限りでない。同様に、機能分析措置及び機能治療措置は歯科医治療に含まれない；疾病金庫はこれに補助金を支出してはならない。連邦共同委員会は第92条第1項による指針に、疾病金庫がスーパーコンストラクションを含むこれらの給付を医療上の全体治療の範囲内において現物給付として提供する特に重度な患者のために定められた例外症例が存在するのでない限り、インプラントについても同様である。第1項第2文が準用される。

(3) 疾病の心理療法治療は、心理療法治療を許可されている限り、心理療法士並びに児童心理療法士及び青少年心理療法士 (心理療法士) により、並びに保険医により第92条による指針にしたがって実施される。遅くとも第92条第6a項による判定会議後には、心理療法士は治療の開始前に身体的疾患を証明するための保険医及び、身体的に説明する保険医が必要とした場合は、精神科の保険医の対診報告を求めなければならない。

(4) 満18歳に達した加入者は、四半期毎に通院による医師、歯科医師または心理療法士の診療に参加する給付提供者の同じ四半期の指示に基づいて行われたのではない最初の請求について、自己負担として第61条第2文により生じる額 (訳者注: 10ユーロ) を給付提供者に支払う。第1文は、第23条第9項、第25条による給付請求並びに第55条第1項第4文及び第5文による歯科医師による検査に基づく給付請求については、適用されない。加入者が第13条第2項による費用償還を選択している限り、第1文及び第2文は、第13条第2項第9文による自己負担が疾病金庫により差引きされるという条件で適用される。

含まれた材料及び医薬品についても適用される。疾病金庫中央団体連盟は、第 213 条第 2 項による決議により、それにより節率が期待できる場合、付加価値税を含めたその薬局購入価格が少なくともそれぞれ適用されている定額より少なくとも 30%低い医薬品の自己負担を免除することができる。第 130a 条第 8 項による協定が存在するその他の医薬品については、それにより節率が期待できる場合、疾病金庫は自己負担を半分、引き下げるか、廃止することができる。第 2 項第 4 文が準用される。

(4) 療法に相応しく、経済的な包装単位の詳細については、連邦保健省が連邦参議院の同意を必要としない省令により定める。その包装単位が第 1 文による処方をもとに定められている包装単位の最高を上回る既製医薬品は、第 1 項による供給の対象ではなく、公的病病保険の負担で提供されてはならない。

第 32 条 治療手段

(1) 加入者は、第 34 条で除外されていない限り、治療手段の供給に対する請求権を有する。第 1 文により除外されていない治療手段については、第 92 条はなお効力を有する。

(2) 満 18 歳以上の加入者は、治療手段の費用について、第 61 条第 3 文により生じる額を自己負担として提供機関へ支払わなければならない。マッサージ、温泉療法及び治療体操が医師による治療（第 27 条第 2 文第 1 号）の構成要素として、または補聴、リハビリ施設若しくはその他の施設における通院治療の際に提供されている場合も同様である。医師による治療の構成要素として提供された第 2 文に挙げられた治療手段については、加入者の疾病金庫については第 125 条により保険医の住所に関して協定された価格により計算される。異なる価格協定が存在する限り、疾病金庫は平均価格を計算しなければならない。疾病金庫は適用した価格を、それについての情報を保険医に与えた保険医協会に報告する。

第 33 条 補装具

(1) 加入者は、日常生活上の一般的な消耗品とは見なされないか、第 34 条の第 4 項により除外されていない限り、疾病治療の効果を確保するため、迫り来る障害を予防するためまたは障害を調整するため、個々のケースにおいて必要な聴覚補助手段、体幹装具、整形外科的補助用具、その他の補装具の供給に対する請求を有する。障害を調整するための補装具の供給に対する請求権は、どのような範囲で共同生活への参加がなお可能であるかどうかには特に関わらない；通常の介護経営にそれぞれ必要な入所介護施設設備の補装具及び介護補助手段の提供義務は、それに影響されない。第 1 文により除外されない補装具については、第 92 条第 1 項はなお効力を有する。請求権は補装具に必要な変更、修理、取り替え部品の購入及びその使用訓練及び、見捨てない健康上のリスクからの加入者保護のため必要な限り、機能性の維持のための技術水準及び技術上の安全性により必要な整備及び技術的調整が含まれる。加入者が必要とする程度を超える補装具または追加供給を選択する場合は、加入者は超過費用及びそれにより引き起こされたより高額な将来費用を自ら負担しなければならない。

(2) 加入者は満 18 歳に達するまで、第 1 項による前提条件に相応しく眼鏡の供給に対する請求権を有する。満 18 歳に達した加入者については、弱視または WFO から報告された視覚障害の程度の種類に従って、両眼に重度の視力障害を証明する場合、眼鏡の供給に対する請求権を有する；治療用の眼鏡が目の疾患または眼球損傷の治療に役立つ場合、治療用の眼鏡に対する請求権が存在する。眼鏡の供給については、眼鏡フレームの費用は含まれない。

(3) コンタクトレンズの供給に対する請求権は、医療上やむを得ず必要な例外ケースのみにあって第 2 項による請求資格のある加入者について存在する。連邦共同委員会は第 92 条による指針の中ほどの適応症の時にコンタクトレンズが処方されるかを定める。加入者が必要なメガネの代わりにコンタクトレンズを選び、しかも第 1 文の条件を満たさない場合、コンタクトレンズの費用に対して疾病金庫は普通のメガネに対する給付費用の範囲内で補助をする。疾病金庫は、コンタクトレンズの維持・管理に必要な費用を負担しない。

(4) 第 2 項による視覚補助手段の供給に対する新たな請求権は、満 14 歳以上の加入者に対しては少なくとも 0.5 ジオプリー以上、視力の変化のあった場合のみ存在する；医療上やむを得ず必要な場合については、連邦共同委員会は第 92 条による指針の中に例外を認めることができる。

(5) 疾病金庫は加入者に必要な補装具を貸与することもできる。疾病金庫は、加入者が補装具に適応し、またはそれを使いこなすための訓練をすることを補装具給付の前提条件とすることができる。

(6) 加入者は、その疾病金庫の契約相手または第 126 条第 2 項により供給資格のある全ての給付提供者を利用することができる。疾病金庫が一定の補装具の供給に第 127 条第 1 項による契約を締結した場合、供給は疾病金庫が加入者に指定した契約相手により行われる。第 2 文とは異なり、正当な利害が存在する場合、加入者は例外的にその他の給付提供者を選択できる；それにより生じる超過費用は加入者が自ら負担しなければならない。

(7) 疾病金庫はそれぞれ契約により協定された価格を引き受ける。第 126 条第 2 項に基づき供給が疾病金庫の契約相手ではない給付提供者により行われる場合、疾病金庫は同様の給付についてその他の給付提供者と協定した最も低い価格で、定額が定められている補装具の場合、最高で定額まで、費用を負担する。

(8) 満 18 歳に達した加入者は、公的病病保険の負担で提供された補装具毎に自己負担として第 61 条第 1 文により生じる額を疾病金庫により引き受けられるべき金額まで提供機関に支払う。第 7 項による報酬請求権は、自己負担分だけ引き下げられる；第 48b 条第 1 項第 2 文は適用されない。消費財と定められた補装具における自己負担は、合わせて疾病金庫により引き受けられる金額の 10%、ただしひと月の総額についてでは最高で 10 ユーロまでである。

第 33 a 条 処方可能な医薬品 (削除)

第 34 条 除外された医薬品・治療手段・補装具

(1) 処方せんを義務づけられていない医薬品は、第 31 条による供給から除外される。連邦共同委員会は、2004 年 3 月 31 日までに第 92 条第 1 項第 6 号による指針に、重度の疾患治療の際、治療標準と見なされる処方せんを義務づけられていないどのような医薬品が、これらの疾患の際に適用するため、保険医の理由付けで例外的に処方できるかを定める。その際、療法上の多様性に考慮が払われなければならない。連邦共同委員会は、第 2 文による指針に基づき、処方可能な既製医薬品の一覧表が作成され、規則的に実現され、インターネットにおいてデータが呼び出し可能で、電子的に処理できる形式で自由に変更することができることに配慮しなければならない。第 1 文は次の各号について適用されない：

1. 満 12 歳に達するまでの子ども
2. 成長障害を持つ 18 歳に達するまでの少年

満 18 歳以上の加入者については、次の処方箋を義務づけられていない医薬品の処方第 31 条による給付から除外される。

1. 風邪、インフルエンザ、これらの病気に際して用いられる鼻風邪薬、鎮痛剤、咳止めなどのための医薬品
2. 細菌性感染の場合を除いて、口・喉の治療薬
3. 下剤
4. 乗り物酔い止めの薬品

このほか、その使用の際、生活の質を高めることが中心となる医薬品は供給から除外される。主として勃起不全治療、性的能力の増進及び上昇の治療、喫煙の非習慣化、食欲減退または食欲不振、体重の増進、髪の成長改善に役立つ医薬品が除外される。詳細については第 92 条第 1 項第 2 文第 6 号による指針に定める。

(2) 連邦保健省は、連邦総務省の協力を得て、連邦参議院の同意を得た法規命令により、その用法からして通常、軽微な症状に処方される医薬品を第 31 条の給付からさらに除外する権限を有する。その際、特にどのような医学的条件のもとでこれらされる医薬品の費用を疾病金庫が負担するかを定める。例えばはたホメオパシー、本邦療法、人知学的療法のための医薬品等、特異な治療方針の医薬品を判定する際は、これらの医薬品の特異な作用の仕方 は考慮されなければならない。（第 33 a 条によるポジティブリストの発効とともに削除される。）

(3) 連邦保健省は、連邦総務省の協力を得て、連邦参議院の同意を得た法規命令により、第 31 条の給付から経済的にない医薬品を除外することができる。治療目的のためまたはリスクを低下させるためには必要でない成分を含むか、十分な安全性を持たない有効成分を多く含むためその効果が判定できないか、その治療上の効果

が証明されていない、特殊な医薬品が経済的でないと思はれる。第2項第3文が適用される。(第33a条によるボジティブリストの発効とともに削除される。)第1文による法規命令により除外されない医薬品については、第92条はなお効力を有する。

(4) 連邦保健省は、連邦参議院の同意を得た法規命令により、医療上効果の少ないか問題のある治療手段及び補装具または引き渡し価格の安い治療手段及び補装具を疾病金庫がその費用を負担しない治療手段及び補装具と定めることができる。この法規命令には、補装具の維持、修理、取り替え部品の購入及びその使用訓練に要したわずかな費用のうち、どの程度まで疾病金庫が負担する必要があるのかも定めることができる。第1文及び第2文は、満18歳未満の加入者が補装具の修理とバッテリーに要する費用には適用されない。第2項第2文が適用される。第1文による法規命令により除外されない治療手段及び補装具については、第92条はなお効力を有する。

(5) 治療手段が除外された医薬品の適用範囲に使われる場合、第1項から第3項は第32条の治療手段にも準用される。

(6) 製薬企業は連邦共同委員会において、第1項第2文及び第4文による一覧表への医薬品の取職のための申請を提出することができる。申請は十分に説明さなければならぬ。申請の説明についての記載が不十分である場合、連邦共同委員会は申請者に、どのような追加記載が必要か、選定なく報告しなければならぬ。連邦共同委員会は第1文による十分に説明された申請に關し、90日以内に決定しなければならず、申請者に上訴及び上訴期間を教えないければならぬ。拒否決定は、客観的かつ再検討可能な基準に基づき説明を含んでいなければならぬ。申請手続きについては、報酬が徴収されなければならない。特に十分な説明及び必要な証明についての詳細は、連邦共同委員会が規制する。

第34a条 (削除)

第35条 医薬品・包帯材料の定額

(1) 連邦共同委員会は、第92条第1項第2文第6号による指針において定額を設定する医薬品グループを決める。そのグループは、

1. 同一成分の医薬品、
 2. 薬理作用・治療効果の類似した医薬品、特に化学的に類似した成分を持つ医薬品、
 3. 治療効果の類似した医薬品、特に配合薬
- で構成されなければならない。その治療によって重要である限り、成分が同じ医薬品の異なる生物学的特性は考慮されなければならない。第2文第2号及び第3号によるグループでは、治療の可能性が制約されないこと及び医療上必要な処方において選択の余地があることが保証されていないなければならない。これらのグループからは、作用方法が新しく、少ない副作用のために治療上の改善を意味する特許権で守られた成分を有する医薬品は除外される。連邦共同委員会は第3項より必要な1日分の薬の算術平均値、その他の適切な参照値を算出する。

(1a) 特許権で保護される有効成分を有する医薬品については、第1項第4文とは異なり、最低でも3医薬品を有する第1項第2文第2号によるグループを設定し、グループの設定が特許権の保護下にある医薬品についてのみ行われる限り、定額を定めることができる。副作用が軽微のためでも治療上の改善を示す特許権で守られた有効成分を有する医薬品は、第1文によるグループ設定から除外される。

(2) 医学・薬学分野の専門家、開業医、医薬品製造業者及び薬剤師は、連邦共同委員会の決定に先立ち、それぞれの意見を表明することができる。特殊な治療方針の薬を判定する際は、その治療方針の専門家の意見表明も取り入れられる。それぞれの意見表明は決定の際に考慮される。

(3) 疾病金庫中央団体連盟は、1日若しくは1回分の薬の算術平均値、またはその他の適切な参照値をもとにして、それぞれの定額を定める。疾病金庫中央団体連盟は、包帯材料の定額を定めることができる。これに対する専門家の意見表明については第2項が適用される。

(4) (削除)

(5) 定額は、効率的かつ効果的で、質の面でも保証された十分な治療が行われるように設定されなければならない

い。定額により無駄を省き、効果的な価格競争を促し、できるかぎり経済的な治療方法を模索しなければならない。医薬品の定額を決定するにあたっては、比較グループの中で薬局の引き渡し価格が安いものを前提としなければならない。その際、治療のための医薬品にも幅広い選択の余地が残されていなければならない。定額は、少なくとも1年に1回審査される。定額は、一定期間内に市場の変化に合わせて改定される。第1項第2文第1号による定額グループにおける医薬品についての定額は、標準単位の最低価格と最高価格の間の間隔の低位3分の1の最前提価格を超えてはならない。第4文による計算の際、定額グループにおいて処方される単位の1%未満の割合の高価格単位は考慮に入れない。処方数については、計算基準日の時点で使用可能な公的病病保険の医薬品目録の年間データが基礎とされなければならない。

(6) 定額の決定手続きには、第213条第2項及び第3項が適用される。

(7) 定額は連邦官報に公示される。定額の決定に対する訴訟は延期効果を持たない。予審手続きは行われず、第1項の第1文から第3文までのグループ分け、第1項第4文による1日若しくは1回分の算術平均値若しくはその他の適切な参照値またはその他の定額決定の構成要素に対する訴訟は認められない。

(8) 2003年12月31日までは、第36条第3項における指令及び2004年1月1日以降適用されるべき定額の決定の準備のための例外を除き、第1項から第7項までは適用されない。第7項及び第35a条第5項により公示された処方せんを義務づけられている医薬品についての定額は、2003年11月14日の法律の第24条により最終的に変更された医薬品価格令の小売り加算に相応しく換算さなければならぬ。換算された定額は、2004年1月1日以降適用される。換算については専門家の意見聴取は行われず、疾病金庫の中央団体は、定額の換算を2003年12月31日までに公示する；第35a条第5項第1文が適用される。第2文により換算された定額並びに最終版における処方方を義務づけられていない医薬品についての第35条第2項及び第35a条第5項により公示された定額は、新たに定められるか、改正されるか、削除されるまでは、適用される。

第35a条 医薬品についての定額に関する法規命令

(1) 第35条とは異なり、連邦保健省は2003年12月31日までに、連邦経済技術省と合意の上で、連邦参議院の同意を得ない法規命令により、次の権限を有する。

1. 一度だけ医薬品の定額を調整すること、
2. 例外的に実質的に命じられた変更要求にその要求に基づき第1文第2号によるグループ形成の問題についての意見表明を伝える。

連邦共同委員会は、連邦保健省にその要求に基づき第1文第2号によるグループ形成の問題についての意見表明を伝える。

(2) 定額は、通常、十分で、合目的で、かつ経済的で、並びに質が確保された医療を保障するよう調整され、決定されなければならない。定額は節約できる余地を使い果たし、有効な価格競争を促し、それ故、できる限り低額な医療の可能性を目指さなければならない。その際、あるグループの全処方の少なくとも3分の1、そして全包装の少なくとも4分の1は定額で使用できなければならない；同時に、定額に含まれない処方及び包装のそれぞれの割合の合計は、100を超えてはならない。第1項第1文第1号による調整の際、定額は最高で27.5%引き下げてよい。第1項第1文第1号による定額の調整のための計算基準日は、2000年7月1日である。1999年の公的病病保険の医薬品目録の処方データが基礎とされなければならない；これらは法規命令についての聴取の範囲内で提供される。

(3) 第1項第1文第2号によるグループが形成される限り、次の医薬品はまとめられるべきである。

1. 同じ成分を有する医薬品、
2. 薬学上・治療上、比較可能な成分、特に化学的に使用された物質を有する医薬品、
3. 治療上比較可能な効果をもつ医薬品、特に配合薬、

；療法によって意義のある場合、成分が同じ医薬品の異なる生物学的利用能は考慮に入れなければならない。その際、必要な計算上の単位1日当たり単位または1回当たり単位またはその他の適切な比較単位も定められなければならない。第1文第2号及び第3号により形成されたグループは、治療可能性が制限されず、医療上必要

な処方選択が採用できることを保証すべきである。1995年12月31日後に許可された特許権で守られた成分を有する医薬品については、第1文第2号及び第3号によるグループの定額は形成されない。その作用の仕方が新しく、治療上の改善、より少ない副作用のため、を意味する特許権で守られた成分を有する医薬品は、さらに第1文第2号及び第3号によるグループ形成から除外される。この成分グループの最初のものとして流通に供されたその成分が特許権で守られている限り、成分は新しいと見なされる。

(4) 疾病金庫の中央団体、連邦共同委員会、製薬企業及び経済的利益を守るために形成された基準となる薬師団の中央組織は、連邦保健省に第1項第1文によるその責務を引き受けるために必要な情報を伝達し、要求があれば必要な情報を提供することを義務づけられている。

(5) 疾病金庫中央団体連盟は、全ての定額及び相当医薬品に関する概要を作成かつ公表し、これらをインターネットにおいてデータ呼び出し可能な公表のために医療上の記録及び情報のためのドイツ研究所にデータ転送の方法で送信する。概要は四半期毎に更新されなければならない。

(6) これまで決定された定額及び形成されたグループは、第1項第1文による法規命令によるその変更まで継続適用される。

(7) 第1項第1文による命令の妥当性に関しては、申請に基づきベルリン州社会裁判所が決定する。法規規定またはその適用によりその権利が損なわれたか、近い将来、損なわれると主張する各自然人または法人は、法規規定の公布後2年以内に申請を提出することができる。申請は、連邦保健省により代理されるドイツ連邦共和国に向けられなければならない。裁判所は判決により決定する。裁判所が、法規規定が全てまたは一部、無効であると確信した場合、裁判所はそれを相応しい範囲で無効を説明する；この場合、決定は一般的に拘束し、決定形式は申請者から法規規定が公示されたように公表される。裁判所は、申請に基づき、重大な不利益を避けるためまたはその他の重大な理由から緊急に求められている場合、仮命令を公布できる。訴えは延期効果を持たない。社会裁判所法第160条が適用される。

(8) 法規命令により定められたグループ及び調整されるが決定された定額は、2003年12月31日後、グループまたは定額の新たな決定、調整または決定が行われた場合に、対象がなくなる。

第35b条 医薬品の効用及び費用の評価

(1) 医療制度における質及び経済性のための研究所に、第139b条第1項及び第2項により医薬品の効用または費用対効果関係を評価することを委託することができる。第1文による評価は、特許権で守られた成分を有する最初に処方可能な新たな医薬品について並びにその他の意義のある医薬品について作成することができる。評価は、費用と比べた患者にとっての治療上の追加効用を考慮に入れて、その他の医薬品及び治療形態との比較により行われる。患者の効用においては、特に細胞状態の改善、発症期間の短縮、生存期間の延長、副作用の減少並びに生活の質の改善、経済的評価の際には加入者の共同事業体による費用の引受の適切性及び要求可能性も考慮に入れられなければならない。研究所は、それぞれの専門分野において承認された根拠に基づき治療及び医療経済の国際基準に基づき、第1文による評価の作成についての方法及び基準に關し、申請毎に定める。研究所は方法及び基準の申請毎の作成及び評価の繰り上げのさい、手続きの高い透明性及び第35条第2項及び第139a条第5項に挙げられた者の参加を保証する。研究所は、インターネットにおいて、それぞれの方法及び基準を公表する。第3文から第7文までが、既に開始した効果評価についても適用される。

(2) 第1項による評価は、連邦共同委員会に、第92条第1項第2文第6号による議決のための勧告として供給される。評価は適切な間隔で再検査されなければならない。必要ない場合は調整されなければならない。新たな科学的知識が存在した際、評価はメーカーの申請に基づき再検査されなければならない。

(3) 医薬品法により使用が許可されていない適応症及び適応症分野のための許可された医薬品の使用に関する科学的知識の水準での評価の提供については、連邦保健省が医薬品及び医療製品のための連邦研究所における専門家を任命する。第2項第1文が準用される。相応しい評価は、医薬品メーカーの同意と共に作成されるべきである。

(4) 第1項及び第3項による評価に対する個別の訴えは、許されていない。

第35c条 臨床研究における医薬品の許可を上回る使用

それにより存在する治療可能性と比べ重大な疾患の治療の療法上、重要な治療の改善が期待され、それと結び付いた超過費用が期待された医療上の追加効用と比べ適切な割合にあり、保険医診療または第110b条及び第117条による通院診療に参加する医師により治療が行われ、共同委員会が医薬品供給に異議を申し立てない限り、加入者は第35b条第3項の適用分野外で、臨床研究において許可された医薬品の供給に除外される。医薬品法上の規定に基づき医薬品が製薬企業により無料で用意される限り、疾病金庫の給付義務は除外される。連邦共同委員会は、少なくとも医薬品供給の開始10週間前に情報を提供されなければならない；連邦共同委員会は、第1文による前提条件が満たされていない限り、報告の到着後、8週間以内に異議を申し立てることができる。証明及び情報提供義務についても、詳細は連邦共同委員会が第92条第1項第2文第6号による指針に定める。許可の拡大については第1文による研究が決定的な貢献をする場合、製薬企業は疾病金庫に処方費用を返済しなければならない。欧州法による流通についての許可についても同様である。

第36条 補装具の定額

(1) 疾病金庫中央団体連盟は、定額の定められる補装具を定める。その際、第139条による補装具一覧表を考慮に入れて、その機能において同種・同価格のものはグループにまとめなければならない。供給の詳細が定められなければならない。当該制作者及び供給提供者の中央組織には、決定の前の適切な期間内にそのために必要な情報を伝達して、意見表明の機会が与えられなければならない；その意見表明は決定に取り入れられなければならない。

(2) 疾病金庫中央団体連盟は、第1項により定められた補装具の供給について統一した定額を定める。第1項第3文が準用される。制作者及び供給提供者は疾病金庫中央団体連盟に、要求があれば第1文並びに第1項第1文及び第2文による責務の引受のために必要なインフォメーション及び情報を、特に補装具の提供価格についても、提供しなければならない。

(3) 第35条第5項及び第7項が適用される。

第37条 訪問看護

(1) 入院治療が必要ではあるが実施できない場合、または訪問看護によって入院治療が回避できるか、その期間を短縮できる場合、加入者は医師による治療以外に、世帯内、家庭内またはさもなければ適切な場所、特に世話を受ける住居形態、学校及び幼稚園で、特に高い介護需要が存在する場合は障害者のための作業所においても、適切な看護人による看護を受けることができる。作業所法第10条は、なお効力を有する。訪問看護には、個々のケースにおいて必要な基礎的介護、医療上の処置及び家事供給が含まれる。請求権は、疾病毎に4週間まで存在する。根拠のある例外的ケースで、メディカルサービス（第275条）が第1文に挙げられた理由から必要だと判断した場合は、疾病金庫はより長い期間、訪問看護を認めることができる。

(2) 医師の治療目的を確保するために必要な場合、加入者はその世帯内、家庭内またはさもなければ適切な場所、特に世話を受ける住居形態、学校及び幼稚園で、特に高い介護需要がある場合は障害者のための作業所においても、訪問看護として治療上の処置を受ける；請求権には、この要請が第11編第14条及び第15条による要介護の判定の際、考慮に入れられなければならない場合も、行為毎の突発的有る介護対策を含む。作業所法第10条は、なお効力を有する。第1文による請求権は、そこに挙げられた場合を超えて、例外的に、長期に少なくとも6ヵ月間、特に高度な医学的な治療上の処置の必要性を有する、第11編第43条にいう許可介護施設におけるそのような加入者についても存在する。疾病金庫は規約に、第1文による治療上の処置に加えて、訪問看護として基礎的介護及び家事供給も行う、と定めることができる。規約にはその際、第4文による基礎的介護及び家事供給の範囲及び期間を定めることができる。第1文及び第5文による給付は、第11編にいう要介護の開始後ま許されない。第11編第71条第2項または第4項による施設において長期にではなく受け入れられる加入者は、その家計が最早存在せず、治療上の処置の実施のためのみ施設またはその他の適切な宿泊所における一時的滞在が提供されている場合も、第1文及び第4文から第6文までによる給付を受ける。

(3) 訪問看護に対する請求権は、その世帯内にいる者が患者の必要とする範囲内の療養上の世話及び看護ができない場合に限り存在する。

(4) 訪問看護のために看護人を疾病金庫が派遣できない場合またはそれを断念せざるを得ない理由がある場合、疾病金庫は加入者が自ら雇った看護人に要した費用を適当な範囲内で償還する。

(5) 満18歳に達した加入者は、第61条第3文により生じる額を、1暦年当たり給付請求の最初の28日間に発生した費用に限定して、自己負担として疾病金庫に支払う。

(6) 連邦共同委員会は、第92条による指針において、どのような場合に第1項及び第2項による給付が加入者の世帯及び家庭外でも提供できるかを定める。連邦共同委員会は、さらに第2項第1文による行為毎の疾病保持者の介護対策の種類及び内容に関する詳細を定める。

第37a条 社会療法

(1) 重要な精神疾患のため、医師による給付または医師が処方した給付を自身で請求できない加入者は、それにより入院治療が回避されるか短縮される場合、または入院治療が必要だが、実行できない場合、社会療法に対する請求権を有する。社会療法には、第2項の範囲内において個々のケースに必要な処方された給付の必要な調整並びにその給付請求への指導及び助機づけが含まれる。請求権は1疾病毎に3年以内に最大120時間存在する。

(2) 連邦共同委員会は第92条による指針に、第1項による診療の前提条件、種類及び範囲に関する詳細、特に次について定める。

1. 通常、その治療の際に社会療法が必要となる病状、
2. 社会療法の目的、内容、範囲、期間及び頻度、
3. 医師が社会療法を処方できる前提条件、
4. 患者の治療可能性における要件、
5. 処方する医師と給付提供者との協力の内容及び範囲。

(3) 満18歳に達した加入者は、給付請求の1日毎に自己負担として第61条第1文により生じる額を疾病金庫に支払う。

第37b条 専門訪問緩和ケア

(1) 特に費用のかかる診療を必要とする、同時に余命が限られた、治療できない、進行性の及び進行した疾患を有する加入者は、専門訪問緩和ケアに対する請求権を有する。給付は保険医または病院勤務医により処方されなければならない。疾病金庫により許可されなければならない。専門訪問緩和ケアは、特に苦痛療法及び病状管理のためのその調整を含む医師による給付及び介護給付を含み、住み慣れた住環境における第1文による加入者の世話を可能にすることを目標としている。

(2) 第11編第72条第1項にいう入所介護施設における加入者は、第1項を準用して専門的緩和ケアに対する請求権を有する。第132d条第1項による契約は、第1項による給付が介護施設における疾病金庫の契約相手または介護施設の職員により提供されるかどうかを規定する；第132d条第2項が準用される。

(3) 連邦共同委員会は、第92条による指針において、2007年9月30日までに、給付に関する詳細、特に次の各号を定める。

1. 第1項第1文による疾病並びに加入者の特別の診療の必要性における要件、
2. 訪問診療との関係及び存在する訪問ホスピスサービスとの給付提供者の協力を含む、専門訪問緩和ケアの内容及び範囲；増大した診療構造は考慮に入れなければならない、
3. 給付提供者と処方する医師の協力の内容及び範囲。

第38条 家事援助

(1) 加入者は、入院治療のためまたは第23条第2項若しくは第4項、第24条、第37条、第40条または第41条による給付のため、家事の継続が不可能な場合、家事援助を受ける。さらに、家事援助の開始の際、その世帯

内に満12歳に達していない子供または他者の援助を必要とする障害者が1名いることが前提条件となる。

(2) 加入者が疾病により家事を継続できない場合、疾病金庫は第1項に挙げられた場合以外でも家事援助を提供できる、と規約に定めることができる。規約にはその際、第1項第2文とは異なる給付の範囲及び期間を定めることができる。

(3) 家事援助に対する請求権は、その世帯にいる者が家事を継続できない場合にのみ存在する。

(4) 疾病金庫が家事援助のための人材を派遣できない場合またはそれを断念せざるを得ない理由がある場合、加入者が自ら雇った者に要した費用を適当な範囲内で返済する。2親等までの血族及び姻族（訳者注：別れた妻も同様とする判例が判出している）についての費用償還は実施できない；ただし、その償還額が代替要員を雇う場合にかかる経費と比較して適切な割合にある場合、疾病金庫は必要とする交通費及び遺失所得を償還することができる。

(5) 満18歳に達した加入者は、給付請求の1日当たりの自己負担として、第61条第1文により生じる額を疾病金庫に支払う。

第39条 入院治療

(1) 病院における治療は、完全入院、部分入院、入院前及び退院後（第115a条）並びに外来（第115b条）により行われる。加入者は、治療目的が部分入院、入院前及び退院後治療または訪問看護を含む外来治療では達成できないことから病院による療養により入院が必要となった場合、許可病院（第108条）における完全入院治療を請求することができる。病院における治療には、個々のケースにおいて病気の種類及び程度により病院における加入者の医師が必要な病院の診療業務の範囲内における全ての給付、特に医師による治療（第28条第1項）、看護、医薬品、治療手段及び補装具の供給、収容並びに給食を含む；緊急入院治療には、個々のケースで必要及び出来るだけ早い時点で投入される早期リハビリ給付も含まれる。

(2) 加入者がやむを得ぬ理由なしに医師の指示とは異なる病院を選択した場合、その超過費用の全額または一部は加入者の負担とすることができる。

(3) 疾病金庫の州連合会、補充金庫、ドイツ鉱山・鉄道・海員年金保険及び海員疾病金庫は、州の病態団体と保険医協会の協力を得て、州またはその地域にある許可病院の入院治療についての給付及び報酬のリストを共同で作成し、それを併せ合わせる（入所給付及び報酬リスト）。その際、報酬を相互に比較対照できるように、リストは構成されなければならない。疾病金庫はさらに、保険医及び加入者が入院治療を処方または請求する際に、このリストに注意を払うよう、努めなければならない。

(4) 満18歳に達した加入者は、完全入院の開始から1暦年中に最高でも28日間、第61条第2文により生じる1日当たりの額を病院に支払い、病院は疾病金庫にこれを転送する。その暦年中に公的年金保険の保険者に行われた第6編第32条第1項第2文による支払い及び第40条第6項第1文による支払いは、第1文による支払いに算入される。

(5) 海員疾病金庫は、独身で世帯を持っていない病気の船員のために、第1項による請求以外に、さらに船員療養所での宿泊と食事を提供することができる。第4項が適用される。

第39a条 入院及び自宅によるホスピス給付

(1) 入院治療を必要としない加入者は、訪問診療が家庭内または世帯内で行うことができないう場合、第4文による契約の範囲内において、緩和治療が行われるホスピスにおける入院または部分入院に対する補助金の請求権を有する。補助金の額は疾病金庫の規約に定めなければならない。補助金は1日当たりで第4編第18条第1項による平均報酬月額額の8%を下回ってはならず、他の社会保険給付実施機関の給付を算入して第1文による実際の1日当たり費用を上回ってはならない。疾病金庫中央団体連盟は、入院によるホスピスの利益を守るための中央協議と第1文による診療の種類及び範囲に関する詳細を協定する。その際、児童ホスピスが第1文における診療の特別な利益に十分に配慮しなければならない。第4文による基本協定において、児童ホスピスが第1文により補助が可能な費用の5%を超えない費用で負担をかけられるままであると規定されなければならない。連邦保険医協会には、意見表明の機会が与えられなければならない。第1文による診療の詳細に関し疾病金庫及びホスピス間において継続

されるべき契約においては、一致しない場合、当事者により定められるべき中立の仲裁者が契約内容を定めると規定されなければならない。契約相手が仲裁者において一致しない場合、契約を締結する疾病金庫を担当する監督官庁により仲裁者は決定される。仲裁手続きの費用は、契約相手が同じ負担割合で負担する。

(2) 疾病金庫は、病院における入院治療及びホスピスにおける入院または部分入院診療を必要としない被保険者について、その世帯内、家族内または入所介護施設において資格を有するボランティアとしての看取りを提供する訪問ホスピスサービスを助成しなければならない。助成の前提条件はこのほか、訪問ホスピスサービスが

1. 緩和ケア医療経験のある介護サービス及び医師と協力し、並びに
2. 緩和ケア医療における数年の経験または相応の再教育を受けており、責任ある介護専門要員としてまたは給付機能における再教育を証明できる看護婦、看護師またはその他の専門職員の専門的責任のもとにあることである。

訪問ホスピスサービスは相応の専門教育を受けた専門要員による緩和ケアに関する助言を提供し、看取りができるボランティアの獲得、教育、調整及び支援を確保する。第1文による助成は、特に看取りをする者の数に対する資格を有するボランティア数の割合により決まる必要な人件費への適切な補助金により行われる。第1文による助成のための疾病金庫の支出は、合わせて2002年には各被保険者について0.15ユーロ、毎年0.05ユーロ引き上げられ2007年には0.4ユーロとなる；この額は翌年以降、第4編第18条による平均報酬月額に合わせたなければならない。疾病金庫中央団体連盟は、訪問ホスピスサービスの利害を守るための中央組織と助成の前提条件並びに訪問ホスピス労働の内容、質及び報酬についての詳細を協定する。その際、訪問ホスピスサービスによる児童のケアの特別な利益に十分な配慮がなされなければならない。

第40条 医学的リハビリ措置

(1) 第11条第2項に示された目標を達成するためには、通院治療だけでは十分でない場合、疾病金庫は、医学的根拠により必要とされた通院によるリハビリ給付を第1111条による診療記録が存在するリハビリ施設において、またはそれが加入者の需要に合った効果的で経済的な通院によるリハビリ給付による診療によって医療上必要な限り、住所地の近くの施設により提供する。第1文による給付は、第11編第72条第1項による入所介護施設においても提供されなければならない。

(2) 第1項による給付では十分でない場合、疾病金庫は第1111条による契約が存在する第9編第20条第2a項により正式に証明されたリハビリ施設で宿泊と食事を伴う入院によるリハビリを提供する。加入者が第1111条による診療記録が存在しないその他の証明された施設を選択した場合、加入者はそれにより生じる超過費用を負担しなければならない。疾病金庫は、第1文及び第1項による給付に対する申請並びにその処理に関する性別の統計調査を実施する。

(3) 疾病金庫は個々のケースにおける医療上の必要性により、第1項及び第2項による給付の種類、期間、範囲、開始及び終止並びにリハビリ施設を義務的裁量により決定する。給付の延長が医療上の理由から緊急に必要な限り、第1項による給付は最長で20日間、第2項による給付は最長で3週間に提供される。疾病金庫中央団体連盟は、通院及び入院によるリハビリ施設によるリハビリ施設の利益を守るための連邦レベルにおける中央組織の意見聴取後、指針に適合性を定め、これらそれぞれに通常期間を割り当てた場合、第2文は適用されない；個々のケースにおいて医療上の理由から緊急に必要な場合のみ、この通常期間から乖離することができる。第1項及び第2項による給付は、公法上の規定によりその費用が負担されるか、補助が受けられる同様の給付の支給後4年が経過していない場合、早期の給付提供が健康上の理由から緊急に必要な限り、提供することはできない。第23条第7項が準用される。

(4) 第1項及び第2項による給付は、第6編第31条の例外を除き社会保険の他の保険者に適用される規定によりそのような給付を提供することができない場合のみ、提供される。

(5) 第1項または第2項による給付を請求する満18歳に達しない加入者は、第61条第2文により生じる額をその施設に支払われなければならない。支払額は疾病金庫に転送される。

(6) 入院治療との直接の連絡が医療上必要な第1項または第2項による給付（継続リハビリ）を請求する満18

歳に達しない加入者は、第39条第4項により生じる額を年間に最長28日間、施設に支払う；この期間の順守が緊急な実際上の理由または医療上の理由から不可能でない限り、それらの措置が14日以内に開始する場合も継続は直接とみなされる。その暦年中に既に公的年金保険の保険者を行った第6編第32条第1項第2文による1日当たりの支払い及び第39条第4項により行われる支払いは、第1文による支払に算入される。支払いは疾病金庫に転送される。

(7) 疾病金庫中央団体連盟は、第282条による共同事業体（疾病金庫の中央団体のメディカルサービス）の参加を得て、継続リハビリが問題となる場合を除き、第2項による医療上必要な給付について第6項第1文による自己負担が適用される適応症を定める。入院によるリハビリの利益を守るための連邦レベルの組織は、適応症の決定前に意見表明の機会を与えられなければならない；意見表明は決定に取り入れられなければならない。

第40a条 老人医学によるリハビリテーション（削除?）

個々のケースにおいて老人医学によるリハビリテーションのために提供されている第40条による給付を、疾病金庫は提供しなければならない。第40条第1項による給付は、第11編第72条第1項による入所介護施設においても提供されなければならない。

第41条 母親及び父親のための医学的リハビリテーション

(1) 加入者が第27条第1文に挙げられた前提条件のもとで、母親養育事業団の施設または同様の施設における医学的根拠により必要とされるリハビリテーション給付に対する請求権を有する；給付は母子対策の形式で提供することができる。第1文は、それに相応しい施設における父子対策についても適用される。第1文及び第2文によるリハビリ給付は、第1111a条による診療記録が存在する施設において提供される。第40条第2項第1文及び第2文及び第2文は適用されない；第40条第2項第3文が準用される。

(2) 第40条第3項から第5項が準用される。

(3) 満18歳に達して、第1項による給付を請求する加入者は、1日当たり第61条第2文により生じる額を施設に支払う。支払は、疾病金庫に転送される。

(4) （削除）

第42条 負荷試験と作業療法

その他の社会保険実施機関に適用される規定によりそのような給付を提供できない場合、加入者は負荷試験と作業療法に対する請求権を有する。

第43条 リハビリに対する補充給付

(1) 疾病金庫は、第44条第1項第2号から第6号までより並びに第9編第53条及び第54条により補充給付として提供されるべき給付の他に、疾病金庫が前項、疾病治療を提供したか、提供する場合、次のことができる。

1. リハビリの目標を達成または確保するために、障害の種類と程度を考慮に入れて必要とされるが、労働生活への参加のための給付または一般的な社会復帰のための給付には原価ないりリハビリのためのそのような給付を全てまたは一部提供するか、助成すること。

2. 有効で効率的な慢性失患者のための患者訓練対策を提供すること；医療上の理由から必要な場合、家族及び常時世話する者が増えらる。

(2) 疾病金庫は、入所期間を短縮するか、継続する通院による医師の治療を確保するため、アフターケアが疾病の種類、程度及び機関のために必要な場合、医療上の理由から入院治療または入院によるリハビリに直接続いて必要な慢性失患者または満12歳に達していない重病の子どものための社会医療上のアフターケアを提供するか、助成することができる。アフターケア対策には、個々のケースにおいて必要な処方された給付の調整並びにその請求への指導及び動機付けが含まれる。医療上の理由から必要な場合、家族及び常時世話する者は加えられる。疾病金庫中央団体連盟は、アフターケア対策の前提条件並びにその詳細を定める。

第43 a 条 医師以外の者による社会小児科の給付

加入者である児童は、医師の責任のもとに行われ、疾病をできるだけ早い段階で発見し、治療計画を立てるために必要な場合、医師以外の者による社会小児科の給付、特に精神科、治療教育科、社会精神科の給付に対する請求権を有する。

第43b 条 支払方法

(1) 給付提供者は加入者が行わなければならない支払いを徴収し、疾病金庫に対しその報酬請求と差引勘定する。特別に文書により給付提供者から行われた請求にもかかわらず加入者が支払わない場合、疾病金庫は支払額を徴収しなければならない。

(2) 加入者が第28条第4項により支払わなければならない自己負担を、給付提供者は留保して手元に留めておかなければならない；疾病金庫、保険医協会または保険歯科医協会に対する報酬請求権はそれだけ減少する。第83条により支払われなければならない報酬は、保険医協会または保険歯科医協会と清算する給付提供者が第1文により手元留保しておいた自己負担総額だけ減額される。第1項第2文は、第82条及び第83条による団体契約の範囲内における給付提供及び請求の場合は適用しない。第1文及び第2文による手続きの詳細は、連邦枠組み契約に協定されなければならない。

第2 款 傷病手当金

第44 条 傷病手当金

(1) 疾病により労働不能となっているか、または疾病金庫の費用で病院や予防・リハビリ施設（第23条第4項、第24条、第40条第2項、第41条）で入院医療を受けている場合、被保険者は傷病手当金を請求することができる。移行手当に対する請求権を有する場合、第5条第1項第13号による加入者については、第4編第8条及び第8a条により非適用就労していない限り、第5条第1項第6号による加入者については、この限りでない。

(2) 次の者は傷病手当金に対する請求権を有しない。

1. 第5条第1項第2a号、第5号、第6号、第9号、第10号または第13号による加入者並びに第10条による加入者；移行手当に対する請求権を有する場合、第5条第1項第6号による加入者、及び雇われていて、第4編第8条及び第8a条により非適用就労していない限り、第5条第1項第13号による加入者については、この限りでない。
2. 主たる職業として独立した就労者
3. 労働不能の際、少なくとも6週間、労働報酬の継続支払いまたは保険加入義務をよりどころとする社会保障給付の支払いに対する請求権を有しない第5条第1項第1号による加入者；報酬総支払法第10条により労働報酬への加算の支払に対する請求権を有する加入者については、この限りでない。
4. その種類により第50条第1項に挙げらざれば給付に相当する、公法上の保険制度若しくはその職業集団の年金制度またはその他の同様な機関からの年金を受給する加入者。その種類により本規定に挙げられた給付に相当する給付を受給する限り、第1文第4号による加入者については、第50条第2項が適用される。第2号及び第3号により挙げられた加入者については、第53条第5項はなお効力を有する。
- (3) 労働不能の場合の労働賃金継続支払いに対する請求権は、労働法の規定に従う。

第45 条 子供の病気の傷病手当金

(1) 満12歳未満の子供が病気の場合、その子供の監督、世話または看護のために欠勤することが必要不可欠と医師により証明され、同一世帯内にいる他の家族がその子供の監督、世話、看護ができるとき、被保険者は傷病手当金を請求できる。第10条第4項及び第44条第1項第2文が適用される。

(2) 第1項による傷病手当金に対する請求権を有する期間は、1年間に子供1人につき最高10日間、ひとりで養育されている被保険者の場合は最高20日間である。第1文による請求権は1年間で25日間、ひとりで養育していない被保険者の場合は50日間を超えてはならない。

(3) 第1項による傷病手当金に対する請求権のある被保険者は、同様の理由から有給休暇に対する請求権がない限りにおいて、傷病手当金の請求権を有する間、使用者に対し無給休暇を請求することができる。疾病金庫が第1項による給付義務を認める以前に第1文による休暇請求が行使され、そのための前提条件が満たされなかった場合、使用者はその時点で既に消化された休暇分を後に病気の子供の監督、世話または看護のための休暇請求がなされる際に算入することができる。第1文による休暇請求権を契約により除外したり、制限したりすることはできない。

(4) 加入者はさらに、子どもがまだ12歳に達していないか、障害があまり援助に頼らざるを得ないで、診断書により次の疾病に苦しんでいる限り、加入しているその病気の子供の監督、世話または看護のために仕事から離れる場合、傷病手当金に対する請求権を有する。

- a) 輸送中に経過し、既にはるかに進行した段階に達している疾病。
- b) 治療が除外されていて、緩和ケア治療が必要か両親の一方から望まれていて、かつ
- c) 数週または数カ月の限られた寿命しか期待できない疾病。

請求権は両親の一方についてのみ存在する。第1項第2文及び第3項が準用される。

(5) 第1項による傷病手当金に対する請求権を有する加入者ではない被用者も、第3項及び第4項による無休を除く除く請求権を有する。

第46 条 傷病手当金に対する請求権の発生

傷病手当金に対する請求権が発生するのは、

1. 入院医療または予防・リハビリ施設での治療（第23条第4項、第24条、第40条第2項及び第41条）の開始日から、
2. その他の場合は、医師により労働不能と認定された日の翌日からである。
当術家社会保険法により被保険者となっている場合、傷病手当金に対する請求権は労働不能7週目から発生する。第2文に挙げられた被保険者についての傷病手当金に対する請求権は、被保険者がその疾病金庫において第53条第1項による保険料表を選択した場合、労働不能となつてから7週目前の規約に定める時点で、ただし、遅くとも労働不能となつてから3週目の初めに発生する。

第47 条 傷病手当金の金額及び算出

(1) 保険料の計算対象となる限り（定期給与）、傷病手当金は定期的に受け取る労働報酬及び事業所得の70%とする。労働報酬から計算された傷病手当金は、第2項を準用した場合に計算される手取り労働報酬の90%を上回ってはならない。第2文による手取り労働報酬の計算については、第2項第6文による1日当たりの追加計算額から得られる手取り労働報酬に占める割合は、第2項第1文から第5文による1日当たりの通常報酬額のこの通常報酬額から得られる手取り労働報酬に対する割合から得られる%が当てられなければならない。第1文から第3文までにより計算された1日当たりの傷病手当金は、第2項第1文から第5文までによる労働報酬から得られる1日当たりの手取り労働報酬を超えてはならない。定期報酬は第2項、第4項及び第6項により計算される。傷病手当金は、暦日について支払われる。1カ月分まとめて支払われる場合は、ひとは月30日とされる。第1文による定期報酬並びに第2文及び第4文による手取り労働報酬の計算の際、その時々々の保険料算定及び保険料負担に適用される第4編第20条第2項によるスライド・ノーンの特異性は考慮に入れられない。

(2) 定期報酬の計算は、加入者から労働不能となる直前に請求された報酬計算期間は、少なくとも最後の4週間（算定期間）に受け取り、随時に支払われた労働報酬を差し引いた労働報酬を、労働報酬が支払われた期間で割って行われる。この計算結果は、雇用関係の内容から明らかとなる規則的週労働時間数を掛け、7で割る。労働報酬が月単位で算定されるか、第1文及び第2文による定期報酬の計算が不可能な場合、労働不能となる直前の

(5) 公的疾病保険の給付のための算定基礎を算出する際、公的疾病保険の保険料の算定の際に基礎とされた労働報酬が前提とされる。

(6) 第 232 a 条第 3 項の場合、傷病手当金は第 3 項とは異なり、冬期休業手当を加えた労働報酬により計算される。第 4 項及び第 5 項が準用される。

第 48 条 傷病手当金給付期間

(1) 被保険者は期間制限なしに傷病手当金を受給するが、同一疾病による労務不能の場合は労務不能の開始日から計算して 3 年間で最長 78 週間である。労務不能の間にさらに別の疾病が発生した場合、給付期間は延長されない。

(2) 同一疾病のために直近 3 年間に 78 週間傷病手当金を受給した被保険者が、次の 3 年間の開始後、同一疾病による傷病手当金を請求できる条件は、傷病手当金を請求できる新たな労務不能発生時に被保険者であり、その間に最低 6 カ月間。

1. その疾病により労務不能ではなかったこと及び

2. 就業していたか、職業紹介を受けていたことである。

(3) 傷病手当金給付期間の判定の際、傷病手当金の請求権が停止しているか、または傷病手当金が拒否されている期間は、傷病手当金給付期間と同様、考慮に入れられる。傷病手当金の請求権が存在しない期間は、考慮に入れられないままである。

第 49 条 傷病手当金の停止

(1) 傷病手当金の請求権が停止するのは、

1. 被保険者が保険料納付義務のある労働報酬または事業所得を受け取っている限りにおいてである；臨時に支払われた労働報酬はこの限りではない、

2. 被保険者が連邦育児手当法により両親期間を請求している限りにおいてである；労務不能が両親期間開始前に発生したか、傷病手当金が両親期間中の保険加入義務のある就労により得られた労働報酬から算定される場合は、この限りではない、

3. 被保険者が、扶助傷病手当金、移行手当、生計手当、操短手当または冬期休業手当を受給している限りにおいてである、

3 a. 被保険者が生涯手当金または失業手当を受給しているか、第 3 編による閉止時刻のために請求権が停止する限りにおいてである、

4. 被保険者が、第 3 号に挙げられた給付とその性格上、同等である報酬代替給付を、外国の社会保険支離機関または国の機関から受給している限りにおいてである、

5. 労務不能が疾病金庫に届けられていない限りにおいてである；届出が労務不能発生後 1 週間以内に行われる場合は、この限りではない、

6. 労務遂行からの免除期間 (第 4 編第 7 条第 1 a 項) について、労務遂行の義務を負わない限りにおいてである。
(2) 第 1 項第 3 号及び第 4 号は、1990 年 1 月 1 日前の期間に行使され、もはや疑う余地のない決定がなされていない傷病手当金請求権にも適用される。1989 年 2 月 23 日前に発せられた傷病手当金請求権の停止に関する行政行為は、第 10 編第 44 条第 1 項より取り消すことができず。

(3) 法理上の規定に基づき引き下げられた報酬または報酬代替給付は、第 1 項の適用の際、上乗せされない。

(4) 社会保険の他の被保険者が、医療上のリハビリのための給付を外来で受給する際、傷害手当、扶助傷病手当または移行手当を提供する場合、第 9 編第 13 条第 2 項第 7 号により協定された共同助産の範囲内におけるこれらの給付のためのその費用は、要求に基づきこの被保険者に返済される。

第 50 条 傷病手当金の停止と短縮

(1) 次の給付を受給する被保険者については、

月に受け取り、一時的に支払われた労働報酬を差し引いた労働報酬の 1/30 が定額報酬と見なされる。この労働の前後の免除期間に支払期限の来た (第 4 編第 7 条第 1 a 項による価値預金 (Wertguthaben)) 労働報酬が労働により得られた場合、定期報酬の計算については、保険料計算の算定期間に基づき、臨時的に支払われた労働報酬は別途計算された労働報酬が基準となる；フレックス労働時間に関する協定に従って使用された労働報酬 (第 4 編第 23 b 条第 2 項 Wertguthaben) は、考慮されないままである。定期報酬の計算については、第 4 編第 23 a 条による労働不能の開始直前 12 カ月間に保険料計算の基礎とされた臨時に支払われた労働報酬の 360 分の 1 が、第 1 文から第 5 文までにより計算された労働報酬に加算される。

(3) 労務遂行や労働報酬が継続的に行われなかった場合、傷病手当金の支払及び計算のための傷病手当金が報酬代替機能を満たすことを保証する異なる規定を規定することができる。

(4) 船員に関しては、第 233 条第 1 項による保険料納付義務のある収入が定期報酬と見なされる。被用者ではない加入者については、労務不能となる直前に事業所得からの保険料の算定の基準となった 1 日当たりの金額が定期報酬と見なされる。芸術家社会保険法による加入者については、労務不能の開始直前の 12 カ月間の保険料算定の基礎となった事業所得から定期報酬は計算されなければならない；その際、1 日にはこの額の 360 分の 1 が当てられなければならない。360 という数は、芸術家社会保険法による保険加入義務が存在しなかったか、第 234 条第 1 項第 3 文により事業所得が基礎とされた日数だけ減算される。第 226 条第 1 項第 1 文第 2 号及び第 3 号による額は、考慮されないままである。

(5) (削除)

(6) 定期報酬は、保険料算定報酬限度日額までが考慮に入れられる。

第 47 a 条 傷病手当金移行規定

(1) 2000 年 6 月 21 日に発生し、2000 年 6 月 21 日また疑う余地なく決定されていない傷病手当金の請求権については、2000 年 6 月 22 日以降適用されている版における第 47 条が 1996 年 12 月 31 日後の期間に準用されなければならない。

(2) 2000 年 6 月 22 日前に既に疑う余地なく決定されている請求権については、第 1 項による引き上げは、2000 年 6 月 22 日から給付期間の未までの期間にのみ行われる。2000 年 6 月 22 日前に疑う余地のなくなった傷病手当金に対する請求権に関する決定は、第 10 編第 44 条第 1 項により取り消されなければならない。

(3) 第 266 条第 2 項第 3 文とは異なり、第 1 項及び第 2 項第 1 文による疾病金庫の支出は 2000 年 12 月 31 日までの期間、規格化された給付支出の算出の際には考慮に入れられない。第 266 条第 2 項第 2 文による所要保険料は、第 1 文による支出だけ引き上げられる。

第 47 b 条 失業手当、生計手当、操短手当または冬期休業手当受給者の場合の傷病手当金の額及び計算

(1) 第 5 条第 1 項第 2 号による被保険者のための傷病手当金は、被保険者が最後に受給していた失業手当または生計手当の額で与えられる。傷病手当金は労務不能の第 1 日目から与えられる。

(2) 傷病手当の受給期間中に失業手当または生計手当の請求の基準となる被保険者の状況が変化した場合、被保険者の申し出により、病気がなくなったとした場合に、被保険者が失業手当または生計手当として受けるであろう額が与えられなければならない。10%未満の傷病手当金の引き上げしかもたらさない変化は、考慮に入れられない。

(3) 操短手当または冬期休業手当の受給中に疾病により労務不能となった被保険者については、労務不能の開始直前に待っていた規則的な労働報酬 (定額報酬) により傷病手当は計算される。

(4) 第 3 編による操短手当または冬期休業手当の受給の前記条件を企業において満たす前に疾病により労務不能となった被保険者については、疾病の際における労働報酬の継続支払いに対する請求権が存在する限り、労働報酬の他に傷病手当として労務不能であった場合に被保険者が得るだろう操短手当または冬期休業手当の額が与えられる。使用者は傷病手当金を無料で計算し、支払われなければならない。被用者は必要な報告を行わなければならない。

1. 公的年金保険からの稼働能力の完全なる低下のための年金、稼働不能年金または老齢のための満額年金、
 2. 官更法上の規定または原則により支払われる退職年金、
 3. 第5条第3項による早期退職年金、
 4. 外国の公的年金保険者または国の機関から支払われる場合、その性格上、第1号及び第2号に挙げられた給付と同等である給付、
 5. 専ら統一条約第3条に挙げられた地域に適用される取り決めにより支払われる場合、その性格上、第1号及び第2号に挙げられた給付と同等である給付、
- これらの給付の開始から、傷病手当金に対する請求権を失う；これらの給付の開始後、新たな傷病手当金の請求権は発生しない。第1文に挙げられた給付の開始後も傷病手当金が支払われ、その額が給付金額を上回る場合、疾病金庫は被保険者を超過額の返還を求めない。第4号の場合、傷病手当金の超過支払額はそこに挙げられた給付額まで実施機関または国の機関の前払い金と見なされる；これは返還しななければならない。第1文に挙げられた給付のひとつがもはや支払われない場合に、被保険者が新たな労務不能の開始時に傷病手当金に対する請求権を有する保険に加入している時は、傷病手当金に対する請求権が発生する。
- (2) 傷病手当金は、次の給付が労務不能または入院治療の開始後の時点から認められた場合、その支払額だけ減額される。
 1. 老齢年金、稼働能力の低下のための年金、または農民老齢扶助からの農地移譲年金
 2. 部分的な稼働能力の低下のための年金、または公的年金保険からの職業不能年金または老齢のための部分年金、
 3. 鉱山労働者調整給付若しくは鉱夫年金または
 4. 外国で社会保険実施機関または国の機関から支払われた同等の給付、
 5. 専ら統一条約第3条に挙げられた地域に適用される取り決めにより支払われる場合、その性格上、第1号から第3号までに挙げられた給付と同等である給付、

第51条 傷病手当金の休止、参加のための給付に対する申請

- (1) 医師による診断の結果、その稼働能力が相当損なわれているか、低下している被保険者に、被保険者がこの期間内に医療上のリハビリ及び労働生活への参加のための給付に対する申請を提出しなければならぬ10週間の期限を疾病金庫は定め、この被保険者の住所または居所が外国にある場合、疾病金庫は被保険者に、被保険者がこの期間内に国内に所在地を有する給付実施機関に対し医療上のリハビリ及び労働生活への参加のための給付の申請を提出するか、国内に所在地を有する公的年金保険者に対し稼働能力の完全なる低下のための年金に対する申請を提出しなければならぬ10週間の期間を定めることができる。
- (2) 被保険者が満65歳に達した際、通常老齢年金または農業者老齢保障からの老齢年金受給の条件を満たしている場合、疾病金庫は被保険者に、その期間内にこれらの給付に対する申請を提出しなければならぬ10週間の期間を定めることができる。
- (3) 被保険者が期限内に申請をしなければならぬ場合、傷病手当金に対する請求権はこの期限の経過とともに失効する。申請が事後になされた場合、傷病手当金に対する請求権は申請の日をもって再び効力を発する。

第3款 給付制限

第52条 自己過失の場合の給付制限

- (1) 被保険者が犯罪的に若しくは自ら犯した犯罪によりまたは計画的違反行為により疾病にかかった場合、疾病金庫は適当な額の給付費用を自己負担させ、その疾病の期間中、傷病手当金の支払いを全額または一部拒否したり、返還を求めたりすることができる。
- (2) 加入者が例えば、整形手術、入れ歯またはピアスのような医学的に必要性のない措置により疾病を招いた場合、疾病金庫は加入者を適切な額で費用を負担させ、この治療期間中、傷病手当金を全てまたは一部、拒否する

か、返還請求しなければならぬ。

第52a条 給付の除外

第5条第1項第13号による保険においてまたはこの保険に基づき第10条による保険において給付を濫用するため、人が本法典の適用地域に赴く場合、給付に対する請求権は存在しない。実施についての詳細は、疾病金庫がその規約に定める。

第6節 自己負担、保険料払戻

第53条 選択保険料表

- (1) 疾病金庫はその規約に、被保険者はそれぞれ1暦年間、疾病金庫が負担する費用の一部を引き受けることができる（免責）、と規定することができる。疾病金庫はこれらの被保険者について報奨金支払を規定することができる。
- (2) 疾病金庫はその規約に、1年間に3カ月以上加入して加入被保険者について、被保険者及び第10条によりともにも保険の対象となるその家族が疾病金庫の負担となる給付をその1年間に請求しなかつた場合、報奨金支払を規定することができる。報奨金支払は、それぞれ1暦年に支払われた保険料の12分の1を超えてはならず、その暦年の経過後、1年以内に被保険者に支払われる。第23条第2項及び第24条から第24b条までによる給付並びに満18歳に達していない加入者のための給付を除き、第3項及び第4項に挙げられた給付は、考慮に入れられないままである。
- (3) 疾病金庫はその規約に、第63条、第78b条、第78c条、第197f条または第140a条による特別な診療形態に参加する加入者について、保険料表が提供されることができ、これらの加入者については、疾病金庫は報奨金支払または自己負担の軽減を規定することができる。
- (4) 疾病金庫はその規約に、被保険者は本人及び第10条によりともにも保険の対象となる家族について費用償還のための保険料表を選択する、と規定することができる。疾病金庫は費用償還額を変えられることができ、その代わりに加入者による特別な報奨金支払を規定することができる。第13条第1項第2文から第4文までは適用されない。
- (5) 疾病金庫はその規約に、第34条第1項第1文により診療から除外されている特別な療育方針の医薬品について費用の引受を規定することができる、その代わりに加入者による特別な報奨金支払を規定することができる。
- (6) (「疾病金庫はその規約に、第44条第2項第2号及び第3号並びに第46条第2文に挙げられた被保険者について、第46条第1文に従ってまたはより遅い時点で、第46条第2文に挙げられた加入者については、芸術家社会保険法により、ただし、遅くとも労務不能の第3週目の開始とともに、傷病手当金に対する請求権を発生させる保険料表を提供しなければならぬ。疾病金庫はこのため、給付拡大に従って、被保険者の報奨金支払を規定しなければならぬ。 (2009年1月1日施行) 」)
- (7) (「疾病金庫はその規約に、その疾病金庫が本編の規定による給付の範囲を制限する一定の被保険者集団について、給付制限に相応しい報奨金支払を規定することができる。 (2009年1月1日施行) 」)
- (8) 第3項による保険料表を除き、選択保険料表についての最低抑束期間は、3年である。第175条第4項とは異なり、被保険者は早くとも3年の最低抑束期間の経過した時に解約告知することができる。規約には、保険料表について、特に過剰となるケースにおける特別の解約告知権を規定しなければならぬ。加入者への報奨金支払は、被保険者により暦年間に負担された保険料の20%まで、第242条による保険料支払を含め、ひとつまたは複数の保険料表については第6編第106条並びに第257条第1項第1文による保険料補助を除き、被保険者により暦年間に負担された保険料の30%、ただし600ユーロを超えない額、第242条による保険料支払を含め、ひとつまたは複数の保険料表の場合は年に900ユーロである。第4文は、第14条による一部費用償還を選択した加入者については、適用されない。その保険料が全て第三者により負担される被保険者は、第3項による保険料表のみを選択できる。