

(9) 各選択保険料表についての費用は、これらの対策により得られる節税及び効率性の向上から、賄われなければならない。疾病金額は規則的に、少なくとも3年毎にこれらの節税に関し担当監督官庁に対し説明しなければならない。

第54条 (削除)

第7節 義歯

第55条 給付請求

(1) 加入者は第7文から第7文までにおける基準により、医学的に必要とされるクラウン及びSuprakonstruktionを含む義歯診療(歯科医師及び歯科技工士による給付)の際、義歯診療が必要で計画された治療が第135条第1項により認められる方法に相応しい場合について、所見書の補助金に対する請求権を有する。定期補助料は、第57条第6文及び第2項第6文及び第7文により各々の通常診療について定められた額の50%を包括する。歯の健康維持に対する自助努力に対し、第2文による定期補助料は、20%引き上げられる。加入者の歯の状態が規則的な手入れが認められなければ、治療開始前の直近5年間に、加入者が

1. 第22条第1項による健診を半年ごとに受けていないで、
2. 満18歳に達した後、少なくとも毎年1回、歯科医師の検査を受けていない場合、補助料が行われない。

第2文による定期補助料は、加入者が規則的に歯の手入れをしており、治療開始前の直近10年間に、早くして1989年1月1日以降、第4文第1号及び第2号による健診を中断なく請求している場合、さらに10%引き上げられる。第2項の場合においてはこの限りでない。1978年12月31日より後に生まれた加入者については、1997年及び1998年について歯の健康維持への自己努力の証明が行われたものと見なされる。

(2) 義歯診療の際、さもないと加入者に過重な負担となる場合、通常診療給付に実際に生じる費用額に合わせて、ただし、最高でも実際に生じた費用の額を限度として、第1項第2文による定期補助料に加え、それぞれ同じ額を規制して定めなければならない；過重な負担となる被保険者が第4項または第5項により通常診療を超える同じ種類または違う種類の義歯を選択する場合、疾病金額は、2倍の定期補助料のみを行う。次の場合、過重な負担となる。

1. 被保険者の生計への税込収入月額が第4編第18条による平均報酬月額40%を超えない場合、
2. 被保険者が第12編によるまたは連邦戦争犠牲者優待法による戦争犠牲者優待法による戦争犠牲者優待法における生計援助、必要性に応じた基礎保障の法律による給付、第2編による生計を確保するための給付、連邦教育助成法または第3編による教育助成を受けられる場合、または
3. ホームまたは同様の施設における入所費が社会扶助または戦争犠牲者優待の実施機関から提供される場合。

同一世帯に生活する他の家族及び生活パートナーの家族の収入も被保険者の生計への収入と見なされる。連邦戦争犠牲者優待法または連邦戦争犠牲者優待法を準用する他の法律により負傷者が受ける基本年金、並びに肉体的健康に受けられた損害について連邦損害賠償法により支払われた年金または援助は、連邦戦争犠牲者優待法による被保険者の第一世帯の収入とはならない。第2文第1号に挙げられたものは、同一世帯内に生活する被保険者の第一世帯の家族については15%、同一世帯内に生活する被保険者及び生活パートナーのその他の家族については第IV法第18条による平均報酬額の10%だけ引き上げられる。

(3) 被保険者は、義歯診療の際、第1項第2文による定期補助料に加え、追加額に対する請求権を有する。疾病金額は被保険者に、第1項第2文による定期補助料が、生計への税込収入及び第2項第2文第1号による2倍の定期補助料を提供するのに基準となる収入限度との間の差額の3倍を超える額を償還する。費用負担は最高でも第1項第2文による定期補助料の2倍の額、ただし、実際に生じた費用を限度とする。

(4) 被保険者が第56条第2項による通常診療を超える同じ種類の義歯を選択した場合、被保険者は第56条第2項第10文にリストアップされた給付に対する超過費用を自ら負担しなければならない。

(5) 第56条第2項による通常診療とは異なる別種類の診療が行われる場合には、疾病金額は第1項第2文から第7文まで、第2項及び第3項により許可された定期補助料を返済しなければならない。

第56条 通常診療の決定

(1) 連邦共同委員会は、2004年6月30日までを始めとして、第55条による定期補助料が与えられる所見を指針に定め、補綴による通常診療に分類する。

(2) 所見の決定は国際的に認められた欠損歯の分類基準をもとに行われる。歯科補綴による通常診療は各所見に分類される。歯科補綴による通常診療は、第1文にいう所見の際、一般的に認められた歯科医学の水準により、クラウン及びスーパーストラクション(Suprakonstruktion)を含む十分で、目的に合ったかつ経済的な義歯診療に属する歯科医療上、必要な歯科医による給付と歯科技工士による給付に別つたものでなければならない。通常診療の所見への分類の際、特に機能期間、堅固性及び噛み合わせ(Gegenbeziehung)が考慮に入れられなければならない。少なくとも小さな欠損歯の4欠損歯までの代替に、奥歯の分野毎に3欠損歯までに限定される。組み合わせ診療の場合、通常診療は、片方の顎毎に2連続構成要素まで、片方の顎毎に最高で3歯しか残っていない被保険者の場合、片方の顎毎に3連続構成要素までに限定される。通常診療には、上顎部では歯を含め5つまでの外装(義歯の)、下顎部では歯を含め4つまでの外装(Verblendung)が含まれる。所見調査、計画、残歯の措置、重大な咬合障害及び治療を含む義歯の作成及び組み込みのためのあらゆる措置並びに義歯の使用教育が、通常診療の決定に取り入れられなければならない。歯科医師による給付について及び歯科技工士による給付についての通常診療の決定の際、それぞれ、第87条第2項及び第88条第1項による個別給付には別々にリストが作られなければならない。通常診療の内容及び報酬は、適切な期間を置いて再検査されなければならない。歯科医師の発展に合わせなければならない。連邦共同委員会は、第5文から第8文までの基準から離れることができ、給付説明を続けて詳細に説明することができる。

(3) 第2項による連邦共同委員会の決定前に、ドイツ歯科技工士同業組合連合会に、意見表明の機会が与えられなければならない；意見表明は、歯科技工給付に関する通常診療の決定に取り入れられなければならない。

(4) 連邦共同委員会はそれぞれ毎年11月30日までに、所見、第2項第10文によりリストが作られた歯科医師による給付及び歯科技工給付を含めた分類された通常診療並びに第55条第1項第2文、第3文及び第5文並びに第2項による等級付けにおいて第57条第1項第6文及び第7文により通常診療に割り当てられた額を連邦官報に公示しなければならない。

(5) 第94条第1項第2文は、異議申し立て期間はひと月とするという条件で適用される。連邦保健省が第94条第1項第5文による指針を発令する場合、第87条第6項第4文後半及び第6文が準用される。

第57条 歯科医及び歯科技工士との関係

(1) 疾病金額中央団体連盟及び連邦保険医協会は、毎年9月30日までに翌年について、2005年については2004年9月30日までを初めとして、第56条第2項第2文による通常診療の際の歯科医による給付についての報酬を協定する。最初の協定については、第1文による契約相手は被保険者数によりラング付したクラウンを含め、義歯の際の歯科医による給付については2004年の全国統一平均点数単価を調査する。2004年についての点数単価が2004年6月30日までに団体契約の当事者により協定されない限り、2003年の点数単価は2004年についての第71条第3項により基準となる疾病金額の全被保険者の保険料納付義務のある収入の被保険者は2004年について平均率を適用して、全連邦地域について定められる。2005年については、第2文及び第3文による平均点数単価は、2005年については第71条第3項により基準となる疾病金額の全被保険者の保険料納付義務のある収入の被保険者1人当たりの平均率を適用して、全連邦地域について定められる。第1文による額は、それぞれ第56条第2項第10文によりリストが作られた歯科医による給付の合計点数にそれぞれ協定された点数単価をかけて得られる。第1文による契約相手は、連邦共同委員会に第6文による額に関する情報を提供し、第89条第4項は、第89条第1項及び

第1a項も準用するという条件で適用される。第89条第1項第1文及び第3文並びに第1a項第2文による決定期間は、第2文から第4文までによる決定については2カ月である。

(2) 疾病金庫州連合会及び補充金庫は共同で統一的に、歯科技工士同業組合の同業団体と2005年については2004年9月30日を初めとして毎年9月30日まで、第56条第2項第2文により各年について調査される連邦統一平均価格を5%まで下回るか上回ることができる。このため、疾病金庫中央団体連盟と歯科技工士同業組合の団体平均価格を5%より評価されたクラウン及びスーパーコンストラクションを含む義歯の場合の歯科技工給付については、加入者数により評価されたクラウン及びスーパーコンストラクションを含む義歯の場合の歯科技工給付については、2004年の連邦統一平均価格を調査する。2004年についての価格が協定されない場合、2004年について第71条第3項により基準となる被保険者1人当たりの疾病金庫の全被保険者の保険料納付義務のある収入の平均単価を適用して、2003年の価格が全連邦地域について定められる。その翌年以降については、第71条第3項から第3項までが適用される。歯科医により行われない通常診療の場合の歯科技工給付については、第55条第1項第1項から第3項までが適用される。歯科医により行われない通常診療の場合の歯科技工給付については、第55条第1項第1項から第3項までによる連邦統一価格の合計として得られる。第6文によりリストが作られた歯科技工給付について第2文から第5文までによる連邦統一価格の合計として得られる。第6文による額は、歯科医が行う歯科技工給付について5%だけ減額される。第2文による契約相手は、通常診療の場合の歯科技工給付について額に関する情報を連邦共同委員会に提供する。第89条第7項は、第89条第1項第1文及び第3文並びに第1a項第2文による決定期間は第2文から第4文までによる決定についてそれぞれ1カ月とするという条件で適用される。

第58条 (削除)

第59条 (削除)

第8節 移送費

第60条 移送費

(1) 疾病金庫は第2項及び第3項により、やむを得ぬ医療上の理由から疾病金庫による給付との関連で必要不可欠となる場合、第133条(移送費)による輸送も含めた移送のための費用を負担する。どのような交通手段が使用できるかについては、個々のケースで医療上の必要性によって決められる。疾病金庫は通院治療への交通費を、第61条第1文により生じる額を控除して、連邦共同委員会が第92条第1項第2文第12号による指針に定めた特別な例外的ケースにおける事前の承認によってのみ引き受ける

(2) 疾病金庫が1回につき第61条第1文により生じる額を超える額の移送費を負担するのは、

1. 入院により行われる給付の際、やむを得ぬ医療上の理由により必要な場合または疾病金庫の同意を得て行われた住所他に近い病院への転院の場合のみ、他の病院への移送の際、これは適用される。
2. 入院医療が必要でない場合でも病院に緊急輸送された際。
3. 輸送中に専門的ケアや救急車の特殊設備を必要とするか、加入者の状態により輸送が望ましいその他の輸送(患者移送)の際。

1. それにより加入者自身に指示された完全入院または部分入院(第39条)が回避または短縮されるか、それが実行できない場合、入院治療の際におけるように、通院治療及び第115a条または115b条による治療のために行う加入者の通院の際。

第1文による移送が緊急サービスにより実施される限り、疾病金庫は移送毎に第61条第1文により生じる額の自己負担を加入者から徴収する。

(3) 移送費として認められるのは、

1. 公共の交通機関利用の場合は利用可能な料金割引制度を適用した後の交通料金。
2. 公共の交通機関が利用できず、タクシヤーやハイヤー利用の場合は第133条により請求できる金額。
3. 公共の交通機関及びタクシヤーやハイヤーが利用できず、患者輸送車または救急車を利用した場合第133条により請求可能な金額。

4. 自家用車を利用する際、1km毎に連邦旅費法をもとに定められた距離補償についての最高額、しかし最高で第1号から第3号までにより必要となる輸送機関利用の際に生ずると考えられる費用を限度とする。

(4) 国内への帰りの移送費を支払われない。第18条は、なおその効力を有する。

(5) 医学的リハビリのための給付との関連で、交通費及びその他の旅行費用は第9編第53条第1項から第3項までにより扱われる。

第9節 自己負担、負担限度

第61条 自己負担

加入者が支払わなければならない自己負担は、提供価格の10%とするが、ただし最低5ユーロ、最高10ユーロとする；もちろんその価格を超えてはならない。入所措置への自己負担として、1日当たり10ユーロが徴収され、治療手段及び在宅看護の場合、自己負担は費用の10%及び1処方当たり10ユーロである。支払われた自己負担は、徴収を義務づけられた者から加入者に対し領収書が発行される；これに対する報償請求は存在しない。

第62条 負担限度

(1) 加入者は1年間に負担限度までの自己負担のみを支払わなければならない；1年以内に負担限度額に達した場合、疾病金庫は1年の残りの期間については自己負担をする必要がないことに関する証明を与えなければならない。負担限度額は、生計への税込年収の2%である；同一疾病のために長期療養中の慢性疾患患者については、負担限度額は生計への税込年収の1%である。第2文とは異なり、次の者についての負担限度は生計への税込年収の2%である。

1. 2008年1月1日以降、第25条第1項に挙げられた疾病前の健康診断を規則的に請求しなかった1972年4月

1日後に生まれた慢性疾患の加入者、

2. 第25条第2項による早期発見検査が存在する癌の1種類にかかっている及びこの検査を2008年1月1日以降、その疾患前に規則的に請求しなかった、1987年4月1日後に生まれた女性の及び1962年4月1日後に生まれた男性の慢性疾患の加入者、

その疾患について存在する疾病管理プログラムに参加する第3文第1号及び第2号による加入者については、負担限度は年間税込収入の1%である。連邦共同委員会はその指針中、どのような場合に健康診断が例外的に強制的でなく実施されなければならないかを2007年7月31日まで定める。第2文に挙げられた治療の変更なる期間中は、疾病金庫にそれぞれ遅くとも1年経過後、報告されなければならない。医師が療法に適した加入者の行動を、例えば第137f条による疾病管理プログラムへの参加により確認した場合のみ、年間証明は交付されてよい；特に第11編による介護度2及び3の要介護が存在するため、または最低でも60の障害等級の場合、第7文による前提条件を満たすことを要求できない加入者については、この限りでない。詳細は連邦共同委員会がその指針に規定する。疾病金庫は、その加入者を暦年の初めにこの暦年中に基準となる第25条第1項及び第2項による検査を指示することを義務づけられている。重度の慢性疾患の定義に関する詳細は、連邦共同委員会が第92条による指針に定める。

(2) 第1項による負担限度額の算出の際、自己負担及び加入者と生計を一にする家族及び生活パートナーの生計への税込年間収入は、それぞれ合算される。その際、年間税込収入は、同一生計に生活する1人目の家族については加入者については第4編第18条による年金保険における年間平均報酬総額の15%引き下げられ、生計を一にするその他の家族については10%引き下げられる。加入者及び生活パートナーの子どもも1人については、年収込収入は所得税法第32条第6項第1文及び第2文(訳者注：児童控除)により生じる額だけ減額されなければならない。

(4) 第2項によるモデル事業の対象は、疾病保険の給付としての適性に関し、第91条による連邦共同委員会が第92条第1項第2文第5号による議決の範囲内または第137c条第2項による委員会が第137c条第1項による議決の範囲内で異なる決定を行っていない給付のみである。生命医学研究並びに医薬品及び医療品の開発及び試験のための研究問題は、モデル事業の対象とはならない。

(5) モデル事業の手筈を定めるための目標、期間、種類及び一般的な基準並びに加入者の参加条件は、規約に定めなければならない。モデル事業は通常、最長でも8年間に期間を限定される。第64条第1項による契約は契約当事者を監督する官庁に提出されなければならない。本編第10章の規定に反することができ第1項によるモデル事業は、最長でも5年に期間が限定されなければならない；本編第10章の規定に反して集計、処理または利用された個人データは、モデル事業の終了後、遅滞なく消去されなければならない。本編第10章の規定に反する第1項によるモデル事業に関し、データ保護のための連邦委員またはデータ保護のための州委員は、担当する限り、モデル事業の開始前、適時に知らされなければならない。

(6) 保険医協会もその法律に基づく責務の範囲内で、第1項及び第2項によるモデル事業を疾病金庫またはその団体と協定することができる。本節の規定が準用される。

第64条 給付提供者との協定

(1) 疾病金庫及びその団体は、公的医療保険における許可を受けた給付提供者または給付提供者の団体と、第63条第1項または第2項によるモデル事業の実施に関する協定を締結できる。医師による治療が保険医療の範囲内で行われる限り、疾病金庫及びその団体は、各保険医、これらの給付提供者の団体または保険医協会のみと、第63条第1項または第2項によるモデル事業の実施に関する協定を締結できる。

(2) (削除)

(3) 第63条第1項によるモデル事業において、第85条及び第85a条によりこれらの給付に適用される報酬、第84条による支出量または病院予算の範囲外で給付に対する報酬が支払われる場合、これらの給付に対する支出が含まれる報酬、支出量または予算または予算は、全加入者数と比較してモデル事業に参加する加入者数及びリスク構造に従って減額されなければならない；参加する病院の予算は、より少ない給付範囲に合わせなければならない。第1文による報酬、支出量及び予算の減額に関する当該契約当事者の合意が成立しない場合、第1項による協定の契約当事者である疾病金庫またはその団体も、第89条による仲裁機関または病院財政法第18a条第1項による仲裁機関に仲裁を求めることができる。病院財政法第18a条第2項により入院減価率協定に参加する全疾病金庫が共同で、連邦入院院減価率令第12条または病院報酬法第3条または第4条による予算で病院の全報酬が支払われる被保険者のための給付を把握するモデル事業を協定する場合、協定される報酬は病院の全利用者に一律に算定されなければならない。

(4) 第1項第1文による契約相手は、加入者による調整されない保険医の重複受診を回避するためのモデル事業を実施することができる。加入者から四半期に最初を受診されもせず、転院説明によりセカンドオピニオンを問うたにも受診されない保険医は、請求された給付を費用償還により請求するようこの加入者に要求できる。と契約相手は規定することができる。

第65条 モデル事業の評価

疾病金庫またはその団体は、第63条第1項または第2項によるモデル事業の目標の達成に関し、モデル事業の科学的裏付け及び評価を一般的に認められた学術水準により行うよう指示しなければならない。評価結果に関する中立的立場の専門家を作成した報告書は公表されなければならない。

第65a条 健康を意識した行動へのボーナス

(1) 疾病金庫は、第25条及び第26条による疾病の早期発見のための給付または第1次予防のための質を保証された疾病金庫の給付を規則的に請求する加入者が、どのような前提条件のもとで、第62条第1項第2文に挙げられた引下げられた負担程度に追加して与えられるべきボーナスへの請求権を有するかを、その規則に定めるこ

らない；第2文により負担程度の調査の際、規定された考慮は行われない。障害者が連邦戦争犠牲者優遇法または戦争犠牲者優遇法を準用する他の法律により受ける基本年金並びに連邦損害賠償法により身体及び健康被害について支払われる年金または扶助は、比較可能な連邦戦争犠牲者優遇法による基本年金額または生計への収入には含まれない。第1文から第3文までとは異なり、次の加入者においては、

1. 第12編による生計への援助または高齢期または稼働能力低下の際の需要に応じた基礎保証または連邦戦争犠牲者優遇法若しくは連邦戦争犠牲者優遇法を適用可能と認められた法律による生計への補充的援助を受け、かつ、
2. ホーモまたは同様の施設における宿泊の費用が、社会扶助または戦争犠牲者優遇法の担当機関から負担される並びに第264条に挙げられた適用範囲の者については、全需要共同事業体のための生計への税込収入として社会扶助法第22条の実施に関する命令（基準額）による世帯主の基準額のみが基準となる。第2編による生計確保のための給付を受ける加入者においては、第1文から第3文までとは異なり、全需要共同事業体についての生計への税込収入として、第2編第20条第2項による通常給付のみが基準となる。

(3) 疾病金庫は加入者に第1項による免除に関する証明を発行する。証明には、加入者または他の者の者の収入に関する記述を含んではならない。

(4) 義歯診療の際、2003年12月31日に適用されている版における第61条第1項第2号、第2項から第5項まで及び第62条第1a項は2004年12月31日まで継続適用する。

(5) 疾病金庫の中央団体は、2006年12月31日、その抑止効果に関し自己負担義務の例外規定を評価し、連邦保健省を通じてドイツ連邦議会に遅くとも2007年6月30日までに報告書を出す。

第62a条 (削除)

第10節 診療の更なる発展

第63条 原則

(1) 疾病金庫及びその団体は、医療の質及び経済性を改善するための法律による責務の範囲内で、給付提供の方法、組織形態、財源調達形態及び報酬支払形態をさらに発展させるためのモデル事業を実施するか、第64条により協定することができる。

(2) 疾病金庫は、本編の規定によりまたは本編の規定により定められた規則に基づく疾病保険の給付ではない、疾病予防、早期発見及び病状治療のための給付にかかるモデル事業を実施するか、第64条により協定することができる。

(3) 第1項によるモデル事業の協定及び実施の際、本編第4章及び第19章の規定並びに、モデル事業にとって必要な限り、病院財政法、病院報酬法の規定及びこれらの規定により行われた規則に反することができる；保険料率の安定原則が準用される。特に、モデル事業により生じる追加費用がモデル事業に規定された措置に基づき証明されるべき節約額により調整される場合については、この原則に抵触しない。第2文による節約額は、追加費用を上回る限り、モデル事業に参加する加入者にも還元できる。第1文は、第284条第1項第5文に反してはならないという条件で適用される。

(3a) 本編第10章の規定に反することができる第1項によるモデル事業の対象は、個人データの集計、処理及び利用の権限の拡大を含め、特に情報技術上及び組織上のデータ利用の改善である。文書による加入者の同意によってのみ及び、モデル事業の目標を達成するために必要な範囲においてのみ、個人データの集計、処理及び利用に関する本編第10章の規定に反することができる。加入者は文書による同意の授与前に、どれ位モデル事業が本編第10章の規定に反している、どのような理由からこの逸脱が必要かに関し、知らされなければならない。加入者の同意は、その個人データの集計、処理及び利用の目的、内容、種類、範囲及び期間並びに参加する者に及ぼされなければならない；同意は取り消すことができる。第291条に反する疾病保険加入者カテゴリーの拡張は、追加データが情報技術上、第291条第2項に挙げられたデータから区分されている場合のみ、許される。持ち運びできる個人の記憶媒体及び処理媒体の投入の際、連邦データ保護法第6c条が準用される。

法律関係についてはこのほか、本章による関係者のその他の責務と義務及び第70条の事業と一致する限り、民法典の規定が準用される。これらの法律関係により第三者の権利が関係する限り、第1文から第3文までが適用される。

第70条 品質、人間性及び経済性

- (1) 疾病金庫と給付提供者は、需要に応じた、平等な、そして一般的に認められた医学水準に相応しい診療を加入者に保証しなければならない。加入者への診療は十分かつ目的的でなければならない。必要ない限り、加入者に保証しなければならない。加入者への診療は十分かつ目的的でなければならない。必要ない限り、加入者に保証しなければならない。
- (2) 疾病金庫と給付提供者は、適切な措置により、加入者に対する人間に相応しい治療を目指さなければならない。

第71条 保険料率の安定

- (1) 疾病金庫と給付提供者の側における契約相手は、必要な医療が合理化によっても保証できないのではない限り、本法典に基づく報酬に関する協定は保険料の引き上げが行われないように構成されなければならない（保険料率安定の原則）。法律に規定された予防対策及び早期発見対策または許可された治療プログラム（第137g条）の範囲内において第266条第7項による法規命令の要件に基づき実施された追加給付のための支出の上昇は、保険料率の安定原則を損なわない。
- (2) 第1項第1文の前半による基準に適合するため、それぞれの報酬の協定された伸び率は、全連邦地域に伸び率を適用した場合に得られる報酬の伸びを上回ってはならない。第1文とは異なり、それと結びついた超過支出が、契約上、保証されているか、既に得られた他の給付分野における節約により調整される場合、第1文とは異なり、超過は認められる。統一契約第1条第1項に挙げられた州の地域内における伸び率がその他の連邦地域の伸び率を上回る場合、第1文とは異なり、それぞれこれらの伸び率が適用されなければならない。

- (3) 連邦保健省は毎年9月15日までに、それぞれ翌年の報酬協定について、連邦地域全体、統一契約第1条第1項に挙げられた地域及びその他の地域に分けて、前年の後半及び前年の前半の全期間について、前年の相応する期間に対する第1項及び第2項により適用されるべき疾病金庫の全被保険者における被保険者1人当たりの保険料の算定対象となる収入の平均伸び率（第267条第1項第2号）を確定する。基礎となるのは疾病金庫の四半期の決算結果（KV45）である。確定は官報に公示することにより告知される。1998年後半及び1999年前半の全期間における対前年伸び率は、2000年の協定について適用され、2000年1月4日に官報に公示される。
- (3a) 第3項と異なり、2006年については、連邦保健省から確定された伸び率の代わりに、0.63%の率が適用される。2007年については、第3項に規定された被保険者1人当たりの伸び率とは異なり、連邦保健省が2006年9月15日までに確定し、連邦官報における公表により公示された加入者1人当たりの伸び率が適用される。第1文及び第2文は、病院財政法及び連邦入院診療費令による入院給付の報酬について並びに第4項による疾病金庫の管理支出の制限についてのみ適用される。
- (4) 第57条第1項及び第2項、第83条並びに第85条、第125条及び第127条による給付報酬に関する協定は、契約当事者を担当する監督官庁に提出しなければならない。監督官庁は協定が法律に違反している場合、提出後2ヵ月以内に異議を申し立てなければならない。
- (5) 第4項第1文による協定及び第73b条、第73c条及び第140a条から第140d条までによる契約は、第4項に関わらず、それらが効力を発する州の社会保険を担当する最上級行政官庁にも提供されなければならない。

第2節 医師及び歯科医との関係

第1款 保険医診療及び保険歯科医診療の確保

第72条 保険医診療及び保険歯科医診療の確保

とができる。
(2) 疾病金庫はその規約に、使用者による企業の健康増進対策において、使用者だけでなく参加する加入者もボーナスを受けると規定することもできる。

(3) 第1項による対策についての費用は、中期的にはこれらの対策により得られる節約額及び効率的性の向上から賄われなければならない。疾病金庫は少なくとも3年ごとに、当該監督官庁に対しこれらの節約額に関する説明を行わなければならない。節約額が得られない場合、相当する診療形態に対するボーナスは与えてはならない。

第65b条 消費者相談センター及び患者相談センターの助成

(1) 疾病金庫中央団体連盟は毎年、モデル事業の範囲内において1年毎に合計5,113,000ユーロを、加入者への健康に関する情報、相談及び啓発を目標とし、疾病金庫中央団体連盟から助成可能と認められた消費者相談センターまたは患者相談センター設置のために助成する。消費者センターまたは患者相談センターの助成は、施設の中立性及び独立性に関する証明を前提とする。第63条第5項第2文及び第65条が準用される。

(2) (「第1項第1文による助成財源の財政は、疾病金庫の全被保険者に占めるその被保険者数の割合に応じた疾病金庫の賦課金により行われる。疾病金庫の被保険者数は、公的病病保険における加入者に関する統計の記入用紙KV6により、毎年7月1日に定められなければならない。助成財源の提供に関する詳細は、疾病金庫中央団体連盟が定める。(2008年7月1日施行)」)

第66条 治療ミスの際における加入者の支援

疾病金庫は、保険給付の請求の際に治療ミス（医療事故）により生じ、第10編第116条により疾病金庫に引き継がれることのない損害賠償請求権の追求の際、加入者を支援することができる。

第67条 電子化コミュニケーション

(1) 診療の質及び経済性を改善するため、給付提供者間における結びついたコミュニケーションはできるだけ速やかにかついつでもできるだけ広範囲に、施設を包括する症例毎の協力の電子化され、機械で読み取り可能な所見、診断、療法勧告及び治療報告の伝達により取り代わられなければならない。

(2) 疾病金庫及び給付提供者並びにその団体は、第1項による電子化コミュニケーションへの移行を財政的に支援すべきである。

第68条 個別の電子化保健カードの財源

医療の質及び経済性を改善するため、疾病金庫はその加入者に、第三者から提供されたサービス給付について、患者の他のデータ（電子的集計及び伝達）に財政的支援を与えることができる。詳細は規約に定めることができる。

第4章 給付提供者と疾病金庫の関係

第1節 一般原則

第69条 適用範囲

本章並びに第63条及び第64条は、第90条から第94条までによる連邦共同委員会及び州委員会の決定を含め、疾病金庫及びその団体と医師、歯科医、病院、薬局、その他の給付提供者及びその団体との法律関係を規定する。競争の制限に向けた法律第19条から第21条が準用される；その締結を疾病金庫及びその団体が法律上義務づけられており、成立しない場合仲裁機関規定が適用される疾病金庫またはその団体と給付提供者との契約については、この限りでない。疾病金庫及びその団体と病院及びその団体との法律関係は最終的に、本章、第63条及び第64条、病院財政法、病院報酬法並びにこれらにより発令された法規命令に定められる。第1文及び第2文による

- (1) 医師、歯科医、心理療士、医療士、医療センター及び労務金庫は加入者の保険医診療の確保に協力する。本章の規定が医師に關する限り、別段の規定がない限り、本章の規定は歯科医、心理療士及び医療センターに準用される。
- (2) 保険医診療は、法律による規定と連邦共同委員会の指針の範囲内で、保険医協会と疾病金庫連合会の文書による契約により、十分で、合目的で、経済的な加入者の診療が一般的に認められた医学水準を考慮に入れて保証され、また、医師による診療に適切な報酬が支払われるよう、規定される。
- (3) 地域の事情により、医師との関係がドクター・鉱山・鉄道・海員年金保険により規定されていない限り、鉱山従業員疾病保険については、第1項及び第2項が準用される。
- (4) (削除)

第72 a 条 確保義務の疾病金庫への移行

- (1) 許可地域または許可地域内の50%を超える開業保険医が、第95 b 条第1項による許可を返上するか、保険医診療を拒否し、そして監督官庁が労務金庫州連合会、補充金庫及び保険医協会の意見聴取後、それによって保険医診療がこれ以上確保することができないことを確認した場合、疾病金庫及びその団体はその限りにおいて確保義務を遂行する。
- (2) 保険医診療が依然として許可医または有資格医並びに有資格医が管理する施設において実施される時、保険医協会はその限りにおいて第1項による確保義務の遂行に協力する。
- (3) 疾病金庫が確保義務を遂行する場合、疾病金庫または疾病金庫州連合会及び補充金庫は統一かつ共同で、医師、歯科医、病院またはその他の相応しい施設と個別契約または団体契約を締結する。また、疾病金庫は第140条第2項による独自施設も設立することができる。他の保険医とは、第1項による契約を締結してはならない。
- (4) 第3項による契約は、異なる内容で締結することができる。医師または歯科医の協定報酬額は、約束された給付の内容、範囲及び頻度、拡大された保証または認められた保証あるいは質確保のための協定された方法をもとに方針を決定しなければならない。第1項による監督官庁の確定直後に第3項による契約を締結する医師には、ようやく後になってから契約を締結する医師よりも高い報酬請求権を認めることができる。
- (5) 第3項による契約が診療の確保に十分でない限り、国外に住所を有する医師及び際るべき施設とも加入者の診療契約を締結することができる。
- (6) 第3項及び第5項により加入者の診療契約を締結した医師または施設は、疾病金庫が責務を遂行するため及び保険医が契約による報酬を請求するため必要な、保険給付の実施、処方及び提供により生じる記載事項を記録し、疾病金庫に報告することを義務づけられており、権限を与えられている。

第73 条 保険医診療

- (1) 保険医診療は家庭医診療と専門医診療に分かれる。家庭医診療に特に含まれるものは次の各号である。
 1. 医師として患者の家族状況及び家族状況を知ったうえで、診断や治療において一般的かつ継続的に患者の世話をすること；治療方法、特別な治療方針の医薬品及び治療手段は除外されていない。
 2. 診断上、治療上及び看護上の措置の調整；治療法、特別な治療方針の医薬品及び治療手段は除外されていない。
 3. 特に、通院診療及び入院診療からの重要な治療データ、所見及び報告の収集、評価及び保存に関する資料整備。
 4. 予防措置及びリハビリ措置の導入または実施並びに併置措置における医師以外の者による援助と支援業務の統合。
- (1a) 家庭医診療に参加するのは、次の各号の医師（家庭医）である。
 1. 一般医。
 2. 小児科医。

3. 家庭医診療への参加を選択した専門科名を標榜しない内科医。
4. 第95 a 条第4項及び第5項第1文により医師登録簿に掲載された医師。
5. 2000年12月31日現在において家庭医診療に参加している医師。

その他の専門医は専門医診療に参加する。需要に見合った診療が保証されない場合、許可委員会は小児科医及び専門科名を標榜しない内科医のために第1文とは異なる期間を規定することができる。専門科名を標榜する小児科医は専門医診療にも参加できる。許可委員会は、本来特別の給付を実施する一級医及び専門科名を標榜しない医師の申請により専門医診療への例外的参加を許可することができる。

(1b) 家庭医は、撤回可能な加入者の書面による同意を得れば、患者のひとりり継続して治療している医師のもとで、資料整備を目的に加入者の治療データ及び所見を調べることができる。加入者を治療する給付提供者は、加入者が選択した家庭医を加入者に尋ね、撤回可能な加入者の書面による同意を得て、家庭医のもとで実行される資料整備を目的として、第1文に挙げられたデータを送信することを義務づけられている；治療に当たる給付提供者は、撤回可能な書面による加入者の同意を得て、治療に必要な家庭医及びその他の給付提供者における治療データ及び所見を調査し、その給付提供者が行う給付の目的のために処理し、利用する権限を有する。家庭医は第1文及び第2文により送信されたデータを、送付された目的のために処理し利用することができる；家庭医は、加入者を治療している給付提供者にも、撤回可能な加入者の書面による同意を得て、治療に必要なデータ及び所見を送付する権限と義務を有する。第276 条第2項第1文の後半はなおその効力を有する。家庭医を替える時は、加入者のそれぞれの家庭医は、加入者に関し蓄積した資料を加入者の了解を得て、新しい家庭医に全て通知することが義務づけられている；新しい家庭医はその資料に含まれた個人的データを調査することができる。

(1c) (削除)

- (2) 保険医診療は次の各号を含む。
 1. 医師による治療。
 2. 歯科医治療及び第28 条第2項の基準による矯正歯科治療。
- 2a. 第56 条第2項に相応しい限り、クラウン及びスパー・コンストラクションを含む義歯診療。
3. 疾病の早期発見対策。
4. 妊娠と出産の際の医師による世話。
5. リハビリの医療給付の処方、負荷試験及び作業療法。
6. 医師以外の者による補助行為の指示。
7. 医薬品、包装材料、治療手段及び補装具の処方、患者輸送並びに入院治療または予防・リハビリ施設での治療。
8. 訪問看護の処方。
9. 疾病金庫またはメディカルサービス（第275 条）が法的使命を果たすために必要な、または加入者が労働報酬の継続支払いの請求に必要とする証明書発行と報告書の作成。
10. 第27 a 条及び第1項による妊娠をもたす医学的措置。
11. 第24 a 条及び第24 b 条による医師の措置。
12. 社会療法の処方。

第2号から第8号まで、第10号から第12号まで及び第9号は、これらの規定が労務不能の確定及び証明に關する限り、心理療士には適用されない。

(3) 団体契約においては、予防とリハビリのための措置が第2項による保険医診療に含まれない限り、いかなる種類の措置でも保険医診療の対象となるかが協定されなければならない。

(4) 入院治療は、加入者の外来診療の対象となるかが協定されなければならない。入院治療の必要性は処方の際、証明されなければならない。入院治療の処方では、両者に最も近く、予定された入院治療に相応しい病室が、然るべき場合には指示されなければならない。第39 条第3項による比較リストは考慮に入れられなければならない。

(3) 家庭医診療への参加は任意である。参加者は、文書によりその疾病命庫に対し、第4項による家庭医の範囲から参加者により選択された家庭医のみを利用し、眼科医及び婦人科医の給付を除き、通院による専門医治療をその紹介によってのみ利用することを義務づけられている。加入者はこの義務及びその家庭医の選択に少なくとも1年、拘束される；重大な理由が存在する場合のみ、選択した家庭医を変更してよい。加入者の参加の実施、特に選択された家庭医への拘束、紹介規則の例外及び加入者の義務違反の際の結果についての詳細は、疾病命庫がその規約に規定する。

(4) 第1項による供給の広範な確保のため、疾病命庫は単独でまたはその他の疾病命庫との協力において契約を締結しなければならない。契約は次の者と締結することができる。

1. 第73条第1a項による家庭医診療に参加する保険医の給付提供者、
2. これらの給付提供者の共同事業体、
3. 第73条第1a項による家庭医診療に参加する保険医の給付提供者を中心とした医療を提供する施設の経営者、
4. 第2号による共同事業体がそれについての権限を与えている限り、保険医協会。

契約締結に対する請求権は存在しない。供給の提供についての要件は、各輻的選択基準を公表して公に公示されなければならない。加入者の家庭医診療が第1文による契約により実施される限り、第75条第1項による確保委員は制限されていない。疾病命庫は、家庭医を中心とした医療に分類されるべき救急サービス、定額化できる費用額で、保険医協会により確保してもらうことができる。

(5) 第4項による契約においては、家庭医を中心とした医療の内容及び実施に関する詳細、特に第2項による要件のアレンジ、並びに報酬が規定されなければならない。第2項による決定の要件のアレンジ及び実現の際における保険医協会の参加は可能である。家庭医を中心とした医療の対象は、公的医療保険の給付としてその適性に関し、第91条による連邦共同委員会は第92条第1項第2文第5号による決定の範囲内で拒否する決定を行っていない。給付のみでよい。個別契約は本章の規定並びにこれらにより行われた規制と異なることを規定することができ、第106a条第3項が、医師毎及び加入者毎の合法性に基づく決算審査に関し適用される。

(6) 疾病命庫はその加入者に、適切な方法で包括的に、家庭医を中心とした医療の内容及び目標に関し並びにそれ住所地の近くに参加する家庭医に関する情報を提供しなければならない。

(7) 第83条第1項による団体契約の契約当事者は、2007年及び2008年における第85条第2項による総報酬を、それと結びついた個別契約による給付需要が、第295条第2項により保険医による給付についての統一評価基準に基づき請求される給付需要を低下させる限り、家庭医を中心とした医療に参加する加入者数並びに第4項による契約において協定された家庭医を中心とした医療の内容及び目標に準じて、訂正しなければならない。2009年1月1日以降、第85a条第3項第2文による治療需要は、家庭医を中心とした医療に参加する加入者の数及び罹患率構造並びに第4項による契約において協定された家庭医を中心とした医療の内容及び目標に準じて訂正されなければならない。第1文による総報酬または第2文による治療需要の引き下げに関する合意が成立しない場合、第4項による契約の契約当事者である疾病命庫も第89条による仲裁機関の判断を求めることができる。訂正手続きに必要な医師毎の及び加入者毎のデータを、疾病命庫は担当団体契約当事者に伝達する。

(8) 第4項による契約相手は、第73条による家庭医診療を超え、第7項による訂正義務がない給付の費用は、第4項による契約の対策から得られた節約及び効率性の向上から期待されると協定することができる。

第73c 条 特別な医師による外来診療

(1) 疾病命庫はその加入者に、第4項による契約の締結により、医師による外来診療の保証を提供することができる。契約の対象は、加入者に関する医師による全外来診療のみならず、医師による外来診療の個別分野も含む診療委託であった。協定された診療委託の実施のための人的及び物的な質の要件については、連邦共同委員により並びに保険医診療における給付提供についての連邦基本契約に決定された要件が最低前提条件として準用される。

(2) 加入者は、加入者が文書によりその疾病命庫に対し、契約において書き換えられた診療委託の遂行のため、

(6) 保険医診療に参加する医師及び医師が管理する許可施設は、医薬品提供の際に第92条第2項による価格比較リストに留意しなければならない。保険医診療に参加する医師と医師が管理する許可施設は、処方せんでまたは電子化された処方データ上で、薬局が処方薬剤の代わりに価格の安い成分の同じ医薬品を提供することを除外することができる。価格が第35条及び第35a条による定額を上回る医薬品を医師が処方した場合、医師は加入者にその処方により生じる超過費用の負担を指摘しなければならない。

(6) 疾病の早期発見対策が入院治療から入院治療の範囲で行われる場合は、医師給付が登録医により行われるのでなければならない。保険医診療には感さない。

(7) (削除)

(8) 経済的な処方方法を確保するため、保険医協会及び連邦保険医協会並びに疾病命庫及びその団体は、それぞれの価格及び報酬を含む処方可能な給付及び受給原因に関する情報を保険医に提供しなければならない。一般的に認められた医学水準により適応症及び治療上の効果に関する指示を与えなければならない。医薬品、包帯材料及び治療手段の処方についての情報及び指示は、特に第92条第2項第3文による指示、第84条第7項第1文による枠組み基準及び第84条第1項により行われた医薬品協定をもとに行われる。情報及び指示においては、売買表示、適応症及び報酬並びに医薬品の処方にとって意義のある時に第92条第2文第6号による指針に基づく記載事項が、直接比較が可能になる方法で記載されなければならない；その代わり、適応症の範囲における加入者の診療に標準的に関与している医薬品を選択できる。1日当たりの医薬品の費用は、解剖-治療-化学分類の記載事項により記載されなければならない。連邦保健省の委託でドイツ医療記録情報研究所から発行された分類が、その時々により適用される版で適用される。概要は期日で作成されなければならない。通常は毎年、公表されなければならない。保険医は医薬品の処方について、第2文及び第3文による並びに第130d条第8項による私契約の存在に関する情報を含み、連邦保険医協会から保険医診療について許可されている電子化されたプログラムのみ利用してよい。その詳細は、第82条第1項による契約に、2006年12月31日までに協定されなければならない。

第73a 条 構造契約

保険医協会は疾病命庫州連合会及び補完命庫と第83条による契約の中で、保険医診療及び医師が処方した給付全体の質及び経済性の保証、またはこれらからの給付の内容上定義された一部の分野に対する責任を加入者が選択した家庭医または加入者が選択した家庭医及び専門医として活動する保険医の連合体（診療ネットワーク）に委託する診療構造及び報酬構造を協定できる；第71条第1項が適用される。保険医協会は第1文により定められた給付について予算を協定できる。予算には参加する保険医により実施された給付のための費用が含まれる；医薬品、包帯材料及び治療材料並びにそれ以外の給付分野に対する支出を予算責任に含めることができる。保険医による給付に対する報酬について、契約相手は第87条により行われる給付評価と異なることができる。加入者及び保険医の参加は任意である。

第73b 条 家庭医を中心とした医療

(1) 疾病命庫はその加入者に、特別な家庭医診療（家庭医を中心とした医療）を提供しなければならない。

(2) その際、家庭医を中心とした医療が、連邦共同委員会により並びに連邦基本契約に規定された第73条による家庭医診療への要件を超える特に次の要件を満たしていることが確保されなければならない：

1. 相応しい教育を受けた進捗の指導のもとで薬剤療法について構造を与えられた質グループへの家庭医の参加、
2. 家庭医診療のために開発され、根拠に基づく、実地試験された指針による治療、
3. 患者中心の対話指導、心身の基礎診療、緩和医療、一般的治療法、老人医学のような家庭医に典型的な治療問題に集中した継続教育への参加による第95d条による継続教育義務の遂行、
4. 制度内部の、家庭医診療所の特別の条件にアレンジされた、指標に守られた及び科学的に認められた質管理の導入。

契約により拘束された給付提供者及びその他の医師の給付提供者のみをその紹介に基づいてのみ利用することを義務づけることにより、第3項により義務づけられた給付提供者による特別な医師による外来診療への任意参加を表明する。加入者はこの義務に最低でも1年、拘束される。加入者の参加の実施、特に契約により拘束される給付提供者への拘束、紹介命令の解除及び加入者の義務違反の結果についての詳細は、疾病金庫がその規約に定める。

(3) 疾病金庫は、第1項によるその供給を実現するため、単独でまたはその他の疾病金庫との協力において個別契約を次の者と締結することができる。

1. 保険医の給付提供者、
2. これらの給付提供者の共同事業者、
3. 保険医の給付提供者による第1項による特別な外来診療を提供する施設の経営者、
4. 保険医協会。

契約の締結に対する請求権は存在しない。供給の提供についての要件は、客観的選択基準を公表して、公に公示されなければならない。加入者の診療が第1文による契約により実施される限り、第75条第1項による確保委託は制限される。疾病金庫は、これらの診療委託に分類される救急サービスを、定額化できる費用額と引き替えに、保険医協会により確保させることができる。

(4) 第3項による契約においては、診療委託の内容、範囲及び実施に関する詳細、特に質の要件のアレンジ、並びに報酬が規定されなければならない。公的病病保険の給付としてのその適性に関し、第92条第1項第2文第5号による規定の範囲内で、第91条による連邦共同委員会が拒否する決定を行っていない給付のみが診療委託の対象となつてよい。契約は本章の規定並びにこれらの規定により行われた規則と異なることを規定することができる。第106a条第3項が、合法性に基づき医師毎の及び加入者毎の請求の審査に関し適用される。

(5) 疾病金庫はその加入者に、第1項による特別な医師による外来診療並びにそれに参加する医師の内容及び目的に関し、適切な方法で包括的に情報を提供しなければならない。

(6) 第88条第1項による団体契約の契約当事者は第86条第2項による総報酬を、それと結びついた個別契約による給付需要が第295条第2項により保険医による給付についての統一評価基準に基づき請求される給付需要を低下させる限り、2007年及び2008年においては第3項により参加する加入者数並びに第3項による契約に協定された診療委託に従って訂正しなければならない。2009年1月1日以降、第85a条第2項第2文による治療需要は、第3項により参加する加入者の数及び罹患率構造並びに第3項による契約において協定された診療委託に従って訂正されなければならない。第1文による総報酬または第2文による治療需要の引き下げに関する合意が成立しない場合、第3項による契約の契約当事者である疾病金庫も第89条による仲裁機関の判断を求めることができる。疾病金庫は、訂正手続きに必要な医師毎の及び加入者毎のデータを担当団体契約当事者に送信する。

第73a条 特別な医薬品の処方

(1) その特別な作用方法に基づきその使用の質の向上のために、特に患者の安全性並びに治療成果に関し特別な専門知識が必要な高価な年間療法費用またはかなりのリスク可能性を有する通常の医薬品を超える医薬品（特別な医薬品）の処方、第2項による特別な医薬品治療のための医師との調整において主治医により、またはこの医師により行われる。連邦内委員会、第92条第1項第2文第6号による指針において、それぞれの医薬品についての特に作用物質、適用範囲、患者集団、質を確保された使用及び第2項による医師の責務への要件についての詳細を定める。指針においては、主治医と第2項による医師との調整についての詳細が規定されなければならない。指針においては、患者の安全性、治療の成果または経済性を保証するために必要な限り、最初の処方並びに一定期間の経過後の処方への繰り返しは第2項による医師により行われることが規定されるべきである。指針においては、第1文による特別な薬剤法のための医師との主治医の調整のための適切な期間並びにやむを得ぬ場合における第1文による事前の調整なしの処方についての詳細が規定されなければならない。

(2) 特別な薬剤法のための医師は、第1項により決定された指針の前提条件を満たす加入者診療の範囲内で活動する医師である；特別な薬剤法のための医師は、援助金の種別及び額を含む製薬産業との関係を明らかにす

る限り、疾病金庫州連合会及び補充金庫と合意の上で保険医協会により定められる。第1文後半による合意が適切な期間内に成立しないので、それにより患者診療及び経済性に關し診療についてのよりよい成果が期待される場合、疾病金庫は契約による事前の公示後、契約により特別な薬剤法のための医師の責務の引受を第1文により定められた各医師に限定することができる。疾病金庫は、第2文による契約を保険医協会に運んでも契約開始の2カ月前に報告しなければならない。第2文による契約は、それぞれ最低2年の有効性を有する暦年の開始からの発効で協定することができる。第116b条及び第117条により活動する医師をその同意を得て特別な薬剤法のための医師に定めることができる。疾病保険の医療サービスの医師は、特別な薬剤法のための医師に定めることができる。

第1項による指針が適用される医薬品は、第1項により処方されている限り、第106条による経済性の審査の際、診療の特殊性として考慮に入れられなければならない。第2項第2文及び第5文による契約の範囲内における医薬品の処方については、第1項第2文による指針の遵守はこの契約における協定により保証されなければならない。第106条による経済性審査の対象とはならない。疾病金庫は、経済性審査からの免除についての必要な記載を審査機関に伝達することを義務づけられている；第296条から第298条までが適用される。

(4) 保険医協会の担当区域において本規定に基づき規定された手続きの範囲内で診療が確保される限り、医薬品は第1項の規定により処方されなければならない；これについては前提条件は、保険医協会により2008年12月31日までに作り出されなければならない。保険医協会はその報告書に、第1項第1文による手続きが適用される時点を示す。

(5) 第1項から第4項までは、診療に準用される。

第74条 段階的再編入

医師の判定による労働不能の被保険者がそれまでの活動を一部行うことができ、活動の段階的再開により職業生活により良く復帰できることと見込まれる場合、医師は労働不能に関する証明書に可能な活動の種類と範囲を記載しなければならない。その際、然るべき場合には産業界の意見表明が、あるいは疾病金庫の同意とともにメディカルサービス（第275条）の意見表明を求めなければならない。

第75条 保証の内容と範囲

(1) 保険医協会と連邦保険医協会は、保険医診療を第79条第2項で示された範囲内で保証し、疾病金庫とその連合会に対し、保険医診療が法律と契約による必要条件に適合していることを保証しなければならない。保証は診療時間外の保険医診療（緊急サービス）も含まれるが、州法に別段の定めがない限り、救急サービスの範囲内における救急医診療は含まれない。保険医協会が主張すべき理由からその保証義務に彼らがない場合、疾病金庫は第86条または第87a条による団体契約に協定された報酬を一部支払わなければならないことである。詳細については、連邦基本契約の当事者が定める。

(2) 保険医協会と連邦保険医協会は、疾病金庫に対する保険医の権利を守らなければならない。保険医の義務の遂行を監視しなければならない。必要な場合、第81条第5項で規定される措置を用いて、保険医をその義務の遂行に向かわせなければならない。

(3) 保険医協会と連邦保険医協会は、他の方法ではその請求権の実行を保証できない限り、医療奉仕の提供に関する勤務法による規定に基づいて、無償の医師診療の請求権を持つ人々の医師診療も確保しなければならない。医師給付には、補充金庫が保険医の給付に報酬を与えるように、報酬が与えられなければならない。第1文と第2文は、一般的兵役義務遂行のための医師による検査、就業者を採用するための検査及び公法上の費用負担者に指示された産業医と保険医による検査に準用される。

(3a)（「保険医協会及び連邦保険医協会は、第314条と関連する第257条第2a項及び第315条と関連する第257条第2a項並びに保険監理法第12条第1a項による部門統一基本保険料表または第314条による部門統一標準保険料表における加入者の医師による診療も、これらの保険料表において保険の対象となる医師による給付で確保しなければならない。第30項により異なることが協定されていないか、定められていない限り、第121条によ

る登載医による給付を含め、第1文に挙げられた給付は、医師のための報酬規定または歯科医師のための報酬規定により、医師のための報酬規定の報酬表の第14項に挙げられた給付並びに医師のための報酬規定の報酬一覽の番号437による給付についての報酬は、医師のための報酬規定の報酬額の1.16倍まで、医師のための報酬規定の報酬表第A項、第E項及び第O項に挙げられた給付については報酬は、医師のための報酬規定の報酬額の1.38倍まで、医師のための報酬規定の報酬表のその他の給付についての報酬は、医師のための報酬規定の報酬額の1.8倍まで、歯科医師のための報酬規定の報酬表の給付についての報酬は、歯科医師のための報酬規定の報酬額の2倍まで算定されてよい。第115b条及び第116b条から第119条までで挙げられた給付の報酬については、これらが第1文に挙げられた加入者のためにそこに挙げられた料金表の範囲内で提供されている場合、第2文が準用される。(2007年7月1日施行)」)

(3b) (「第3a項第2文に挙げられた給付についての報酬は、統一的に民間疾病保険企業に効力を持つ民間疾病保険団体間の契約において及び官吏法上の規定により疾病、介護及び誕生の場合における費用の負担者と同意の上で、保険医協会または連邦保険医協会と第3a項第2文の基準と異なり全てまたは一部規定されう。民間疾病保険の団体については、保険報法第12条第1d項が準用される。第1文による関係者間で第3a項第2文と異なる報酬規定に同意が得られない場合、異なることを要求する関係者は第3c項による仲裁機関に判断を求めることができる。この仲裁機関は3カ月以内に、同意が得られなかった対象に同意し決定しなければならず、契約内容を定めなければならない。仲裁機関は、契約内容が

1. 十分に、目的に合っており、経済的で、かつ質が保証された第3a項第1文に挙げられた加入者の医師診療への要件に相応しく、
2. 保険医及び歯科医による分野からの同様な給付の報酬構造を考慮に入れたかつ
3. 保険医の経済的利害並びに報酬規定の第3a項に挙げられた加入者の保険料表についての報酬金の伸びへの財政的影響を適切に考慮に入れる

よう、その決定を行わなければならない。第1文による契約当事者により協定されたか、仲裁機関により定められた契約期間の経過後、報酬に関する合意が得られない場合、それまでの契約が仲裁機関の決定まで継続適用される。第3a項第1文に挙げられた加入者及び料金表については、第115b条及び第116b条に挙げられた給付についての報酬は、民間疾病保険の団体間における契約で統一的に民間疾病保険企業に効力を有し、及び官吏法上の規定による疾病、介護及び誕生の場合における費用の負担者と同意の上で、相応しい給付提供者または給付提供者を代表する団体と全てまたは一部第3a項第2文及び第3c項と異なる規定することができる；第2文が準用される。第7文による契約当事者により協定された契約有効期間の経過後、報酬に関する合意が得られない場合、それまでの契約が継続適用される。(2007年7月1日施行)」)

(3c) (「連邦保険医協会は民間疾病保険の団体と、ひとつずつ共同の仲裁機関を設立する。仲裁機関は、一方で連邦保険医協会または連邦保険歯科医協会の代表及び他方で民間疾病保険の団体及び官吏法上の規定による疾病、介護及び誕生の場合の費用の負担者の同数の代表、1名の中立議長及び2名の中立委員並びに連邦財務省及び連邦保健省の1名ずつの代表から成る。任期は4年である。議長及び中立委員並びにその代理に関しては、契約当事者は合意すべきである。合意が成立しない場合、第89条第3項第4文から第6文までが準用される。その他、第129条第9項が準用される。仲裁機関の業務執行に関する監督は、連邦財務省が行う；第129条第10項第2文が準用される。(2007年7月1日施行)」)

(4) 保険医協会と連邦保険医協会は、その治療が他の方法では保証されない限り、必要な場合は病院勤務の医師及び歯科医師の勤務時間外に勤務所内の個人医師治療も保証しなければならない。第3項第2文が準用される。

(5) 鉱山従業員が病状における医師診療が鉱山従業員組合医により確保できない限り、第1項及び第2項が準用される。

(6) 監督官庁の同意により、保険医協会と連邦保険医協会は、特に他の社会保険の保険者のために、医師診療の更なる責務を引き受けすることができる。

(7) 連邦保険医協会は、

1. その権限の範囲内で結ばれた契約の実行のために必要な指針を作成しなければならない。
2. 指針には、遅くとも2002年6月30日までに、連邦基本契約に特別な協定が与わられていない限り、保険医診療の地域を越えた実施とその他のための保険医協会の支払調整を規定しなければならない。連邦保険医協会は、保険医協会の業務運営、財政運営及び会計に関する指針も設けなければならない。
3. 保険医協会の経営、財政及び簿記に関する指針を作成しなければならない。

第1文第2号による指針は、提供された給付に使用される報酬が、給付が提供された地域の保険医協会に届くことを保証しなければならない；連邦平均清算1点単価に基づく報酬支払は許される。

(7a) 第7項第2文とは異なり、医師診療に適用される第7項第1文第2号による指針は、2009年1月1日以降、その区域において給付が提供された保険医協会（給付提供者-保険医協会）は、その区域に加入者がその住所を有する保険医協会（住所地-保険医協会）から、提供された給付についてそれぞれ給付提供者-保険医協会において適用される第87a条第2項によるユーロ-報酬規定の相応しい報酬を受けると。その際、疾病金庫中央団体連盟との了解が成立しなければならない。

(8) 保険医協会及び連邦保険医協会は適切な措置により、医師の準備期間を満たすため並びにこの開業保険医の診療所で一般医の再教育のための場が自由に得られるように、努めなければならない。

(9) 保険医協会は、妊娠係争法第13条による施設と、その要求に基づき、第24b条に記載された医師の給付を病院で実施することに關する契約を締結すること及びこれらの給付に対する報酬を、分配基準の範囲外で、保険医協会及び妊娠係争法第13条による施設またはその団体との間で協定された料金で支払うことを義務づけられている。

(10) (併列)

第76条 医師選択の自由

(1) 加入者は、保険医診療を許可された医師、医療センター、資格を与えられた医師、医師が管理し、資格を与えられたまたは第116b条により外来診療に参加する医師により管理された施設、疾病金庫の歯科診療所、第140条第2項第2文による疾病金庫の固有施設、第72a条第3項により契約上、医師による治療を義務づけられた医師及び歯科医師、通院による手術を許可された病院並びに第75条第9項による施設を自由に選択することができる。他の医師は、緊急の場合のみ、利用し得る。第140条第1項及び第2項第1文による疾病金庫の固有施設の利用は、このために結ばれた契約に依る。固有施設の数は、第140条第2項第1文の前提条件を満たす場合、契約による協定に基づき増やすことができる。

(2) 止むを得ない理由なしに最寄りの保険医診療所に携わる医師、若しくは医師が管理する施設または医療センター以外を利用した場合は、加入者は超過費用を負担しなければならない。

(3) 加入者は保険医診療に参加している医師を、四半期内では重要な理由がある場合のみ替えることができる。加入者は家庭医を選択する。医師は加入者に前もって家庭医診療（第73条）の内容及び費用を教えるなければならない；医師は家庭医診療への参加をその診療所の看板に記載しなければならない。

(3a) 第82条第1項による契約当事者は、重複受診を回避し、前に治療した医師及びその後で治療する医師間の情報交換を促進するための適切な対策を協定しなければならない。

(4) 治療を引き受けることにより、第1項に挙げられた医師または施設は、民事訴訟法の規定による加入者に対する注意義務を負う。

(5) 鉱山従業員が病状における医師及び第1項に挙げられた医師及び施設の間で自由に選択することができる。第2項から第4項までが準用される。

第2款 保険医協会及び保険歯科医協会

第77条 保険医協会及び連邦保険医協会

(1) 本編により委託された保険医診療の責務を果たすため、保険医は各州に保険医協会及び保険歯科医協会（以

- は、構成員数は50名まで引き上げることができる。連邦保険医協会の代議員総会は、60名までの構成員を有する。
- (3) 代議員総会は、特に
 1. 規約及びその他の独自の法を議決し、
 2. 理事会を監督し、
 3. 機関にとって原則的な意義のある全ての決定を行い、
 4. 予算案を確定し、
 5. 年度決算のために理事会の負担軽減に関し議決しなければならず、
 6. 理事会及びその構成員に対し、機関を代表しなければならず、
 7. 土地の獲得、譲渡または借付記入並びに建物の建設に関し、議決しなければならぬ。
- 代議員総会は全ての業務資料及び管理資料を閲覧し、審査することができる。

- (4) 保険医協会及び連邦保険医協会の理事会は、3名までの構成員からなる。理事会の構成員は、相互に代理を務める。構成員はその活動を常勤で行う。医師が常勤の理事に選出された場合、医師は限られた範囲で副業として医師活動を継続するか、その許可を中止させることができる。職務期間は6年である；再選は可能である。付随給付を含め各理事会構成員の年間報酬額は、2005年3月1日を最初として連邦官報に、毎年3月1日に概要を、そして同時に保険医及び保険歯科医の組織により別々にその時々々の連邦保険医協会の報告に公表されなければならない。理事会の構成員へその理事会活動に関連して第三者から与えられる財政的寄付の種類及び額は、代議員総会の議長及び議長代理に報告されなければならない。
- (5) 理事会は、法律またはその他の法に別段の定めがない限り、団体を管理し、法律上及び民法上及び団体を代表する。規約にまたは個々のケースにおいて理事会により、理事会の各構成員も団体を代表できると定められていることができる。
- (6) 第4編第35a条第1項第3文及び第4文、第2項、第5項第1文、第7項及び第42条第1項から第3項までが準用される。代議員総会は、その選挙の際、理事会の構成員がその時々々の業務分理について必要な専門的適性を有していることに注意しなければならない。

第79a条 組織の腐敗；委員の任命

(1) 代議員総会及び理事会の選挙の実現しないか、代議員総会または理事会が業務の遂行を拒否する限り、監督官庁自らあるいは監督官庁が任命した委員が保険医協会または連邦保険医協会の費用で、保険医協会または連邦保険医協会の責務を引き受ける。代議員総会または理事会がその団体の職務能力を危険に晒す場合、特にその団体を法律及び規則に則って運営せず、保険医協会または連邦保険医協会の解散を企てるか、財産を危険にさらす決定を企てるか、行った場合も、保険医協会の費用で、その業務は監督官庁自身または監督官庁に任命された委員によって遂行される。

(2) 監督官庁自身による業務の引き受けまたは委員の任命に先立ち、監督官庁が一定期間内に保険医協会に必要な事柄を指示する命令を行わなければならない。委員の命令に関する決定及び命令または監督官庁自身による保険医協会若しくは連邦保険医協会の責務の遂行に対する異議及び訴えは、延期効果を持たない。監督官庁または監督官庁から任命された委員は、その業務を遂行する保険医協会の機関の地位を有する。

第79b条 心理療法のための助言専門委員会

保険医協会及び連邦保険医協会においては、心理療法のための助言専門委員会が設立される。委員会は5名の心理療法士、1名の小児心理療法士、及びその保険医協会の委員の中から代議員総会が直接記名投票で選んだ同数の医師から構成される。専門委員会の委員の選挙については、心理療法士から選ばれた専門委員会の委員は許可された心理療法士でなければならないという条件で第2文は適用される。第2文とは異なり、保険医協会及び連邦保険医協会の現行被選挙期間中、心理療法士から選ばれた専門委員会の委員は、職業上の利益を代表する心理療法士の州及び連邦レベルにおける組織の提案をもとに当該監督官庁から任命される。心理療法士による診療の確保に関する重要は問題における保険医協会及び連邦保険医協会の決定の前に、委員会には意見表明の機会が与えられる。その意見表明は、決定に取り入れられる。詳細は規約に定められる。保険医協会及び連邦保険医協会の代

- 下「保険医協会」という。)を設立する。州内に会員数が1万人未満の保険医協会が複数存在する限り、これらは合併される。州内に会員数が5千人未満の保険医協会が複数存在する場合、これらは同じように合併される。
- (2) 合併されるべき保険医協会は、社会保険を担当する州の最上級行政官庁と合意の上で、必要な組織変更を実施する。保険医協会は、最長でも2006年12月31日まで、合併された保険医協会のそれまで担当地域について、第85条第1項から第3項までに従って異なる総報酬を協定し、第85条第4項に従った異なる分配基準を使用することができる。担当監督官庁と合意の上で、第88条による契約当事者は共同で、特別な理由から必要な場合、第2文に挙げられた期間の4四半期までの延長を協定できる。担当監督官庁と合意の上で、第88条による契約当事者は特別な理由からそれが必要な場合、共同で第2文に挙げられた期間の4四半期までの延長を協定できる。
- (3) 許可された医師、保険医診療の範囲内で許可された医療センターで活動する雇われた医師及び保険医診療に参加する資格を与えられた病院長は、その医師住所を管轄する保険医協会の会員である。
- (4) 保険医協会は、連邦保険医協会及び連邦保険医協会(以下「連邦保険医協会」という。)を設立する。保険医協会及び連邦保険医協会は、これらを管轄する連邦及び州の最上級官庁を、特に法制化問題において短期的に人事に關し支援する。それにより生じる費用は、保険医協会に原則として返還されなければならない；例外は、連邦及び州の予算を確定するためのその時々々の法律において定められる。
- (5) 保険医協会及び連邦保険医協会は、公法上の団体である。
- (6) 第10編第94条第1a項から第4項まで及び第97条第1項第1文から第4文までが準用される。

第77a条 サービス給付団体

(1) 保険医協会及び連邦保険医協会は、第2項に記載された責務を遂行するため、団体を設立することができる。

(2) 第1項による団体は、保険医の給付提供者に対し、次の責務を遂行することができる：

1. 公的病病保険の給付を伴う加入者の診療に関する契約の締結の際の助言、
 2. データ処理、データ確保及びデータ保護問題における助言、
 3. 保険医活動に関する一般的な経済問題における助言、
 4. 公的病病保険の給付を伴う加入者の診療に関する契約の契約当事者のための契約の締結の引受け、
 5. 診療報酬のための事務費の引受け。
- (3) 第1項による団体は、費用補償と引替でのみ活動してよい。保険医協会または連邦保険医協会の資金からの財政は、除外されている。

第78条 監督、財政及び会計制度、財産、統計

(1) 連邦保険医協会に対する監督は、連邦保健省が行い、保険医協会に対する監督は、社会保険を管轄する州の最上級行政官庁が行う。

(2) 2以上の州の地域にまたがって設立された共同保険医協会に対する監督は、当該協会が所在地を有する州の社会保険を管轄する州の最上級行政官庁が行う。監督は、関係する州の最上級行政官庁の了解を得て行われる。

(3) 監督は法律及びその他の法の順守に及ぶ。第4編第88条及び第89条が準用される。統計を含む財政及び会計制度については第4編第67条から第79条第1項及び第5項まで、第72条から第77条第1項まで、第78条並びに、第79条第1項及び第2項が、財産については第80条及び第85条を、保険医協会の財源の使用については第305b条が準用される。

第79条 組織

(1) 保険医協会及び連邦保険医協会において、自主管理組織として、自主管理組織としての代議員総会並びに常勤の理事会が設置される。

(2) 保険医協会及び連邦保険医協会の代議員総会の構成員数は、規約に定める。保険医協会の代議員総会は、30名までの構成員を有する。会員数が5000人を超える保険医協会または会員数が2000人を超える保険医協会においては、構成員数は40名まで、10000人を超える保険医協会または5000人を超える保険医協会においては

議事録の権限は、なおその効力を有する。

第79c条 家庭医療のための助言専門委員会；更なる助言専門委員会

連邦保険協会においては、家庭医療に参加する会員から成る家庭医療のための助言専門委員会が設立される。特にリハビリ医療問題のための更なる助言専門委員会を設立することができる。助言専門委員会の委員は、代議員総会が保険協会の会員の中から直接無記名投票で選ぶ。助言専門委員会及びその構成に関する詳細は規則に定める。第79b条第5文から第8文までが準用される。

第80条 選挙

(1) 保険協会の会員は、直接秘密投票により代議員総会の構成員を選出する。選挙は、提案リスト及び明確選挙提案をもとに比例選挙の原則に基づき行われる。心理療法士は第1文及び第2文に従って、代議員総会における構成員の10分の1で代表するという条件で代議員総会その構成員を選挙する。保険協会のその他の会員の割合を含め、代議員総会の構成員の選挙に関する詳細は、規則に定める。

(1a) 保険協会の議長及び副議長は、連邦保険協会の代議員総会の構成員である。保険協会の構成員は、直接秘密投票によりその中から連邦保険協会の代議員総会を構成する。第1項は準用される。

(2) 代議員総会は、直接秘密投票により次の者を選出する。

1. 代議員の中から議長及び副議長、
2. 理事会の構成員、
3. 理事会の議長及び副議長、

代議員総会の議長及び副議長は、同時に理事会の議長または副議長を兼務してはならない。

(3) 保険協会及び連邦保険協会の代議員総会の構成員は、6年毎に選出される。任期は第6暦年目の終了の期度、選挙時点とは無関係に終了する。この期間の経過後、後任者の就任までは、選出された者はその職にとどまる。

第81条 規約

(1) 規約には次の各規定を含まなければならない。

1. 協会の名称、管轄地域及び所在地、
2. 組織の構成員の構成、選挙及び職、
3. 代議員総会の議決の公開及び方法、
4. 組織及び代議員の権利及び義務、
5. 資金の調達及び管理、
6. 毎年の監査及び会計監査及び決算の検査、
7. 規約の変更、
8. 組織構成員のための補償規定、
9. 公示の方法、
10. 確保義務を果たすための保険医の義務。

規約は、監督官庁の許可を必要とする。

(2) 管理・清算事務所を設立しなければならない場合は、保険協会の規約にはこの事務所の設立及び義務に関する規定を含まなければならない。

(3) 保険協会の規約には、次の規定を含まなければならない。

1. 連邦保険協会の規約に関する契約及びその規約について定められた決議並びに地域を超えた保険医療の実施及び保険協会間の精算に関する規定は、保険協会及びその会員の拘束する。
2. 第75条第1項、第92条、第137条第1項及び第4項による指針は、保険協会及びその会員の拘束する。

(4) 保険協会の規約には、保険活動の分野での医師の継続教育についての規定、継続教育の種類及び方法並びに参加義務に関する詳細を含まなければならない。

(5) 保険協会の規約にはさらに、保険医としての義務を果たさなければならぬか、規則どおりに果たさなければならぬか、処分決定のための前提条件及び方法を規定しなければならない。第1文による処分は、違反の程度により、警告、戒告、罰金若しくは2年間までの保険医活動または許可の停止命令である。罰金の最高限度は1万ユーロまでである。予審手続き（社会裁判所法第78条）は行われない。

第81a条 保健医療制度における間違った行動を克服するための機関

(1) 保険協会及び連邦保険協会は、違反及び各保険協会または連邦保険協会の責務と関係する財源の法に反した使用または目的に反した使用を指摘するケース及び状況を究明しなければならない組織単位を設立する。保険協会及び連邦保険協会は、第10編第67c条第3項による監督権限を引き受ける。

(2) 誰でも、第1項の業務において保険協会及び連邦保険協会に頼ることができる。第1項による施設は、各職事項または全体の状況をもとに信用できると見られる場合、その指示に従う。

(3) 保険協会及び連邦保険協会は、第1項による責務を遂行するため互いにかつ疾病金庫及びその団体と協力しなければならない。

(4) 保険協会及び連邦保険協会は、審査の結果、公的疫病保険によって少なからぬ意義を有する罰すべき行動への初期の疑いが存在するだろう場合、検事に連帯なく報告しなければならない。

(5) 理事会は2005年12月31日までを初めとして、2年ごとに第1項による組織単位の仕事及び結果に関し報告しなければならない。報告は管轄監督官庁に転送されなければならない。

第83条 連邦レベルと州レベルの契約

第82条 原則

(1) 連邦保険協会は疾病金庫中央団体連盟と、連邦基本契約において団体契約の一般的内容を協定する。連邦基本契約の内容は、団体契約の構成要素である。

(2) 保険医療に参加する医師と医師が管理する施設の報酬は、疾病金庫州連合会及び補充金庫と保険協会により団体契約に規定される。その交渉は全種類の金庫が共同で行うことができる。

(3) 連邦保険協会は、連邦直轄ではない補充金庫、ドイツ鉱山・鉄道・海員年金保険、海員年金庫及び職業疾病金庫と、第83条第1文とは異なる団体契約の協定方法及び第85条第1項及び第87a条第3項とは異なる団体契約に協定された報酬の支払方法並びに第291条第2項第1号と異なる記号を協定できる。

第88条 団体契約

保険協会は、その地域を管轄する疾病金庫州連合会及び補充金庫と、その家族を含めその管轄地域に住所を有する被保険者の保険医療に関し、団体契約を締結する。保険協会による医師診療が確保される限り、第1文はドイツ鉱山・鉄道・海員年金保険に準用される；疾病金庫州連合会は、それぞれの種類の疾病金庫に効力を有する団体契約を締結する。第82条第2項第2文が準用される。

第84条 医薬品予算及び治療手段予算；基準値

(1) 疾病金庫州連合会及び補充金庫は統一的かつ共同で、並びに保険協会は、保険医による医薬品及び包材材の供給を確保するため、11月30日までそれぞれ翌年についての、医薬品協定を行う。協定には次の各号が含まれる。

1. 第31条により保険医から処方された給付についての支出額、
2. 診療目標及び経済性目標として具体的なこれらの目標の実現に向けた措置、経済的な個別数量の処方について

項による契約当事者は、年齢により区分された患者集団による基準値及びさらに疾病の種類による基準値を定めるべきである。基準値は、医薬品及び包装材料の処方に関する第106条第5a項による経済性原則により導く。基準値を超えること、そこで挙げられた前提条件のもとで第106条第5a項による経済性審査が行われる。

(7) 保険医協会及び疾病金庫中央団体連盟は、9月30日までにそれぞれ翌年について、第1項による医薬品協定の内容並びに第73条第8項による情報及び指示の内容についての枠組み基準値を協定する。枠組み基準値は保険医協会間の医薬品処方と比較し、評価しなければならぬ；その際、診療の質及び経済性における違いを指摘しなければならぬ。医薬品協定の契約当事者は、地域的な診療条件により理由づけられる限り、枠組み基準値から外れることができる。第1文による契約当事者は、第6項第1文による基準値の協定に拘束力を有する医師集団の区分及び症例関係に関する詳細を決定する。同じように契約当事者は、第6項第2文による基準値の協定に拘束力を有する患者集団の年齢による区分及び疾病の種類を決定しなければならぬ。さらに、契約当事者は第6項第1文による協定についての勧告を決定することができる。第4文による決定は、2002年1月31までに決議されなければならない。

(7a) 第7項による契約当事者は、9月30日までにそれぞれ翌年について、それぞれ第1項による協定の構成要素として、簡略する余地を開発するために意義のある処方が多い使用分野の医薬品グループについて、総括的処方方法の際、生じる定義された適正量単位の平均費用を協定する。定義された適正量単位の平均費用は第5文の際、異なる使用分野の特殊性を考慮に入れなければならない。定義された適正量単位の平均費用は第5文による分類を基礎として定めることができる。詳細は、第1文による協定に規定されなければならない；その際、規制目的がそれぞれにより、よりよく達成される場合、その他の適切な計算上の中間1日当たりの服用量または処方量またはその他の薬物療法の方法の費用についての適切な比較基準も協定することができる。第92条第1項による指針は、注意しなければならない。医師が処方した医薬品についての支出が第1文による費用を上回る場合、医師は10%以上20%までの超過額は、20%の割合に従って、20%以上30%までの超過額は30%だけ、それ以上の超過は半分まで疾病金庫に対し調整しなければならない。医師から保険医協会に合せて処方された医薬品の支出が、第1文による定義された服用量単位の平均費用を下回る場合、疾病金庫は第1文による協定に基づき、ボーナスを保険医協会に支払う。ボーナスは、総括的処方し、その処方費用が第1文による定義された服用量単位の平均費用を超えない保険医間で配分されなければならない。超過または下回ったことは、第106条第4項による審査機関が四半期の経過後、審査機関に伝達されるべき第5項第5文による医師毎の速やかな情報または審査機関に伝達されるべき第300条第2項第4文による請求データに基づき、判定する；第106条第5項及び第92条第1項による協定に準用される。本項の規定が適用される医薬品は、第106条第2項による経済性審査を受けない；基準値は、第1項による契約当事者に相応に訂正されなければならない。詳細は、第106条第3項による契約に協定されなければならない。それぞれ翌年についての第1文による協定が9月30日までに成立しない場合、仲裁方法については第89条第1項第1文とは異なり、2ヵ月間が適用される。

(8) 第1項から第4項まで及び第4b項から第7項までは、治療手段の分野における特別の供給条件及び請求条件を考慮に入れて、治療手段に準用される。第5項第1文という引き起こされた支出は、治療手段協定の適用期間中に疾病金庫と清算された給付に該当する。

(9) 連邦保健省は必要な医薬品及び包装材料の供給を保証するため医療についてかなりの影響を有する出来事の際、第1項第1号による支出量を連邦参議院の同意を得た法命令により引き上げることができる。

第85条 総報酬

(1) 疾病金庫は団体契約の基準に従って、ともに保険の対象となる家族を含め、保険医協会の管轄地域に住所を有する被保険者の全保険医診療に対し、債務免除の効力を有する総報酬をそれぞれの保険医協会に支払う。

(2) 総報酬の額は、団体契約において協定される；疾病金庫連合会はそれぞれの種類の疾病命に効力を有する協定を行う。総報酬は支払対象となる保険医給付全体に対する支出総額である；総報酬は、定額としてまたは詳細基準をもとに、出来高払い、人头払い若しくは件数包括払いまたはこれらの組み合わせ、あるいはそれ以外の算定方法の組み合わせ方式により算定される。加入者集団に異なる診療報酬の協定は認められない。契約当

ても、特に情報及び助言について、及び

3. その暦年内における協定された支出量を守るための緊急対策の基準。

第1文に挙げられた期間の経過までに協定が成立しない場合、それまでの協定は新たな協定が締結されるまで、または仲裁機関による決定まで、継続して適用される。疾病金庫連合会及び補充金庫は、第2文第1号により協定された、または仲裁機関により定められた支出量を疾病金庫中央団体連盟に報告する。疾病金庫は医師と、異なる協定または第2文による規制を超える協定を行うことができる。

(2) 第1項第1号による支出量を調整する際、特に次の各号が考慮に入れなければならない。

1. 加入者数及び年齢構成の変化、
2. 医薬品及び包装材料の価格の変化、
3. 疾病金庫の法定給付義務の変化、
4. 第92条第1項第6号による連邦共同委員会の指針の変更、
5. 革新的医薬品の経済的かつ質を確保した投入、
6. 第1項第2号により行われた目標協定に基づく医薬品処方の際におけるその他の適応症の必要性及び質の変化、

7. 給付分野間の移動に基づく医薬品及び包装材料の処方範囲の変化及び

8. 第1項第2号による目標協定にしたがって簡約する余地を使い果たすこと。

(3) 実際の第5項第1文から第3文までにより確定された医薬品及び包装材料の支出量が、第1項第1号により協定された支出量を上回る場合、この超過は団体契約の対象である。契約当事者はその際、超過の原因、特に第1項第2号による目標協定の遂行も考慮に入れなければならない。第1項第1号により協定された支出量を下回る場合、この下回ったことは団体契約の対象である。

(4) 第1項第2号による目標協定が遂行される場合、参加疾病金庫は団体契約の当事者の規定に基づき、第1項第1号により協定された支出量の維持とは無関係でも保険医協会へ協定されたボーナスを支払う。

(4a) 第1項による協定において11月15日までにそれぞれ翌年について、第7a項による協定と同じように経済性を改善するため適切で、協定された目標が維持されない際の超過費用の相応の調整を補償する対策が定められている場合、第7a項による協定は適用されない。第1文または第7a項による協定は、疾病金庫の負担で疾病金庫に効力を有する第130a条第8項による協定が存在する医薬品を処方する限り、保険医については適用されない；詳細は第1項第3文による協定に規定されなければならない。

(4b) 第1項による契約当事者である限り、疾病金庫連合会並びに補充金庫及び保険医協会の理事会は、前述の対策の執行だった実行を保証する。

(5) 第3項による実際の支出量を確定するため、疾病金庫は医薬品協定の適用期間中に引き起こされた支出を加入者毎ではなく、医師毎に把握する。疾病金庫は請求審査の実施後、これらのデータを金庫の種類ご関係なく集計し、支出を引き起こした医師が属する各保険医協会に送信する疾病金庫中央団体連盟に送信する；疾病金庫中央団体連盟は同時にこれらのデータを、第1項による各保険医協会の契約当事者である疾病金庫連合会及び補充金庫に送信する。費用償還により報酬が支払われる医薬品及び包装材料の支出も、第1文による支出である。さらに疾病金庫中央団体連盟は各保険医協会のために、医薬品及び包装材料の支出の中心に関する報告を毎月作成し、特に医薬品協定の締結及び実施並びに第73条第8項による情報のために、第1項による契約当事者に連報として転送する。これらの報告については、第1文及び第2文が準用される；第2文は、請求審査の実施前に記載事項を転送されなければならないという条件で適用される。連邦保険医協会は、第7項による枠組み基準の協定及び第73条第8項による情報について、これらの報告の評価を請う。疾病金庫並びに疾病金庫中央団体連盟は、前述の責務の実施を第219条による共同事業体に委託することができる。第304条第1項第1文第2号が準用される。

(6) 第1項による契約当事者は、11月15日までに翌年について、保険医診療を確保するため、医師1人当たりの1年間の医薬品及び包装材料の処方量（基準値量）について、医師集団毎の1件ごとの第1項による行われた医薬品協定を考慮に入れた平均値としての基準値を2002年3月31日までを始めとして協定する。さらに、第1

事者は、社会小児学的活動及び精神学的活動の範囲内の医師による給付に対する適切な報酬も協定する。第22条、第25条第1項及び第2項並びに第26条による他診の報酬は包括払いで協定される。義歯の場合の治療費用計画作成に対する報酬は認められていない。出来高払いを基礎とする総報酬が協定されている場合、第2文による支出総額が定められなければならない。この金額の超過を回避するための規定が定められなければならない。第13条第2項第6文による費用償還給付に対する支出及び第28条第2項第3文による超過費用規定に基づく支出は、第2文による支出総額に計算される。

(a) 連邦共同委員会の指針による薬剤依存症の支援治療の際における保険医給付は第2項により協定された総報酬の枠外で疾病金庫より支払われる。

(b) 1992年12月31日に適用されているクラウンを含む義歯及び歯列矯正の場合の歯科医による給付の点数単価は、1993年1月1日に1年間に10%引き下げられる。1994年1月1日からは、引き下げられた点数を基準として調整が行われ、その際、1994年及び1995年における報酬の調整は、第20条及び第270a条により調査された全疾病命庫の保険料の算定基礎となる所得の被保険者1人当たりの平均点数を限度として変更することができ、そのパーセンテージは東西の州について別々に定めなければならない。評価委員会(第87条)は第1文により1993年1月1日に施行された引き下げに代えて、個々の給付の平均点数を別々に引き下げることができる。その際、引き下げが全体で10%となるようにしなければならない。第311条第1項a)による東ドイツ地域における報酬水準の統一は、これについては適用されない。

(c) 第82条第1項による契約当事者は、総報酬について保険医診療に参加する医師集団毎に分けた報酬割合が基礎とされることができ、契約当事者は、契約当事者は報酬割合の算定根拠も規定することができる。第89条第1項は適用されない。

(3) 団体契約の契約当事者は、診療コスト、保険医活動に費消される労働時間及び医師による給付の方法と範囲を考慮に入れて、それらが法的に規則的による給付範囲の変更である限り、総報酬の改定について協定を締結する。総報酬の改定を協定する際、報酬を支払うべき保険給付全体に対する支出総額に関し保険料率安定の原則(第71条)に注意しなければならない。第135条第1項による連邦共同委員会の議決にもとづく超過支出が生じる場合、第2文とは異なる。第71条第3項による伸び率の超過は認められる；その際、第135条第1項第2文及び第3文による審査に基づきもはや疾病命庫の負担では提供されなければならない給付の廃止による支出の減少により、支出の増加が調整されるかどうか審査されなければならない。

(3a) 報酬の支払対象となる保険医給付の総支出額として第3項により協定される総報酬は、1993年、1994年及び1995年においては、第270条及び第270a条により調査された東ドイツ地域を除くドイツ領内に住所を有する全疾病命庫の被保険者の保険料納付義務のある収入の1人当たり伸び率を限度として更改してよい。1993年における総報酬の更改は、保険料納付義務のある収入の伸び率に応じて第1文により1992年において引き上げられた1991年における総報酬をもとに行われなければならない。保険料率の決定に際しては、義歯給付及び歯列矯正給付は考慮に入れられない。医師以外の者による人工透析や保険医診療の範囲内で実施されている限り、総報酬の枠外で、保険医協会及び疾病命庫連合会並びに補充金庫により協定された報酬額により報酬が支払われる；第1文が準用される。第135条第4項による報酬加算及び第22条における法律に基づく給付の拡大による費用の増大については、行われた給付の件数に応じて追加する形で考慮に入れられる。医師の統一評価基準において第BVI章及び第BII章に記載された病院による手術に対する加算並びにそれに関連する処置及び麻酔料に割り当てられる総報酬の一部は、第1文に定められた更改に加え、1993年に10%、1994年にさらに20%引き上げられる。第25条及び第26条による医師の給付、ライヒ保険法第196条第1項の範囲内における妊娠・出産関連の医師の給付及び疾病命庫が規約により引き受ける予防接種の範囲内における医師の給付に割り当てられる総報酬の一部は、第1文に定められた更改に加え、1995年の保険医の総報酬は1993年における外来診療に対する疾病命庫の支出の1.71%に相当する額だけ引き上げられる；第72条第1項第2文は適用されない。

(3b) 東ドイツ地域における総報酬の更改については、同地域における全疾病命庫の保険料納付義務のある収入

が基礎とされる。1993年における保険医診療に対する総報酬の更改は、1992年の前半の報酬額を2倍してさらに4%引き上げた額をもとに行われなければならない。1993年及び1994年においては、第3a項第1文により引き上げられた報酬額は、さらにそれぞれ3%引き上げられ、1995年において医師の報酬額はさらに4%引き上げられる；第72条第1項第2文は1995年における引き上げには適用されない。義歯及び歯列矯正を除く歯科医による診療に対する総報酬は、1991年に対する給付量の増加分の半分を調整した1992年前半の報酬額を2倍した点数単価としなければならない。その調整は、1991年における支出額の2分の1を、1992年について協定された点数単価の引き上げと給付量の増加の半分だけ引き上げる方法で行われる。基礎とされるのは年間の平均点数単価である。

(3c) 総報酬の協定の際に基礎とされた被保険者数が協定期間における実際の被保険者数と異なる場合、その差はそれぞれ次の総報酬を改定する際に考慮に入れられる。第83条第1文による契約が締結されている疾病命庫は、さらに毎月、被保険者が住所を有する保険医協会の地域毎に分けて被保険者数を調査し、社会法典第4編第79条に定められた方法でこれを届け出る。

(3d) 統一報酬第1条第1項に挙げられた州の地域及びその他の連邦地域における保険医1人当たりの保険医による給付の報酬を同等にするため、第2項による総報酬は、統一報酬第1条第1項に挙げられた州の地域においては2004年から2006年まで第3項による引き上げに追加して段階的に合わせて3.8%引き上げられる。その他の連邦地域における第2項による総報酬は、2004年から2006年まで合わせて0.6%引き下げられる。統一報酬第1条第1項に挙げられた州の地域における保険医協会の総報酬の改定は、2005年においては第1文により引き上げられた2004年の報酬総額が基礎とされなければならない。その他の連邦地域における保険医協会の総報酬の改定は、2005年においては第3文により引き下げられた報酬総額をもとにしなければならない。第4文及び第5文による規定は、2006年に準用される。本項の規定は、ベルリン州には適用されない。

(3e) 2004年における第3項による保険医診療についての総報酬の伸び率は、第2文により見直された2003年の報酬量をもとにしなければならない。見直しは、加入者が第2b条及び第27a条で行われた規定をもとに2004年1月1日以降、請求権を有しない給付にかかると報酬割合を含む。

(4) 保険医協会は、総報酬を保険医に分配する；保険医診療において、保険医協会は、家庭医診療の分野と専門医診療の分野に分けて総報酬を分配する(第73条)。その際、保険医協会は2004年7月1日以降、疾病命庫州連合会及び補充金庫とともに統一的かつ共同で協定されるべき分配基準(BRM2000plus)を適用する；2004年の第1及び第2四半期に提供された保険医による給付の報酬については、2003年12月31日に適用される報酬分配基準が適用される。分配基準は、診療段階により異なる分配を規定できる。保険医協会は疾病命庫州連合会及び補充金庫連合会に、保険医診療における分配基準の協定に必要なデータを第4a項第4文により適用される際には、保に従って無報酬で自由に使用させる。第11文は、保険医診療には適用されない。総報酬を分配する際は、保険医給付の種類及び範囲を基礎としなければならない。分配基準においては、心理療法士、青少年精神科及び心理療法の専門医、神経学、心理学の専門医、心理療法の専門医及び専ら心理療法に携る医師の心療科法の時間当たりの適切な報酬額を保証する報酬規定が行われなければならない。報酬分配基準には、保険医活動の過度の拡大の防止を防ぐための分配されることを保証しなければならない。報酬分配基準には、保険医活動の過度の拡大の防止を防ぐための規定を設けなければならない。特に、医師の診療所で提供された給付に定額単価で報酬が支払われる医師集団の限度が定められなければならない(通常給付量)。限度を超えた場合については、限度を超えた給付量は、削減された一点単価により報酬が支払われる、と規定されなければならない。第4a項第1文による評価委員会が行った規定は、第2文による協定の構成要素である。

(4a) 評価委員会(第87条第1項第1文)は、第4項による総報酬の分配基準、とくに家庭医診療及び専門医診療に対する報酬割合を決定するための基準並びに総報酬に占める家庭医診療及び専門医診療の割合を定める際に注意しなければならない変化への調整について決定する；評価委員会はさらに、2004年2月29日までに第4項第4文、第6文、第7文及び第8文により行われる規定の内容を定める。第1文による家庭医診療の報酬割合を最初に定める際、家庭医診療に割り当てられる割合は保険医協会において請求された1996年の総点数全体が基礎とされなければならない；1997年から1999年間に保険医協会において家庭医診療に割り当てられた総点数全体に占

める請求点数の割合が1996年のその割合を超える場合、それぞれより高い割合が基礎とされなければならない。1996年より後の年に家庭医診療に参加する医師数の変化は、考慮に入れられなければならない。評価委員会は、第4項第12文によるデータの種類及び範囲、送信方法及び送信時点を定める。

(4b) 義歯及び歯列矯正給付を含む保険歯科医診療から得られた保険歯科医1人当たりの総点数が年間262,500点を超える場合、第2項第2文の意味における契約歯科医によるそれを超える治療についての報酬請求額は20%減額され、年間337,500点を超える20%、年間412,500点を超える40%減額される。歯列矯正については、更なる保険歯科医による治療にかかると30%、年間28万点を超える20%、年間36万点の総点数から30%、年間44万点の総点数から40%減額される。第1文は有資格の歯科医にも準用される。共同診療所における限界点数は、同じ権限を持つ歯科医数に従う。同じ権限を持たない医師の場合は、勤務歯科医の規定が準用される。診療所の運営及び医師としての職務遂行において、共同経営者の権利と義務が契約上、等しい場合、歯科医は同じ権限を持つと見なされる。同じ権限を持つ共同経営であることの証明は、許可委員会に公示的に証明された契約書の提出をもって行われる。その点数は、歯科医許可令第32条第1項の意味におけるフルタイムや通常の勤務歯科医1人につき70%、見習い中の歯科医については1人につき25%引き上げられる。パートタイムや通常の勤務でない場合、上乘せられる点数は勤務期間に応じて引き下げられる。基準となる点数は、第73条第2項第2号の意味における保険歯科医による全給付を対象とする。第13条第2項による費用償還額は、点数の算出に取り入れられる。費用償還額は、疾病金庫から保険歯科医協会に通知される。

(4c) 保険歯科医協会は、四半期後に歯科医毎及び疾病金庫毎に歯科補綴請求と歯科矯正請求を把握し、第28条第2項第1文、第3文、第7文、第9文により請求された給付及び第13条第2項及び第53条第4項により申し出た徴還請求額と合計し、かつ第4b項による総点数の調査の際に点数を超えたかを疾病金庫に通知する。

(4d) 保険歯科医協会は、請求額ごとの保険歯科医が第4b項による限界点数を超えたかを疾病金庫に通知する。その際、その歯科医に対しその点数及び限界点数を超えた時点を知らせなければならない。歯科医許可令の第32b条第1項による勤務歯科医並びにその勤務期間を含めた研修期間中の歯科医及び助手の数は、個々の診療所毎に同様に通知しなければならない。

(4e) 保険歯科医協会は、第4b項による報酬削減により得られた報酬の節減額を疾病金庫に転送しなければならない。保険歯科医協会による報酬削減は、第4b項によるそれぞれの限界値を超えた時点から、契約により取り決められた点数単価の引き下げにより行われる。第2文により引き下げられた点数単価が、限界値を超えた時点以後の疾病金庫に対する請求の基礎とされる。超過支払額については次の請求により清算される。報酬契約(第83条)の契約当事者はさらなる詳細について規定することができる。

(4f) 疾病金庫は、保険歯科医協会が第4c項から第4e項までの義務を果たさない場合、保険歯科医協会の各請求に対し、10%の金額まで留保する権利を有する。保険医協会が1年の最終四半期決算までその年の義務を履行しないか、完全に履行しない場合、第1文により留保された金額に対する支払請求権は消滅する。

第85a条 地域のユーロ報酬規定、罹患率による総報酬、加入者の治療需要 (削除)

(1) 第75条第7項第1文第2号及び第2文、第82条第2項第2文及び第85条とは異なり、保険医による給付の報酬については、2009年1月1日以降、第2項から第7項までにおいて行われた規定が適用される；保険歯科医による給付については、この限りでない。

(2) 保険医協会並びに疾病金庫連合会及び補充金庫連合会は共同で統一的に、第87条第2c項第1文第1号から第3号までに従った指準値に基づき、2008年10月31日までを最初として、その後はそれぞれ毎年10月31日までに、翌年における保険医による給付の疾病金庫から保険医協会への報酬支払のために適用されるべき1点単価を協定する。第1文による協定当事者は、その際、特に費用構造及び診療構造における地域の特異性を考慮に入れるため、第87条第2c項第1文第1号から第3号までに従って指準値への加算または控除値からの減算を協定できる。その際、第87条第2f項に従った評価委員会の基準は強制的に適用されなければならない。加算及び減算は、医師集団及び疾病金庫の種類により異ならず、統一的に第87条第2c項第1文第1号から第3号までに従った全ての指準値に適用されなければならない。加算または減算の確定の際、医療上必要な加入者診

療が確保されていることが保証されなければならない。協定された1点単価及び第87条第1項に従った医師による給付についての統一評価基準から、欧州価格を持つ地域の報酬規定(地域ユーロ報酬規定)が形成されなければならない；報酬規定にはその際、通常ケースについての価格だけでなく、過少診療及び過剰診療が存在する際の価格も示されなければならない。

(3) 同じように毎年10月31日までに、第2項第1文に挙げられた契約当事者は共同で統一的に、疾病金庫について効果を有する翌年について、免除効果を有する疾病金庫からそれぞれの保険医協会に支払われるべき保険医協会の区域に住所を有する加入者の保険医診療全体についての罹患率による総報酬を協定する。これに加えて契約当事者は点数と統一的評価基準に基づき加入者の数及び罹患率構造と結びつけた治療需要を協定し、第2項により協定されたユーロによる1点単価でこれを評価する；協定された治療需要は、第71条第1項第1文に従った必要な医療と見なされる。治療需要の範囲内で提供された給付は、第2項によるユーロ報酬規程の価格で報酬が支払われる。罹患率による総報酬の協定の際、予見できない罹患率による治療需要の上昇から生じるそれ以上の給付は、第5項第1文第3号による基準によりユーロ報酬規定に含まれた価格で報酬が支払われる。第85条第2a項が準用される。保険医診療の区域を越えた実施の場合については、給付は第3文及び第4文とは異なる第7項による規定により、給付提供者がその会員である保険医協会において適用される価格で報酬が支払われる；第7項第3文による支払は、それぞれ罹患率による総報酬の変更の次の協定の際、考慮に入れなければならない。第2文による加入者数は、基礎とされた期間に割り当てられる加入者の日数に相応しく算出されなければならない；罹患率による総報酬の協定の際、基礎とされた加入者数が、協定期間における実際の加入者数と異なる場合、差異は罹患率による総報酬の改定のそれぞれ次の協定の際、考慮に入れられなければならない。第13条第2項第2文による費用償還給付を除き、第13条第2項及び第53条第4項による費用償還給付のための支払は、第1文により支払われるべき総報酬に算入されなければならない。2008年10月31日までに行われていた治療需要は2009年10月31日までの期間に算入されなければならない。2008年10月31日までに初めて行われるべき2009年10月31日までの期間に算入されるべき総報酬の協定の際、加入者の数及び罹患率構造と関連する各疾病金庫についての治療需要は次のように定められる；各疾病金庫については、2008年に提供されると見込まれるその時々の疾病金庫の加入者1人当たりの保険医による総報酬の協定の際、加入者の数及び罹患率構造と関連する各疾病金庫についての治療需要は次のように定められる；各疾病金庫については、2008年に提供されると見込まれるその時々の疾病金庫の加入者1人当たりの保険医による給付量は、評価委員会から第4項第1文第1号から第4号までに従った基準を考慮に入れて見積もられるべき2009年の加入者1人当たりの罹患率による給付量の前年に対する連邦平均率で調整されなければならない；2009年における疾病金庫の見込加入者数を掛けなければならない。2008年に提供されると見込まれる保険医による給付量は、第6項第5文に従って契約当事者に存在する2008年前半の請求データの予想数値から得られる；第87条第2g項第6文が準用される。第10文及び第11文による見込み違いは翌年の総報酬の協定の際、訂正されなければならない。評価委員会により第5項により行われる規定は、守られなければならない。

(4) 第3項第2文による治療需要の調整の際、特に次の変更が、評価委員会により決定された第5項による方法に従って考慮に入れられなければならない。

1. 加入者の数及び罹患率構造、
 2. 給付が法律によるまたは規約による疾病金庫の給付の変更または第135条第1項による連邦共同委員会の決定に基づき限り、医師による給付の種類及び範囲、
 3. 入院分野及び通院分野間の給付の移転に基づく保険医による給付の範囲及び
 4. 保険医による給付提供の際の合理化に基づく保険医による給付の範囲。
- (5) 評価委員会は、次の手続きを決定する。
1. 第4項第1号による罹患率構造の変更の決定、
 2. 第4項第2号、第3号及び第4号による保険医による給付の種類及び範囲の変更の決定、
 3. 第3項第4文による罹患率による治療需要の予測できない情報の範囲の決定、
 4. 第3項第9文から第11文までによる最初の給付量の計算。

評価委員会は、第1文第1号による罹患率構造の変化を決定するため、保険医診療における使用に適した分類方法による同様の治療需要を有する加入者の診断毎のリスク等級を設ける；このための基礎は、第295条第1項に従った保険医による治療診断並びに実際に提供された保険医による給付量である。必要な場合、通院診療にとつ

て重要なその時々々に適用されているリスク構造調整において使用されている罹患率基準と一致しているさらなる罹患率基準を取り入れることができる。第1文第1号から第3号までによる決定は2009年6月30日までを最初として、第1文第4号による決定は2008年8月31日までに行われなければならない。

(6) 第2項から第4項までによる協定に必要な加入者毎のデータは、疾病金庫が電子的データ処理の方法で、第2項第1文に挙げられた契約当事者に送信する；疾病金庫は必要なデータの集計及び処理のために、共同事業体にも委任することができる。データ送信の種類、範囲、時点及び方法は、2009年3月31日までに初めて評価委員会が定める。第2項第1文に挙げられた疾病金庫の団体は、この範囲内で、加入者毎のデータを集計し、使用することができる。集計された目的として最早必要でない限り、個人毎のデータは消去されなければならない。第1文から第3文までとは異なり、保険医協会は第2項第1文に挙げられた疾病金庫の団体に、第3項第11文による予想数値について、2008前半の保険医による給付の提供量に関する手元にあるデータをも2008年9月1日までに送信する。

(7) 評価委員会は、2008年10月31日までに最初として、保険医診療の地域を越えた実施及び保険医協会の支払調整並びに保険医協会と該疾病金庫間の支払調整のための規定を決定する。規定は、その区域で給付が提供された保険医協会（給付提供者-保険医協会）が、その区域に加入者がその住所を有する保険医協会（住所持-保険医協会）から、提供された給付について、その時々、給付提供者-保険医協会において適用される第2項によるユーロ-報酬規定の相応しい報酬を受け、その時々、給付提供者-保険医協会において適用される第2項によるユーロ-報酬規定の価格が住所持-保険医協会に適用される報酬規定の価格と異なる場合については、第1文による規定において、住所持-保険医協会と加入者診療について第3項によるリスクによる総報酬が協定されていた疾病金庫管の支払調整のための規定が定められなければならない。

第85b条 個々の医師の報酬（医師毎の通常給付量）（削除）

(1) 第75条第7項第1文第2号及び第2文並びに第85条とは異なり、保険医による給付は2009年1月1日以降、医師毎の通常給付量の範囲内において保険医協会から地域で適用されるユーロ-報酬規定（第85a条第2項）の範囲内で報酬が支払われる。第1文は保健師菓子による給付には適用されない。

(2) 第1項による医師毎の通常給付量とは、第85a条第2項に従ってユーロ-報酬規定において受け受ける及び医師に適用される価格で報酬が支払われる医師により一定期間に請求可能な給付量である。医師の活動の過度の拡大を防止するため、医師毎の通常給付量を上回る給付量は、第4項第2文による評価委員会の基準に従って段階を付けられた価格で、報酬が支払われなければならない；治療を受ける加入者数の異常な上昇の場合、第4項第2文による評価委員会の基準に従ってこれと異なることができる。医師毎の通常給付量が定められる期間の決定の際、加入者の継続的診療が保証されていることが特に確保されなければならない。第85a条第3項第4文に従って予測できない罹患率の上昇のために時間の経過において疾病金庫の後払いの問題となる場合については、医師毎の通常給付量は時代即して相応しく調整されなければならない。

(3) 第2項による医師毎の通常給付量についての値は、医師集団により及び診療等級により異なって定められなければならない；医師集団の差別化の際、第87条第2a項により基礎とされるべき医師集団の定義が考慮に入れられなければならない。第2項による医師毎の通常給料の決定の際、それ以上に特に次の各号が、考慮に入れられなければならない。

1. 第85a条第3項による保険医協会の区域に合わせて協定された罹患率による総報酬の合計、
2. 第85b条第7項による保険医による診療の区域を越えた実施の範囲内において見込まれる支払、
3. それぞれの医師集団に属する保険医及び勤務医の数及び活動範囲、
4. 医師によりそれぞれ過去4四半期に治療された加入者の数及び罹患率構造並びに診療所の特長性、
5. それぞれ過去4四半期に治療された加入者のそれぞれの医師集団の医師1人当たりの平均数及び罹患率構造、
6. 医師がそれにより保険医診療を許可されているか、勤務医に関連して許可委員会から承認されている診療委託の範囲（活動範囲）、
7. 第2項第2文により段階を付けられて報酬が支払われる給付量の見込額、

8. 時間に基づき第87条第2項第1文による医師による給付について定められるべき労働日毎の質が確保されている場合に提供されるべき医師の給付量についての許容限度。

医師からそれぞれ過去4四半期に治療された加入者の罹患率は、年齢及び性別の罹患率基準の奨励で定められなければならない。協同の診療形態の特殊な考慮に入れられなければならない。第2文第7号により段階を付けられて報酬が支払われる給付の見込額の決定の際における見込み違いは、考慮に入れられなければならない；第85a条第3項による総報酬は、そのままである。

(4) 評価委員会は、2008年8月31日までに初めて、第2項及び第3項による医師毎の通常給付量の計算方法及び調整方法を定める。評価委員会は、さらに、第2項第2文の実施のための基準並びに第6文による事務費及び確保義務のための報酬部分の使用及び第7文による保険医協会の準備金の積立のための基準を定める。保険医協会、疾病金庫連合会及び補充金庫連合会は、協同で2008年10月31日までに初めて、その後は毎年10月31日までに第1文及び第2文による評価委員会の基準に従って必要な地域のデータを使用して第4文による医師毎の通常給付量の割当てについて具体的に使用されるべき計算公式を定める。保険医についてそれぞれ地域で適用される価格の報告を含め、個々の保険医及び有資格医への医師毎の通常給付量の割当ては、保険医協会に義務づけられている；割当ては、2008年11月30日までに最初に行われ、続けてそれぞれ通常給付量の適用期間の遅くとも開始4週間前までにそれぞれ行われる。第85条第4項により保険医協会に割り当てられた、特に請求期間及び請求証明を定める権限並びに事務費及び確保義務についての報酬部分を使用する権限は、そのままである。保険医協会は、保険医診療に参加する医師の増加を考慮に入れるため、準備金を積立立ててよい。

(5) 疾病金庫は、第4項第3文に挙げられた当事者に、評価委員会の基準に従って、加入者毎のデータも含め、医師毎の通常給付量の計算に必要なデータを送信する。第4項第3文による当事者は、第1文による計算目的に必要なデータの調査及び使用について共同事業体に委託することができる。第304条第1項第1文第2号が採用される。評価委員会は、第1文によるデータ送信の種類及び範囲、方法及び時点を2008年8月31日までに最初に定める。

(6) 医師毎の通常給付量が保険医または有資格医に適用期間の開始前に適時に割り当てることができない場合、それまで医師に割り当てられていた通常給付量が暫定的に継続適用される。より遅い時点で割り当てられたより高い医師毎の通常給付量からの支払請求権は、遡って満たされなければならない。

第85c条 2006年における医師による給付の報酬支払い

(1) 第83条による団体契約の契約当事者は、疾病金庫の報酬総額の上限として第85条第1項による総報酬が協定されるという条件で、2006年に初めて第85a条第2項による医師集団毎の通常給付量及び1点単価を協定する；第85a条第3項第2文は適用されず、第71条が適用される。

(2) 2006年に初めて第83条第1文による住所地原則に従って総報酬を協定する疾病金庫については、総報酬の協定についての基礎となる額は、次の各号の要素を掛けることによつて得られる。

1. 2005年について適用される総報酬を疾病金庫の被保険者数により割られる額、
2. 契約を締結する保険医協会の管轄地域に住所を有する加入者に関する統計の様式KM6により2005年7月1日に定められなければならない。

(3) 2006年における保険医による給付の報酬については、第85b条第3項による医師毎の通常給付量の決定の際、第1項により協定された疾病金庫の通常給付量が理論とされなければならないという条件で第85b条が適用される。

第85d条 2007年における医師による給付の報酬

2007年における第85a条第2項第3号による1点単価の協定については、保険医協会の管轄地域に2006年に第85c条第1項により一括して協定された1点単価からそれぞれ協定された給付量と比較して得られる平均1点単価が、基礎とされなければならない；第71条はその限りにおいて適用されない。保険医協会、疾病金庫連合

会及び補充金庫連合会は、2006年10月31日までに第1文に平均1点単価を共同かつ統一的に定める。平均1点単価の決定がこの時点までに行われない場合、保険医協会を相当する監督官庁が1点単価を決定する。第85a条第2項による医師集団毎の通常給付量の協定についての基礎は、それぞれ2006年1月1日以前に協定された通常給付量である。

第86条 (削除)

第87条 連邦基本契約、統一評価基準、連邦統一指針値

(1) 連邦保険医協会は、評価委員会を通じて連邦基本契約の構成要素である医師給付及び歯科医師給付に関する統一評価基準についての協定を、疾病金庫中央団体連盟と締結する。連邦基本契約においては、保険医診療制度に必要な諸規定、特に用紙と証明書についての協定も締結されなければならない。医薬品の処方せんを構成する際には、第73条第5項に注意しなければならない。医薬品の処方せんは、処方せん毎に3処方まで可能のように構成されなければならない。その際、処方毎に第300条第1項第1号による記号の記入に必要な欄及び医師の第73条第5項による決定を手チェックにより明らかにできるもうひとつの欄を規定しなければならない。遅くとも2006年1月1日までに、薬局及び疾病金庫への処方データの伝達のための電子処方データも協定されなければならない。

(a) 連邦基本契約においては、連邦保険医協会及び疾病金庫中央団体連盟は、クラウン及びインプラントを含む義歯についての費用は、選択された診療の第50条第2項による通常診療に相応しい限り、第2項により加入者に対し請求されなければならない、と定めなければならない。さらに、連邦基本契約においては次の規定が適用されなければならない：保険歯科医は治療の開始前に、無料で第55条第4項及び第5項の場合も診断及び処置計画画されている診療を含む治療計画画及び費用計画画を種類、範囲及び費用により作成しなければならない。治療計画画及び費用計画画においては、義歯の作成地に関する記載が行われなければならない。治療計画画及び費用計画画は、金庫から治療の開始前に一括して審査されなければならない。疾病金庫は、診断、診療の必要性及び管理画されている診療を判定してもらうことができる。診療の必要性が存在する際、疾病金庫は第55条第1項または第2項による定期補助を治療計画画及び費用計画画において証明された診断に従って支出する。治療の終了後、保険歯科医は疾病金庫から支給された定期補助を第55条第5項の場合を例外として保険歯科医協会と清算する。保険歯科医は請求の際、歯科技工所または診療所内の技工所の歯科技工給付及びそれぞれ適用される版における1993年6月14日の協議会の医療製品 (AB1, EG, Nr. L 169 S. 1) に関する指針 93/42/EGの付添資料Ⅳによる説明に関する計算のコピーを追加しなければならない。連邦基本契約は治療計画画及び費用計画画から明らかとならなければならない。歯科技工給付が歯科医から実施されるか否かが治療計画画及び費用計画画から明らかとならなければならない。

(2) 統一評価基準は、請求可能な給付の内容を定め、その価値に相応しい点数で表される相互の関係を定める；可能な限り、給付提供に必要な保険の時間消費についての記載とともに給付は提供されなければならない；保険歯科医給付については、この限りでない。評価基準は、一定の間隔でその後も、給付内容の説明とその評価が医学水準と医療技術水準にも経済給付提供の範囲における合理化の要件にも相応しいかどうかが評価される；給付の評価の際、特に給付提供の際に投入された医療機器の経済利用の側面が考慮に入れられなければならない。医師による給付についての評価基準においては、それぞれ該当する医師集団の特殊性を考慮に入れた第1文による給付の評価は、保険医の給付提供者における適切な抽出調査に基づき、経営学をベースに算出されなければならない；診療所または医療センターにより提供された給付の評価は、その際、合わせて、一定値より量の増加とともに低下するよう定めることができる。

(2a) 医師による給付についての統一評価基準に記載された給付は、第73条第1項に定められた保険医診療の家庭医診療の給付及び専門医診療の給付への分類に従って、共通に請求可能な給付に関わりなく、家庭医診療の給付は、家庭医診療に参加する医師のみにより、及び専門医診療の給付は専門医診療に参加する医師のみにより請求されてよいという条件で分類されなければならない；専門医診療の給付は、個々の専門医集団から専ら請求可能な給付が個々の専門医集団に割り当てられるように分類されなければならない。第1文による医師集団の決定の際、保険医診療の範囲内におけるそれぞれの医師集団の診療委託が基礎とされなければならない。

(2b) 医師による給付についての統一評価基準に記載された家庭医診療の給付は、加入者総額として表記されなければならない；特に助成されるべき給付については、個別給付または組み合わせ給付を規定することができる。第1文による総額で、付随的に発生する世帯給付、調整給付及び追加給付を含め、請求期間に通常の方法で加入者の家庭医診療の範囲内で提供された給付は報酬が支払われる。第1文による総額は、健康状態と結びついた加入者の治療費用の違いを考慮に入れるため、年齢及び性別のような罹患率基準により区分することができる。さらに、特別の治療ケースにおいて必要な額に報酬を支払う買加算を規定することもできる。

(2c) 医師による給付についての統一評価基準に記載された専門医診療の給付は、医師集団ごと及び共同の診療形態の特殊性を考慮しこれら基本総額及び追加総額として表記されなければならない；個々の給付は、医療上必要な場合のみ、規定することができる。第1文による基本総額で、通常の方法で医師集団より各治療ケースにおいて提供された給付に報酬が支払われる。第1文による追加総額で、給付提供者の給付指標、構造指標及び質指標から生じる特別な給付費用に報酬が支払われる。第3文とは異なり、かたやの量法上の給付費用及び過度な費用と結びついた加入者集団の治療は、医師集団毎の診断名毎の件数総額だけで報酬が支払われる。共同の診療形態の範囲内における診療については、これらの診療形態におけるさまざまな専門施設の医師のケースごとの協力に配慮した特別な総額が定められなければならない。

(2d) 医師による給付についての統一評価基準には、第2b項及び第2c項に挙げられた総額の給付内容がそれぞれ完全に提供され、それぞれ必要な額の基準が守られ、請求された給付が医学的に必要な範囲に限定され、第2c項第5文による総額払いの請求の際、参加する医師の協力の制度上の整備についての最低要件が守られていることを確保する規定が定められなければならない；そのため、給付の請求可能性は、連邦共同委員会により及び連邦基本契約において決定された資格要件及び買確保要件の遵守並びに保険医協会に対し提供されるべき記録義務に結びつけることができる。さらに、第2b項第1文による加入者総額並びに加入者1人についての第2c項第1文による基本総額の請求が医師のみにより請求期間内に行われるか、請求期間内において加入者が医師を変更した場合についての定額の減額についての規定が定められるべきことを確保する規定が定められなければならない。第2b項及び第2c項並びに本項による規定は、遅くとも2007年10月31日までに最初に行われなければならない。(2e) 医師による給付についての統一評価基準においては、毎年8月31日までにそれぞれ連邦統一1点単価が指針値として次の各号の保険医による給付の報酬支払について決定されなければならない。

1. 通常ケースにおいて
2. 第100条第1項第1文に従った過小診療または過小申告の確認の際、並びに
3. 第103条第1項第1文に従った過剰診療の確認の際。

医師による開業行動をコントロールする作用を発揮するよう、第1文第2号に従った指針値は、第1文第1号に従った指針値を上回り、第1文第3号に従った指針値は、第1文第1号に従った指針値を下回るべきである；第1文第2号及び第3号による指針値は、そのため診療等級によっても区分することができる。第1文第2号及び第3号による指針値は、第1文第2号に従った指針値の支払のために必要な追加財政政策が、合わせて第1文第3号に従った指針値の支払から生じる節減額により賄われるよう、定められなければならない。第1文第3号による指針値は控過的に、指針値の協定前にすでに許可された医師 (旧ケース) または指針値の最初の協定後、初めて許可される医師 (新ケース) による保険医の給付の報酬を支払うため、旧ケース及び新ケースについての指針値の定める限り時期的に近い同一化という目標を持って、適用される。評価委員会は、第1文第2号及び第3号が強制的に適用されなければならないケース並びにその適用期間を定める。

(2f) 医師による給付を担当する評価委員会は、毎年8月31日までに、それを基礎として地域の点数単価協定における地域の特長性を決定するための指針値と異なることができる第87a条第2項第2文による費用構造及び診療構造におけるデータ調査及びデータ評価を実施することができる；出来る限りにおいて、評価委員会は指標の決定の際、従ったデータ調査を基礎としなければならない。診療構造における地域の特殊性の存在についての指標としては、地域の公の指標を基礎としなければならない。診療構造における地域の特殊性の存在についての指標としては、地域の件数及び連邦平均の件数の伸びとの乖離を測定する指標が特に役立つ。費用構造における地域の特殊性の存在についての指標としては、医師の診療所について基準となる地域の設備投資費及び経営費用とそれに相当する

2. 第3c項による加算額の徴収についての詳細を定める財務規定。
業務規則及び財務規定は、連邦保健省の承認を必要とする。

(3f) 保険医協会及び救急病金庫は、それぞれ評価委員会により定められるべき内容の及び手続上の基準値に従って、第78b条第7項第4文及び第78c条第6項第4文並びに第140d項第2項第4文によるデータを含め、本法による評価委員会の真価に必要なデータを、統一の匿名化された形式で医師毎に及び加入者毎に把握する。第1文によるデータは、保険医協会及び救急病金庫から、これらのデータをそれぞれ提供し、第30項に従った研究施設または委託を受けた第三者に送付する連邦保険医協会及び救急病金庫中央団体連盟に送信される。必要を限り、評価委員会はさらに個人毎ではないデータの調査及びデータ評価を実施するか、委託するか、専門家の評価を手に入れたければならない。第2文及び第3文によるデータの調査及び処理については、評価委員会はデータ機関を設立するか、外部のデータ機関に委託することができる；データ機関の財政については、第3c項及び第3e項が適用される。第1文による個人毎のデータは、最早、必要でなくなると否や、消去されなければならない。第1文による匿名化の方法は、連邦情報技術安全庁と合意の上で評価委員会により定められなければならない。

(3g) 第3a項から第3f項の規定は、齒科医師による給付を担当する評価委員会には適用されない。

(4) 評価委員会において全委員の一致した決議により、評価基準に関する協定が全か一部しか成立しない場合、評価委員会は、最低でも2名の委員の要求があれば、1名の中立議長とさらに2名の中立委員を増員することができる。中立議長の任命には第89条第3項が適用される。拡大中立委員のうち、1名は連邦保険医協会から、1名は救急病金庫中央団体連盟から任命される。

(5) 拡大評価委員会は、委員の多数決により協定を定める。決定は、第82条第1項という契約による協定の法的効力を有する。医師による給付の分野について第1文による対策を準備するため、第3b項による研究施設または委託を受けた第三者は担当拡大評価委員会を直接及び選定なくその指示により手伝わなければならない。

(6) 連邦保健省は、評価委員会、第3b項による研究施設または委託を受けた第三者並びにこれらによりそれぞれ設立された小委員会及び作業グループの会議に参加することができる；評価委員会の決定は、決定の基礎となつている会議資料及び決定としてそれぞれ重要な理由と合せて、連邦保健省に提出されなければならない。連邦保健省は2ヵ月以内に決定に異議申し立てすることができる；連邦保健省は評価委員会の決定の審査の範囲内で、それについての追加情報及び補完を要求することができる；情報が入手されるまで、期間の経過は中断され、決定に異議申し立てしないことに、連邦保健省は条件を付けることができる；連邦保健省は、条件を満たすため適切な期間を設定することができる。評価委員会の決定が、全か一部、成立しないか、または連邦保健省が定めた期間内に成立しないか、連邦保健省の提議申し立てが連邦保健省の任事を、直接及び選定なくその指示により手付けられない場合、連邦保健省は協定を定めることができる。医師による給付の分野について第4文による対策を準備するため、第3b項に従った研究施設または委託を受けた第三者は連邦保健省の任事を、直接及び選定なくその指示により手伝わなければならない。第4文による対策と関連する費用は、疾病金庫中央団体連盟及び連邦保険医協会によりそれぞれ半分ずつ負担されなければならない；詳細は連邦保健省が決定する。第4文と異なる、連邦保健省は、評価委員会の決定が成立しないか、一部成立しないか、または連邦保健省が定めた期間内に成立しない場合について、契約当事者に影響を持つ第4項による拡大評価委員会を招集することができる。拡大評価委員会は、連邦保健省が定めた期間内に委員の過半数で協定を定める；第1文から第6文までが適用される。

(7) 評価委員会は連邦保健省に、2012年3月31日まで第2e項第1文第2号及び第3号による指針値に基づき協定された第85a条第2項第1文による点数単位の医師の開業行動への抑制効果に関し報告する。第6項第4文から第6文が適用される。第1文による報告に基づき、連邦保健省はドイツ連邦議会に、2012年6月30日までに、医師による診療分野についても許可の制限による開業行動の抑制を断念することができるかどうかを報告する。

(8) 評価委員会は、第85a条第6項及び第85b条第4項の実現を、特に匿名化方法の可能性を含めたデータ回避及びデータ不足のデータ保護法上の原則に関し評価し、これに関し連邦保健省に2010年6月30日までに報告する。第6項第4文から第6文までが適用される。連邦保健省はこれに基づき、ドイツ連邦議会に2010年12月31日

連邦平均費用との乖離を測定する指標が特に役に立つ。

(2b) 第2e項による指針値の調整の際、特に次の各号が考慮に入れられなければならない。

1. これらが要に第2項第2文による評価割合の更なる伸びにより把握されていない限り、医師の診療所にとつて重要な設備投資費及び経営費用の伸び
2. これらが要に第2項第2文による評価割合の更なる伸びにより把握されていない限り、合理化の可能性。
3. これらが要に第2項第3文による運送規定により考慮に入れられていない限り、件数増加の際における一般的な費用運送、並びに
4. 第2e項第1文第2号及び第3号に従った指針値の抑制効果の際に発生した増減。

(2b) 齒科医師による給付について統一評価基準に記載された給付は、包括給付にまとめることができる。これらの給付は、原因に応じた量の物質を保護する予防指向の診療に合わせて、保存治療、予防、義歯及び種別矯正のための給付分野間において同じように必要な労働時間の基準により評価されなければならない。評価割合の決定の際、専門家を参加させなければならない。2001年12月31日までに全か一部しか協定が成立しない場合、連邦保健省は選定なく契約当事者に効力を有する第4項による拡大評価委員会を招集する。拡大評価委員会は、委員の多数決により6ヵ月以内に協定を定める。

(3) 評価委員会は、連邦保険医協会から任命された3名の代表並びに疾病金庫中央団体連盟から任命された3名の代表で構成される。議長は医師の代表と疾病金庫の代表が交互に務める。

(3a) 評価委員会は、その決定の保険医の報酬及び保険医の給付を伴う加入者の診療への影響を分析する。評価委員会は、連邦保健省に毎年、それぞれ12月31日までに前年における保険医診療の報酬構造及び給付構造の推移についての報告を提出する；連邦保健省は、報告の内容についての詳細を定めることができる。第6項第4文から第6文までが適用される。

(3b) (「評価委員会は、その責務を引き受ける際、評価委員会から第3e項により協定されるべき業務規則に従って、第85条第4a項、第87条、第87a条から第87c条までによる決定及び第30項、第7項及び第9項による分析及び報告を準備する研究施設により支援される。研究施設の経営者は連邦保険医協会及び救急病金庫中央団体連盟である。研究施設が、2008年7月1日に設立されていないか、その責務に相応しい方法で設立されていない場合、連邦保健省は第2文に挙げられた組織のひとつまたは複数あるいは第三者に第1文による責務を委託することができる。研究施設が掲げられた組織のひとつまたは複数あるいは第三者に第1文による責務を委託することができる。研究施設が現在定められた範囲内でその責務を遂行しないか、適用される基準に従って遂行しないか、研究施設が解散される場合、第3文が適用される。第1文及び第2文とは異なり、第2文に挙げられた第三者の完全な仕事能力が構築されるまで期委託することができる。研究施設または研究施設から委託された責務を完全にそして期間内に遂行できることを確保しななければならない。このため評価委員会は、研究施設または委託された第三者が稼働可能かどうか及びとだけだけの範囲で稼働可能かどうか、及び第2文と異なり、そこに挙げられた責務を完全にそして期間内に遂行できることを確保しななければならない。研究施設または委託された責務が、2008年10月31日までの移行期間に研究施設または委託された第三者と連邦保険医協会及び疾病金庫中央団体連盟との間で分配されるべきかどうか、確認しなければならない；第6項が適用される。(2008年7月1日施行)」)

(3c) 第3b項による研究施設または委託された第三者の財政は、保険医診療における各外来治療例に対する加算の徴収により行われる。加算は、第85条による総報酬または第87a条による罹患率による総報酬以外で疾病金庫により賦けられなければならない。詳細は、評価委員会が第3e項第1文第2号によるその決定において定める。

(3d) 責務の引き受けに必要な物的手段を伴う第3b項に挙げられたデータの利用に関しては、評価委員会が決定する；第6項が適用される。内部組織は、それぞれ、第10編第78a条によるデータ保護の特別な要件に適合するよう作らなければならない。

(3e) 評価委員会は、次の各号を決定する。

1. 評価委員会及び第30項に従った研究施設または委託を受けた第三者の活動方法についての規定、特に業務遂行及び第30項第2文に挙げられた決定、分析及び報告の準備の種類及び方法についての規定を行う業務規則。

日までに報告する。

第 87a 条 地域のユーロ報酬規程、罹患率による総報酬、加入者の治療需要

(1) 第 82 条第 2 項第 2 文及び第 85 条と異なり、保険医による給付の報酬については 2009 年 1 月 1 日以降、第 2 項から第 6 項までにおいて行われなければならない規定が適用される；保険医による給付については、この限りでない。

(2) 保険医協会及び疾病金庫連合会及び補充金庫は共同でかつ統一的に、第 87 条第 2e 項第 1 文第 1 号から第 3 号までに従った指針値に基づき、毎年 10 月 31 日までにそれぞれ、翌年における費用構造及び診療報酬における地域差を考慮して算出されるべき点数単価を協定する。第 1 文による契約当事者は、その際、特に費用構造及び診療報酬における地域差の特長性を考慮に入れるため、第 87 条第 2e 項第 1 文第 1 号から第 3 号までに従った指針値への加算または減算は指針値からの減算を協定することができる。その際、第 87 条第 21 項に従った評価委員会の基準が強制的に適用されなければならない。加算または減算は、医師集団及び金庫の種類により区分されなければならない。第 87 条第 1 項に従った医師、医学的に必要な加入者診療が確保されていることが保証されなければならない。第 87 条第 1 項に従った医師による給付についての協定された点数単価及び統一評価基準から、ユーロ価格での地域の報酬規程（地域のユーロ報酬規程）が作成されなければならない；報酬規程には、その際、通常のケースについての価格だけでなく過少診療及び過剰診療がある場合も示されなければならない。

(3) 同じように毎年 10 月 31 日までに、第 2 項第 1 文に挙げられた契約当事者は共同でかつ統一的に、翌年について疾病金庫に影響を有する疾病金庫からそれぞれの保険医協会に免除効果を持つて支払われるべき保険医協会の区域内に住所を有する加入者の全保険診療についての罹患率による総報酬を協定する。このため、契約当事者は統一評価基準に基づき点数量として、加入者の数及び罹患率構造と結び付いた治療需要を協定し、第 2 項第 1 文により協定されたユーロでの点数単価でこれを評価する；協定された治療需要は、第 71 条第 1 項第 1 文に従った必要な医療と見なされる。治療需要の範囲内で提供された給付は、第 2 項第 6 文によるユーロ報酬規程の価格で報酬が支払われる。罹患率による総報酬の協定の際、第 5 項第 1 文第 1 号による基準により、同時に第 2 項第 6 文によるユーロ報酬規程に収録されている価格で報酬が支払われなければならない。連邦共同委員会の指針に従った麻薬中毒の代替治療の際の保険医による給付は、第 1 文による協定された総報酬の枠外で第 2 項によるユーロ報酬規定の価格で報酬が疾病金庫により支払われなければならない；第 1 文による協定においては、さらに、更なる保険医による給付が協定の促進されるべき場合が医学的にまたは給付提供の指示及び実施の特殊性に基づき必要な限り、第 1 文に協定された総報酬の枠外における更なる給付が第 1 項によるユーロ報酬規程の価格で報酬が支払われることができる。

(3a) 保険医診療の地域を超えた実施のケースについては、給付は第 3 項第 3 文及び第 4 文とは異なり、その協会が給付提供者である保険医協会に適用される価格で疾病金庫により報酬が支払われる。第 2 項第 6 文により協定された価格が第 1 文による価格と異なる場合、差額は早期に、遅くともその次の罹患率による総報酬の伸びの協定の際、考慮に入れられなければならない。第 3 項第 2 文による加入者数は、基礎とされた期間に割り当てられる加入日数に従って算出されなければならない。罹患率による総報酬の協定の際、基礎とされた加入者数が協定期間における実際の加入者数と異なる場合、差額は早期に、遅くともその次の罹患率による総報酬の伸びの協定の際、考慮に入れられなければならない。第 13 条第 2 項第 6 文による費用償還給付を除く第 13 条第 2 項及び第 53 条第 4 項による費用償還給付についての支出は、第 3 項第 1 文により支払われるべき総報酬に算入されなければならない。

(4) 第 3 項第 2 文による治療需要の調整の際、特に次の各号の変化が評価委員会により決定された第 5 項による方法に従って考慮に入れられなければならない。

1. 加入者の数及び罹患率、
2. 法律によるまたは規約による疾病金庫の給付範囲の変更または第 135 条第 1 項による連邦共同委員会の決定に基づき限り、医師による給付の種類及び範囲、

3. 入院部門と外来部門間の給付の移転に基づく保険医による給付の範囲及び
4. 保険医による給付提供の際、合理化に基づく保険医による給付の範囲。

(5) 評価委員会は次の手続きを決定する。

1. 第 3 項第 4 文による罹患率による治療需要の予測できない増加の範囲の決定についての手続き、
 2. 第 4 項第 1 号による罹患率構造の変化の決定についての手続き並びに
 3. 第 4 項第 2 号、第 3 号及び第 4 号による保険医による給付の種類及び範囲の変化の決定についての手続き。
- 評価委員会は第 1 文第 2 号による罹患率構造の変化を決定するため、保険医診療における使用に相応しい分類方法により同様の治療需要を有する加入者について診断毎のリスク階級を設定する；そのための基礎は、第 295 条第 1 項第 2 文に従った保険医による治療診断並びに保険医による給付の量である。必要な場合、その時々に適用的なリスク構造調整において使用される罹患率基準と一致する外来診療にとつて重要な更なる罹患率基準を用い入れることができる。評価委員会はさらに、第 2 文による相対的ウェイトが第 3 項第 5 文による報酬支払の場合に訂正されるべき手続きを決定しなければならない。第 1 文第 1 号による決定は、最初は 2008 年 8 月 31 日までに、第 2 号及び第 3 号並びに第 4 文による決定は、最初は 2009 年 6 月 30 日までに行われなければならない。
- (6) 疾病金庫は第 2 項から第 4 項までによる協定に必要な加入者のデータを電子的データ処理の方法で、無報酬で第 2 項第 1 文に挙げられた契約当事者に送付する；疾病金庫は必要ならデータの調査及び処理について共同事業体にも委託できるデータ送信の種類、範囲、時点及び方法は評価委員会が協定し、2009 年 3 月 31 日までに定める。第 2 項第 1 文に挙げられた疾病金庫及び補充金庫の団体は、この範囲で加入者のデータを調査し、使用する権限を有する。調査された目的のために最早必要でない場合、個人毎のデータは消去されなければならない。

第 87b 条 医師の報酬（医師毎の通常給付量及び診療所毎の通常給付量）

- (1) 第 85 条とは異なり、保険医による給付は 2009 年 1 月 1 日以降、保険医協会により地域に適用される第 87a 条第 2 項によるユーロ報酬規程に基づき報酬が支払われる。第 1 文は保険医協会による給付には適用されない。
- (2) 医師及び医師の診療所活動の過度の拡大を阻止するため、医師毎の通常給付量及び診療所毎の通常給付量が定められなければならない。第 1 文による通常給付量は、第 87a 条第 2 項に従ったユーロ報酬規程に記載され、医師または医師の診療所に適用される価格で報酬が支払われるべき医師または医師の診療所により一定期間内に請求可能な保険医による給付量である。第 1 項第 1 文とは異なり、通常給付量を上回る給付量は通常価格で報酬が支払われなければならない；治療を受ける加入者数の異常な上昇の場合、これと異なることができる。通常給付量が定められる期間の決定の際、特に加入者の総診療が保証されていることが確保されなければならない。期間の経過中、第 87a 条第 3 項第 4 文に従った予測できない罹患率の上昇のため、疾病金庫の事後支払が生じる場合については、通常給付量は遅くとも次の請求期間において適切に調整されなければならない。心療療法士、小児及び青少年精神医学及び心理療法の専門医、精神医学及び心理療法の専門医、神経医学の専門医、心身医学及び心理療法の専門医並びに専ら心理療法の活動をする医師の申請義務のある心理療法の専門医は、通常給付量の枠外で報酬が支払われなければならない。それが得意に促進されるべき場合、または医学的または給付提供の指示及び実施の際の特殊性に基づき必要な限り、更なる保険医による給付は通常給付量の枠外で報酬が支払われなければならない。

(3) 第 2 項による通常給付量についての値は、罹患率で評価され、医師集団により及び診療等級により並びに共同診療形態の特長性を考慮に入れて区分され、決定されなければならない；医師集団を区分する際、第 87 条第 2a 項により基礎とされるべき医師集団の定義が考慮に入れられなければならない。第 2 項による通常給付量の決定の際、さらに、特に次の各号が考慮に入れられなければならない。

1. 第 87a 条第 3 項による保険医協会の区域に合わせられて協定された罹患率による総報酬の総額、
2. 第 75 条第 7 項及び第 7a 項に従った診療の地域を超えた実施の範囲内で見込まれるべき支払、
3. 第 2 項第 3 文により削減されて支払われるべき及び第 2 項第 6 文及び第 7 文により通常給付量の枠外で報酬が支払われるべき給付量について見込まれる支払、
4. それぞれの医師集団に属する医師の数及び活動範囲、

それへの指示がある限り、診療所の特殊性も考慮に入れられなければならない。さらに、第87条第2項第1文による時間値に基づき賃が確保されている場合に提供されるべき医師または医師の診療所の給付量について労働日当たりの容量の限度を定めることができる。第1文第1号による報酬総額の持ち分は、保険医診療に参加する医師の増加を考慮に入れるための引当金の積立のため、確保義務のため及び不釣り合いな温度の報酬喪失を調整するために使用される。第1文による罹患率は、年齢及び性別という罹患率基準により定められなければならない。それぞれの医師集団に属する保険医が診療を許可される診療義務の範囲及びそれぞれの医師集団の勤務医について許可委員会から承認された診療義務の範囲が、第2文による活動範囲と見なされる。第2文第3号による給付量の見込範囲の決定の際の見込み違いは、訂正されなければならない。第87a条第3項による報酬協定は、なお効力を有する。

(4) 評価委員会は、2008年8月31日までに初めてとして、第2項及び第3項並びに種類及び範囲による通常給付量の計算及び調整のための方法、そのために必要なデータの送信の方法及び時点を定める。評価委員会はさらに、同じように2008年8月31日を初めてして第2項第3文及び第6文の実現のための基準並びに第3項第5文による引当金の積立のための原則を定める。保険医協会、疾病金庫連合会及び補充金庫は共同で、2008年11月15日までに初めて及びその後それぞれ毎年10月31日までに第1文及び第2文による評価委員会の基準に従って必要な地域のデータを利用して第5項による通常給付量の割当のために具体的に使用されるべき計算式を定める。疾病金庫は、第3文に挙げられた当事者に無報酬で必要なデータを、評価委員会に提供して加入者毎に送信する。第3分による当事者は、第3文により必要なデータの調査及び印刷を共同事業体に委託することができる。第304条第1項第1文第2号が準用される。

(5) 通常給付量の枠外で報酬が支払われる給付並びにそれぞれの地域に適用される価格の報告を含め、通常給付量の医師または医師診療所への割当は、保険医協会に義務づけられている；割当は、2008年11月30日までに初めてとして及び続いてそれぞれ遅くとも通常給付量の適用期間の開始4週間前に行われる。第85条第4項第9文が適用される。第85条第4項により保険医協会に割り当てられる、特に請求期間及び請求証明を定めるため、並びに事務費のための報酬持ち分を利用するための権限は、なお効力を有する。通常給付量を適用期間の開始前に割り当てることができることができない場合、それまで医師または医師の診療所に割り当てられていた通常給付量が暫定的に繰越適用される。より遅い時点で割り当てられるより多くの通常給付量からの支払請求権は、遡って満たされなければならない。

第87c条 2009年及び2010年における保険医給付の報酬

(1) 第87条第2項第1文とは異なり、2009年についての第87条第2e項第1文第1号による指針値の最初の決定は、2008年8月31日までに、2010年についての第87条第2e項第1文第2号及び第3号による指針値の最初の決定は2009年8月31日で行われる。その際、2009年についての第87条第2e項第1文第1号による指針値は計算上、医師による給付を相当する評価委員会の全委員の一致した決定により第87条第2e項第1文第1号による指針値がその他の額で定められるのではない限り、第3文による財政量を第4文による給付量で除すことにより算出されなければならない。財政量は、全連邦地域について第71条第3項により2009年について適用される伸び率だけ引き上げられるべき、連邦全体で合わせて2008年について第85条第1項により支払われるべきユーロによる総報酬の総額から得られる。給付量は、点数として統一評価基準に基づき表現されなければならない；給付量は、最低でも4四半期を含む評価委員会にある現在の請求データの推計から得られる。推計の際、2008年11月1日に施行される統一評価基準の医師により請求された給付量への影響についての模擬計算並びに前年において観察された伸び率に応じた期間の経過における給付量の1年未満の変動が考慮に入れられなければならない。第4文による推計については、保険医協会が評価委員会に無報酬で、2008年6月1日までに最低でも4四半期を含む保険医協会にある請求された保険医による給付の量に関する現在のデータを、それぞれ事実上即時に計算上の訂正及び報酬に有効な規定の適用により送信する。第87条第2e項第1文第1号による指針値の決定の際、評価委員会は第87条第2e項に挙げられた基準を超えて第4文及び第5文による給付量の算出の際における見込み違いを考慮に入れなければならない。

(2) 第87条第21項第4文による指標を算出するための公的な指標が存在せず、2008年8月31日までに評価委員会が独自の指標の作成のために必要なデータを調査し、評価することが不可能な場合、評価委員会は2009年についてこれらの指標を第87条第21項第4文とは異なり、ある州の経済力と連邦平均の経済力との格差を測定する公的な指標を使って算出することができる。

(3) 第87a条第2項第1文とは異なり、第87a条第2項第1文による契約当事者は、評価委員会により第1項に従って2009年について協定される指針値に基づき2008年11月15日までに、2009年における保険医による給付の報酬を支払うため適用されるべき1点単価を協定する。第87a条第2項第6文後半と異なり、2009年についての作成されるべき地域の報酬規程が過剰診療が存在する場合における価格を含まない。過剰診療及び過剰診療の場合における保険医による給付の報酬支払のための点単価は、第1項に従って評価委員会により2010年について協定された指針値に基づき、2009年10月31日までに初めてとして2010年について協定され、これらに基づき過剰診療及び過剰診療が存在する場合における価格が2010年についての地域の報酬規程において初めて証明される。

(4) 第87a条第3項第1文とは異なり、2009年についての罹患率による総報酬の最初の協定は2008年11月15日までに行われる。その際、加入者の数及び罹患率構造と関連する各疾病金庫についての治療需要は次のように定められる；各疾病金庫については2008年に提供されると見込まれるそれぞれの疾病金庫の加入者1人当たりの保険医による給付量は、評価委員会により第87a条第4項第1文第1号から第4号までに従った基準を考慮に入れて、評価されるべき前年に対する2009年の加入者1人当たりの罹患率による給付量の連邦平均伸び率だけ調整されなければならない。2009年における加入者数を掛けなければならない。2008年に提供されると見込まれる保険医による給付量は、少なくとも4四半期を包括する請求された保険医による給付量に関する契約当事者に存在する現在のデータの推計から、それぞれ事実上即時に計算上の訂正及び報酬の効果も有する期限規定の適用により明らかとなる；推計の際、2008年11月1日に施行される統一評価基準の医師により請求された給付量並びに期間の経過における給付量の1年未満の変動への影響についての模擬計算は、前年において観察されるべき伸び率に相談し考慮に入れられなければならない。第3文及び第4文による推計違いは、2010年についての総報酬の協定の際、訂正されなければならない。評価委員会は2008年8月31日までに、そのために必要なデータを含め、第1文から第4文までによる強制的に守られるべき治療需要の計算方法を決定する。保険医協会は第87a条第2項第1文に挙げられた疾病金庫及び補充金庫の団体に、第5文によるデータを無報酬で2008年10月31日まで送信する。

第87d条 超過費用の場合の支払請求権

第28条第2項第2文及び第55条第4項による超過費用の請求権は、歯科医診療報酬規程(GOZ)である。保険医の加入者に対する支払請求権は、これらの超過費用の基礎とされた給付の場合には、GOZの報酬額の2.3倍に制限されている。第28条第2項第2文による奥歯の合成物充填のために生じる超過費用は最大でもGOZの報酬額の3.5倍まで算定可能である。共同連邦委員会が第92条第1a項による委託と第87条第2a項第2文による委託を果たした場合、第2文及び第3文による制限は行われなければならない。指針の発効日及び評価委員会の決定の日付が基準となる。

第4款 歯科技工給付

第88条 連邦給付目録と報酬

(1) 疾病金庫中央団体連盟は、ドイツ歯科技工士同業組合連合会と、算定可能な歯科技工給付の連邦統一目録についての協定を締結する。連邦統一目録は連邦保険医協会の了解のもとに協定が締結されなければならない。

(2) 疾病金庫連合会及び補充金庫は、歯科技工士同業組合連合会と、クラウン及び超合金(スーパーコンストラクション)を含む義歯の際の歯科技工給付を除く連邦統一目録により算定可能な歯科技工給付に対する報酬の

協定を締結する。協定報酬は最高価格である。疾病金庫は加入者及び歯科医に、費用のかからない診療方法に關する情報を提供できる。

(3) クラウン及び超合金を含む義歯の際の歯科技工料を除く、歯科医により行われた第1項による歯科技工料付は、第2項第1文及び第2文による価格を少なくとも5%下回らなければならぬ。このために第83条による契約を締結することができる。

第5款 仲裁制度

第89条 仲裁機関

(1) 保険医診療に關する契約が全くか一部しか成立しない場合、仲裁機関が3ヵ月以内にその構成員の多数決により契約内容を決定する。契約当事者の一方が契約の解除を申し入れる場合、当該仲裁機関に文書でその申し入れを知らせなければならぬ。契約期限までに新たな契約が成立しない場合、仲裁機関は3ヵ月以内にその構成員の多数決によりその内容を決定する。この場合、それまでの契約の規定は仲裁機関の決定まで効力が延期される。3ヵ月経過後に仲裁によつて契約が成立せず、当該監督官庁が定めた期間内においても仲裁機関が契約内容を決定しない場合、仲裁機関を管轄する監督官庁が契約内容を決定する。仲裁機関の決定に対する訴えは、延期効果を持たない。

(1a) 保険医診療に關し法律で規定された契約が全くか一部しか成立せず、契約当事者のどちらかが仲裁機関に対し合意をもち申し立てをしていない場合、当該監督官庁は自ら設定した適当な期間の経過後、契約当事者に影響力を有する仲裁機関に助力を求めることができる。仲裁機関はその構成員の多数決をもって3ヵ月以内に契約内容を決定する。第1項第5文が準用される。仲裁機関の決定に対する訴えは、延期効果を持たない。

(2) 保険医協会、補充金庫及び疾病金庫州連合会は、それぞれ保険歯科医診療及び保険医診療のための共同仲裁機関（州仲裁機関）を設立する。仲裁機関は、医師及び疾病金庫の同数の代表並びに中立議長1名及び中立委員2名から成る。全種類の疾病金庫に關するものでない契約に關する決定の場合、仲裁機関における当該種類の金庫の代表しか参加しない。第1文に挙げられた疾病金庫及び疾病金庫の団体は、第3文と異なる規定を協定することができる。

(3) 議長と2名の中立委員及びそれぞれの代理については、保険医協会、疾病金庫州連合会及び補充金庫の同意を必要とする。疾病金庫州連合会及び補充金庫については、2008年12月31日まで適用される版における第218条第3項が準用される。任期は4年である。同意が成立しない限り、関係者は議長2名と中立委員2名ずつ及びそれぞれ代理の名前のみを含む共同のリストを提出する。共同で提出されたリストからの議長または中立委員あるいは代理についての同意が成立しなかつた場合、誰が議長及び中立委員並びに代理の職務を行うかは抽選で決める。この場合の任期は1年である。仲裁機関の委員は名譽職としてその職務を妨め、指示には拘束されない。

(4) 連邦保険医協会及び疾病金庫中央団体連盟は、それぞれ保険医診療及び保険医診療のための共同仲裁機関を設立する。第2項第2文から第4文まで及び第3項が準用される。

(5) 第2項による仲裁機関の監督は、社会保険を管轄する州の最上級行政官庁または法規命令により州政府が定めた官庁が行う；州政府はこの権限を、さらに州の最上級官庁に委託することができる。第4項による仲裁機関の監督は、連邦保健省が行う。監督は法律及びその他の法の順守に及び、第57条第1項及び第2項、第83条、第85条及び第87a条による給付の報酬に關する仲裁機関の決定は、当該監督官庁に提出されなければならぬ。監督官庁は、法に違反している場合は提出後2ヵ月以内に、決定に対する異議申立を行うことができる。契約当事者の訴えについては、抗告訴訟に關する規定が準用される。

(6) 連邦保健省は、連邦参議院の同意を得た法規命令により、仲裁機関の委員の人数、任期、職務の執行、現金支払いの償還及び時間拘束報酬、運営、手続き、報酬の額と引き上げ並びに費用分担に關する詳細を定める。

(7) ドイツ歯科技工士同業組合連合会及び疾病金庫中央団体連盟は、連邦仲裁機関を設置する。仲裁機関はドイツ歯科技工士同業組合連合会及び疾病金庫中央団体連盟の同数の代表並びに中立議長1名及び2名の中立委員で構成される。その他は、第1項、第1a項、第3項及び第5項第2文と第3文並びに第6項により公布される仲裁

機関命令が準用される。

(8) 歯科技工士同業組合連合会、疾病金庫州連合会及び補充金庫は、州仲裁機関を設立する。仲裁機関は、歯科技工士同業組合連合会及び疾病金庫の同数の代表並びに中立議長1名と中立委員2名により構成される。その他は、第1項、第1a項、第3項及び第5項第2項が準用される。

第6款 州委員会及び連邦共同委員会

第90条 州委員会

(1) 保険医協会及び疾病金庫州連合会並びに補充金庫は、州毎に医師・疾病金庫州委員会及び歯科医・疾病金庫州委員会を設置する。補充金庫はこの使命を、保険医協会の区域内で補充金庫により設置された共同事業体あるいはひとつの補充金庫に委任することができる。

(2) 州委員会は、1名の中立議長、2名の中立委員、8名の医師代表、3名の地区疾病金庫代表、2名の補充金庫代表並びに企業疾病金庫、同業疾病金庫及び農業疾病金庫の代表各1名により構成される。議長及び2名の中立委員及びそれぞれの代理については、保険医協会及び州連合会並びに補充金庫の同意が必要とされる。同意が得られなかつた場合、社会保険を管轄する州の最上級行政官庁が保険医協会、疾病金庫州連合会及び補充金庫の了解を得て任命する。州委員会の地域に一定の種類の疾病金庫州連合会が存在せず、そのために疾病金庫の代表数が削減される場合、医師数も相応に削減される。医師の代表とその代理は保険医協会により、疾病金庫の代表とその代理は疾病金庫州連合会及び補充金庫により任命される。

(3) 州委員会の委員はその職務を名譽職として遂行する。州委員会の委員はいかなる指示にも拘束されない。州委員会の費用は、一方で関係する保険医協会が、他方で疾病金庫連合会並びに補充金庫が半分ずつ負担する。連邦保健省は、連邦参議院の同意を得た法規命令により、連邦保険医協会及び疾病金庫中央連合会の意見聴取後、任期、職務執行、現金支払いの償還、委員会メンバーの時間拘束に対する補償及び費用分担に關する詳細を定める。

(4) 州委員会の職務は、本編により定める。州委員会の運営に關する監督は社会保険を管轄する州の最上級行政官庁が行う。

第91条 連邦共同委員会（2008年7月1日施行）

(1) 連邦保険医協会、ドイツ病院協会及び疾病金庫中央団体連盟は、連邦共同委員会を組織する。連邦共同委員会は権限能力を有する。連邦共同委員会は、法律上及び法外において決定委員会の議長により代表される。

(2) 連邦共同委員会の決定委員会は、1名の中立議長、2名の中立委員、連邦歯科保険医協会により指名された1名の委員、連邦保険医協会及びドイツ病院協会により指名されたそれぞれ2名の委員、疾病金庫中央団体連盟により指名された5名の委員により構成される。議長及び中立委員並びにそれぞれ2名の代理については、第1項第1文による組織が合意しなければならぬ。合意が成立しない場合、第1項第1文による組織の了解を得て連邦保健省による任命が行われる。中立委員はその活動を通常、主たる職業として行う；中立委員がその使用者により活動に必要な他管内で自由裁量に任ざられている限り、名譽職としての行使は許されている。中立委員の代理は、名譽職として活動する。主たる職業としての中立委員は、その任期中、連邦共同委員会と雇用関係にある。決定委員会におけるその責務に加え、それぞれの中立委員は連邦共同委員会の小委員会の議長を引き受ける。第1項第1文による組織は、中立議長と勤務協定を締結する。組織から指名されたその他の決定委員会の委員は、その活動を名譽職として遂行する；その他の委員は、決定委員会における決定の際、指示には拘束されない。第1項第1文による組織は、指名した各委員について3名までの代理を指名する。決定委員会における任期は4年である；2期までは許されている。

(3) 第1項第1文による組織により指名された委員の費用を除く連邦共同委員会の費用負担については、第139c条第1項が準用される。その他、第90条第3項第4文が、法規命令の公布前にドイツ病院協会の意見聴取を行わなければならないという条件で準用される。

(4) 連邦共同委員会は、次の各号を議決する。

1. 議決の基礎としての対策の効用、必要性及び経済性の特に学問上の分野を超えた評価方法上の要件並びに専門家の専門的中立性の証明及び各指針に関する意見聴取方法上の要件、特に意見聴取されるべき部署の規定、意見聴取の種類及び方法並びにその評価を連邦共同委員会が規定する手続き規定。
2. 連邦共同委員会の機能方法に関する規定、特に業務執行及び通常、部門を超えて形成された小委員会の設置による指針決定の準備に関する規定を行う業務規則；小委員会の議長並びに連邦共同委員会の委員会及び業務機関の協力については、決定委員会の中立委員により行われる；業務規則においては、第140f 条第2 項による組織から派遣された専門家の共同協議権を保證するための規定が行われなければならない。

手続規定及び業務規定は、連邦保健省の承認を必要とする。

(5) その対象が医師、精神療法医または歯科医の職業遂行に関する議決の際、これらの職業の議会のそれぞれの共同事業体には、意見表明の機会が与えられなければならない。第137 条第3 項第7 文は、なお効力を有する。

(6) 第137b 条による決定及び第137f 条による勧告に関する議決を除く連邦共同委員会の議決は、第1項第1 文による実施機関、その会員及び委員会並びに加入者及び給付提供者を拘束する。

(7) 第2 項第1 文による連邦共同委員会の決定委員会は、勤務規則二別段の定めがない限り、その委員の過半数で議決する。医薬品供給及び質の確保についての議決は、通常、部門を包括して行われる。議長及び更なる中立委員が決議案を統一的に事実に相応しくないと見なす場合、議長及び更なる中立委員は決定委員会に共同で独自の決議案を提出することができる。決定委員会はこの案をその決定の際、考慮に入れなければならない。決定委員会の会議は通常、公開されている。

(8) 連邦共同委員会の監督は連邦保健省が行う；社会法典第4 編第67 条、第88 条及び第89 条が準用される。

(9) 第1 項第1 文による組織は、2008 年7 月31 日までに決定委員会の議長を選任する。議長はその後、即座に決定委員会の委員並びにさらなる中立委員を任命する。決定委員会の設立は2008 年9 月30 日までで終了されなければならない。議長の選任までは、2008 年6 月30 日まで適用される版における第91 条第2 項第1 文による連邦共同委員会の議長が、連邦共同委員会の議長の責務を引き続き引き受ける。連邦共同委員会は2008 年6 月30 日まで適用される規定の割り振りにおける決定委員会の指名まで議決を行う。

第92 条 連邦共同委員会の指針

(1) 連邦共同委員会は、加入者に対する十分で、合目的で、かつ経済的な診療の保証に関し、医師診療の確保に必要な指針を決定する；その際、一般的に認められた医学水準により診断上または治療上の効用、医療上の必要性または経済性が証明されていない場合、連邦共同委員会は給付または措置の提供及び処方を制限または除外することができる。連邦共同委員会は次の各号に関し、特に指針を定めなければならない。

1. 医師による治療。
2. 疾病診療及び歯科矯正治療を含む歯科医による治療。
3. 疾病の早期発見対策。
4. 妊娠及び出産に際しての医師による世話。
5. 新しい検査方法及び治療方法の導入。
6. 医薬品、包装材料、治療手段及び補装具、入院治療と訪問看護及び社会療法による処方。
7. 労働不能の判定。
8. 個々のケースで提供される医療給付の処方とリハビリのための医学的、就職促進的かつ補足的給付に関する相談。

相談。

9. 調剤計画。

10. 第27 条 a 第1 項による妊娠をもたらす医療上の措置。

11. 第24 a 条及び第24 b 条による措置。

12. 患者移送の処方。

13. 質の確保。

14. 専門化した病院による緩和ケア、

15. 予防注射。

(1a) 第1 項第2 文第2 号による指針は、疾病診療及び歯科矯正治療を含む、原因に相応しい、歯の材質を保護し、予防指向の歯科治療を旨指さなければならない。連邦共同委員会は外部の包括的な歯科医学の専門知識も基礎として指針を決定しなければならない。連邦保健省は連邦共同委員会に、法律により連邦委員会に割り当てられた責務について協議するか審査することを計画し、そのために適切な期間を設定することができる。期間が守られなかった場合は、連邦委員会の委員から構成される仲裁機関が30 日以内に必要な決議を行う。仲裁機関は、中立議長、2 名の中立委員並びに連邦保健歯科医師協会及び疾病金融中央団体連盟により定められた代表各1 名からなる。第1 項第2 文第2 号による指針に関する連邦委員会の決定前に、歯科技工士の利益を守るための連邦レベルの中央団体には、意見表明の機会が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。

(1b) 第1 項第2 文第4 号による指針に関する連邦共同委員会の決定前に、第134 条第2 項に挙げられた連邦レベルの給付提供者の組織には、意見表明の機会が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。

(2) 第1 項第2 文第6 号による指針は、第35 条または第35a 条による定額を考慮に入れて、療法に相応しい処方量の選択と師格比較が医師に可能となるよう医薬品と治療手段を構成しなければならない。医薬品の構成は、適用範囲と成分グループにより区分される。療法と価格に相応しい医薬品を医師が選択できるようにするため、薬学上、比較可能な成分または治療上、比較可能な効果を持つ医薬品の評価について、第130a 条第1 項及び第30 項による割引を考慮に入れてそれぞれの薬局提供価格及び処方の経済性と比べても治療上の効用の評価が与えられる各適用範囲についての指示が取り上げられなければならない；第73 条第8 項第3 文から第6 文までが準用される。療法と価格に相応しい医薬品を医師が選択できるようにするため、個々の適用範囲毎に次の各号のグループに医薬品をまとめることができる；

1. 一般的な治療に相応しい薬剤。

2. 患者の一部のみに、または特殊な治療の場合に相応しい薬剤。

3. 周知の危険のため、あるいは製法の有効性が疑わしいために特別の注意を要する薬剤。

医学及び薬学の専門家と実務の専門家並びに医薬品製造業者と薬剤師の代表には、意見表明の機会が与えられなければならない；特殊な治療方針の医薬品の判定に際しては、その治療方針の専門家の意見表明も求められる。意見表明は決定に取り入れられなければならない。第1 項第2 文第6 号による指針には、構成の他に医薬品についての治療指示も与えることができる；第3 文及び第4 文並びに第1 項第1 文後半が準用される。

(3) 第2 項による医薬品の構成に対する苦情については、取り消しの訴えに関する規定が準用される。その訴えは延期効果を持たない。予審手続きは行われず、第2 項第2 文による適用範囲あるいは成分グループによる区分に対する個別の訴え、第2 項第4 文によるグループへの医薬品の統合あるいは第2 項による構成のその他の構成要素に対する個別の訴えは認められない。

(3a) 第1 項第2 文第6 号による医薬品処方のための指針に関する決定前に、経済的利益を守るための製薬企業及び薬剤師の標準的中央団体並びに特殊な治療方針の医師集団の連邦レベルにおける団体には、意見表明の機会が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。

(4) 第1 項第2 文第3 号による指針には、特に次の各号が規定される。

1. 早期発見のためのより多くの措置が統合される際の経済的方法の適用及び前提条件。

2. 疾病の早期発見対策を実施する際の証明書と記録文書に関する詳細。

3. 記録の評価の方法及び実施並びに疾病の早期発見対策の評価の詳細。

(5) 第1 項第2 文第8 号による指針に関する連邦共同委員会の決定前に、第111b 項第1 文に挙げられた給付提供者の組織、リハビリ実施機関（第9 編第6 条第1 項第2 号から第7 号まで）並びにリハビリについての連邦作業グループには、意見表明の機会が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。指針には、いかなる障害の場合に、いかなる前提条件のもとで、いかなる方法により医師は加入者の障害について疾病金融に報告しなければならないかが規定されなければならない。