

委員会の指針審査の範囲内で追加情報及び補完的意見表明を要求できる；情報が入るまで、第2文による期限の経過は中断される。指針に異議を申し立てないことは、連邦保健省により義務と結びつけることができる；連邦保健省は、義務を遂行するため適切な期間を設定することができる。

(2) 指針は連邦官報に及びその支えとなる基礎はインターネットに公示されなければならない。指針の公示は、支えとなる基礎のインターネットにおける公表の検査箇所への指針も含んでなければならない。

第7款 医師と歯科医の診療への参加の前提条件と形式

第95条 保険医診療への参加

(1) 保険医診療には、許可を受けた医師及び許可を受けた医療センター並びに資格を与えられた医師及び医師が管理し、資格を与えられた施設が参加する。医療センターは専門科を超えた医師により管理される施設で、その中で第2項第3文第1号による医師登録簿に登録された医師は勤務医または保険医として活動する。医療センターは、全ての許可を受けた組織形態を使用できる；許可、資格または契約に基づき加入者診療に参加する給付提供者が医療センターを設立できる。許可は医師としての開業地または医療センターとしての開業地について行われる（保険医開業地）。

(2) 医師名簿あるいは歯科医師名簿（以下「医師名簿」という。）にその登録を証明する全ての医師は、保険医として許可を得ようとすることができる。医師名簿は保険医協会により、それぞれの許可地域毎に管理される。医師名簿への登録は、次の各号の後、申請に基づいて行われる。

1. 保険医については第95a条による及び心心理療士については第95c条による前提条件を満たした後、
2. 保険歯科医に対する2年間の準備期間の終了後、

その医師が第3文による医師名簿に登録されている医療センターは、許可を得ようとすることができる；第2a項は許可を受けた医療センターにおける医師に準用される。許可を受けた医療センターにおける医師の雇用は、許可委員会の承認を必要とする。第5文の前提条件が満たされている場合、承認は与えられなければならない。医師の許可及び医療センターの許可並びに許可を受けた医療センターにおける医師の雇用の承認に対する申請は、申請の際、そこで活動している医師について第103条第1項第2文による許可の制限が命令されている場合、拒否されなければならない。医療センターに雇用されている医師については、第135条が準用される。

(2a) 保険医としての許可の前提条件はさらに、申請者が1998年6月18日まで適用されていた法律に基づき将来許可を得られることを期待できたことである。医師・疾病金融州委員会第100条第1項第1文により過半数給付と認定した地域における許可の申請については、この限りではない。

(3) 許可により、保険医はその保険医開業地の当該保険医協会の会員となり、保険医診療への参加の権限と義務が与えられる。医療センターの許可は、医療センターに勤務する医師が医療センターの保険医開業地を管轄する保険医協会の会員であり、許可を受けた医療センターがその限りについては、第135条が準用される。

(4) 資格の付与により、資格を与えられた医師あるいは医師が管理し、資格を与えられた施設は、保険医診療への参加の権限と義務を与えられる。保険医診療に関する契約に基づく決定事項は、それらの医師と施設に対する拘束力を有する。第5項から第7項、第75条第2項及び第81条第5項が準用される。

(5) 保険医がその活動を始めないか、あるいは行わない場合でも、要する期間内にその活動の開始が期待される場合、または第79条第1項による理事会において選ばれている保険医の申請に基づき、許可は許可委員会の議決に基づく。

(6) それらの前提条件がないか、もはや存在せず、保険医が保険医活動を開始しないか、もはや実行しない場合、若しくは保険医の義務に著しく反した場合は、許可は取り上げられる。保険医としての義務に著しく反した結果、保険医から保険医としての参加が取り上げられる場合も許可が取り上げられる。第1項第3文後半の前提条件ももはや存在しない場合も、医療センターからは許可が取り上げられる。

(7) 許可は、死亡、棄権の発効、または保険医開業地の地域からの資格を与えられた者の転居とともに終了する。

(6) 第1項第2文第6号による指針には、特に次の各号について規定されなければならない。

1. 処方可能な治療手段の目録、
2. 治療手段の適応症への分類、
3. 再処方時の特例及び
4. 処方した保険医と治療手段の各提供者との協力の内容及び範囲。

第1項第2文第6号による治療手段の処方についての指針に関する連邦委員会の決定前に、第125条第1項第1文に挙げられた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。

(6a) 第1項第2文第1号による指針には、特に心理療法を必要とする疾病、治療に相応しい方法、申請方法及び判定方法、判定会議並びに治療方法、範囲及び実施に関する詳細を規定しなければならない。指針はさらに、如診報告への内容上の要求及び対診報告（第28条第3項）を提供する保険医の専門的要求に関する規定を定めなければならない。最初の指針は1998年12月31日に決定され、1999年1月1日に施行されなければならない。

(7) 第1項第2文第6号による指針には、特に次の各号について定められなければならない。

1. 訪問看護の処方及び医師の目標設定、
2. 処方した保険医と各提供者及び病院との協力の内容及び範囲、
3. 在宅看護の処方及び入院に続く病院における医薬品の継続使用についての前提条件。

第1項第2文第6号による訪問看護の処方についての指針に関する連邦共同委員会の決定前に、第132a条第1項第1文に挙げられた給付提供者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。

(7a) 第1項第2文第6号による補装具の処方についての指針に関する連邦共同委員会の決定前に、第128条第1項第4文に挙げられた当該給付提供者及び補装具メーカー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。

(7b) 第1項第2文第14号による専門的な通訳による緩和ケアの処方についての指針に関する決定前に、ホスピス労働及び緩和ケアの標準的組織並びに第132a条第1項第1文に挙げられた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。

(7c) 第1項第2文第6号による社会療法の処方についての指針に関する決定前に、社会療法診療の給付提供者の標準的組織は、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。

(8) 連邦共同委員会の指針は、連邦基本契約の構成要素である。

第92a条 (削除)

第93条 除外される医薬品の一覧表

(1) 連邦共同委員会は、規則的な間隔で、第34条第1項により、あるいは第34条第2項及び第3項に基づく法規命令により、全くか一定の適応症の分野には第31条による給付から除外される医薬品を一覧表にまとめなければならない。この一覧表は連邦官報に公示される。

(2) 連邦共同委員会が第1項による義務を果たさないうか、連邦保健省が決められた期間内に義務を果たさないう場合、連邦保健省は一覧表を構成し、連邦官報に公示する。

第94条 指針の発効

(1) 連邦共同委員会により決定された指針は、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ヵ月以内に異議を申し立てることができる；第95条第1項による議決の際、4週間以内に医師診療の確保に必要な連邦共同委員会の決定が成立しない場合若しくは連邦保健省が決められた期間内に成立しない場合、または連邦保健省の異議申立が自ら定めた期間内に行われなかった場合、連邦保健省はその指針を発令する。連邦保健省は、連邦共同

医療センターの許可は、許可を受けた医療センターの放棄の効力発生、解散または移転とともに終了する。そのほか、1999年1月1日以降、保険医が満68歳に達した四半期の末に許可は終了する。保険医が、

1. 満68歳に達した時点で、保険医としては2年未満しか活動しておらず、
2. 1999年1月1日以前に既に保険医として許可を受けている場合、許可委員会はその許可を最長この期間の終了時点まで延長する。

第4文第2号は、1999年1月1日以前に加入者の外来診療に協力したという条件で心理療法士に適用される。第82条第1項による契約については、第3文から第4文までが準用される。許可を受けた医療センターにおける医師の雇用は、満68歳に達するとともに終了する；第103条第4a項第1文の場合、第3文から第5文までが準用される。

(8) (削除)
(9) 保険医は1日勤務の医師1名または最高でも2名の半日勤務の医師を雇用することができる。詳細は、連邦共同委員会の許可命令及び指針に定める。第2b項及び第7項は勤務案についても準用される。

(10) 心理療法士は、次の場合、保険医診療への許可が与えられる。
1. 1998年12月31日までに心理療法士法第12条による認可の前提条件及び第95c条第2文第3号による専門学識証明の前提条件を満たしており、許可の付与の申請を行った場合、
2. 1999年3月31日までに認可証書を提出した場合で、かつ
3. 1994年6月25日から1997年6月24日までの期間に公的病病保険の加入者の外来心理療法に携っていた場合、許可委員会は、1999年4月30日までに許可申請に関する決定を行わなければならない。

(11) 心理療法士は、次の各号の場合、保険医診療への参加資格を与えられない。

1. 1998年12月31日までに心理療法士法第12条による許可の前提条件を満たし、連邦共同委員会が1998年12月31日まで適用される保険医診療における心理療法の実施に関する指針(1987年7月3日の版)における心理療法指針に連邦官報 No156a-1997年3月12日の公示により最終的に変更・連邦官報 No49 S. 2946)において認めた治療方法で、500時間の治療または資格を有する指導者のもとでの250時間の治療を行った場合で、かつ事後の資格付与への申請を提出した場合、
2. 1999年3月31日までに認可証書を提出し、かつ
3. 1994年6月25日から1997年6月24日までの期間に公的病病保険の加入者の外来心理療法に参加している場合。

許可委員会は1999年4月30日までに許可申請に関する決定を行わなければならない。有効となる事後の資格付与は、心理療法士法第12条第1項及び第3項により認可に必要な資格、治療時間、治療件数及び連邦共同委員会により認められた治療方法における理論的訓練が行われていることを前提とする。事後の資格付与の有効となる終了の証明の際、許可委員会は申請があれば資格を許可に変更しなければならない。心理療法士の資格は事後の資格付与の終了時に、遅くとも資格付与の5年後に消滅する；しかし、資格付与の5年後までに変更の申請がある場合、許可委員会の決定があるまで資格は維持される。

(11a) 1998年12月31日まで養育義務があり、同一世帯に生活する子供を3年間養育するために養育活動を行っていなかった心理療法士については、第11項第1文第1号に挙げられた資格申請及び治療時間満了までの期間には育児期間に相当する期間だけ、最高でも3年間延期される。心理療法士の資格は、養育義務があり、同一世帯に生活する子供を養育する3年の育児期間のうち、稼働活動を行っていなかった期間に停止する。資格期間は最高でも育児期間だけ延長される。

(11b) 第10項第1文第3号及び第11項第1文第3号に挙げられた期間に、養育義務があり、同一世帯に生活する子供を3年間養育するために稼働活動を行っていなかった心理療法士については、期間の開始は3年間の育児期間に相当する期間だけ繰り延べられる。1994年6月25日以前に育児期間が開始している場合、育児期間の開始時点から期間に計算される。

(12) 許可委員会は、心理療法士及び主としてまたは専ら心理療法活動に携る医師の1998年12月31日より後に提出された許可申請に関しては、医師・疾病金州委員会が第103条第1項第1文による判定を行っている場合

に始めて決定する。第1文による申請は、許可の制約が申請時にまだ命令されていなかった場合も許可の制約のために拒否される。

(13) 心理療法士及び主としてまたは専ら心理療法活動に携る医師(第101条第3項第1文)の許可事項においては、第96条第2項第1文及び第97条第2項第1文とは異なり、心理療法士及び医師の同僚の代表が医師の代表の代わりとなる；心理療法士の代表のうち、最低でも1名は青少年心理療法士でなければならない。心理療法士の代表は、心理療法士の職業上の利益を代表する州レベルにおける組織の提案に基づき、当該監督官庁が任命する。

第95a条 保険医名簿への登録の前提条件

(1) 医師名簿への登録の前提条件は次の各号である。

1. 医師としての資格、

2. 一般医学の継続教育若しくは専門科名の表示資格を有する専門分野の継続教育の終了または第4項及び第5項により認められた資格の証明

(2) その医師が一般医学の専門医であることを標榜することを州法の規定により認められており、継続教育を行う資格を有する医師のもと及び継続教育を行う許可を得ている施設での最低3年間(2006年1月1日から5年間の)の一般医学における継続教育後にこの資格を得た場合、第1項第2号という一般医学の継続教育が証明される。

(3) 一般医学の継続教育は、最低5年間という期間に関わりなく、内容的に最低でも1988年9月15日のEC議会の一般医学における専門教育に関する指針(86/457/EWG)の要求に対応していなければならない。一般医学の専門医の標榜を獲得することで終了しなければならない。一般医学の継続教育は特に次の各号の活動を含んでいなければならない：

1. 一般医学における継続教育資格を有する開業医の診療所において最低6ヵ月、
2. 許可病院において最低6ヵ月、
3. 医師が患者臨床行為を委託されている限り、他の許可施設または保健医療業務において最高6ヵ月、
- (4) 医師が1986年9月15日のEC議会の一般医学における専門教育に関する指針(86/457/EWG)の実施に関する州法の規定をもとに1995年12月31日まで「全科医」の標榜をすることを認められている場合も、その前提条件は満たされている。
- (5) ヨーロッパ経済協力体の他の加盟国において交付された卒業資格、免許状または1986年9月15日のEC議会の一般医学における専門教育に関する指針(86/457/EWG)第1条の施行で交付されているか、この指針の第6条により第1条に規定された証明と同等と見なされるその他の資格証明の所有者である場合、国内においても職業を営むことを認められた医師もその申請により登録されなければならない。卒業資格、免許状及びその他の医師の資格証明を相互に認定するため並びに自由貿易外取引権及び居住権の実際の実施の対換のための1975年6月16日付EC議会指針(75/362/EWG)第4条により認められている他の加盟国で交付された卒業資格、免許状及びその他の専門医の資格証明所有者が、または1994年12月31日までに登録を申請している限り、この指針の第3条により認められ、ヨーロッパ経済共同事業体の他の加盟国で交付された卒業資格、免許状またはその他の医師資格証明の所有者である場合も登録されなければならない。

第95b条 許可の集団返上

(1) 他の医師と相互に取り決められた方法または行動により保険医としての許可を返上することは、保険医の義務に反する。

(2) 保険医が他の医師と相互に取り決められた方法または行動により保険医としての許可を返上し、このため第72a条第1項による監督官庁の決定が行われた場合、新たな許可は返上表明の提出後、最低でも6年を経過しなければ与えられない。

(3) 加入者が第1項によりその許可を返上した医師または歯科医を受診した場合、疾病金州はその医師または歯

科医に位階免除の効力を有する報酬を支払う。疾病金庫に対する報酬請求権は、医師報酬表または歯科医報酬表の報酬率金の1.0倍に制限される。加入者に対する医師または歯科医の報酬請求権は存在しない。異なる協定は無効である。

第95c条 医師登録簿への心理療法師士の登録に必要な前提条件

心理療法師士の場合、医師登録簿への登録は次の各号を前提条件とする：

1. 心理療法師士法第2条または第12条による心理療法師士としての資格及び

2. 専門学識証明。

専門学識証明は、次の各号を前提条件とする。

1. 心理療法師士法第2条第1項により認定された心理療法師士については、連邦共同委員会により認められた治療方法法において心理療法師士法第8条第3項第1号による高度な教育を成績優秀に終了していること；

2. 心理療法師士法第2条第2項及び第3項により認定された心理療法師士については、認定の根拠とされた教育及び臨床が第92条第6a項により連邦共同委員会が認めた治療方法法において終了していること；

3. 心理療法師士法第12条により認定された心理療法師士については、認定に必要なとされる資格、継続教育または治療時間、治療件数及び第92条第1項第2文第1号により連邦共同委員会が認めた治療方法法における理論的教育を証明していること。

第95d条 専門的継続教育義務

(1) 保険医は、保険医診療におけるその職務の遂行に必要な専門知識の維持及び向上に必要な範囲内において専門教育を継続して受ける義務がある。継続専門教育の内容は、医療、歯科医療または心理療法の分野における科学的知識の現状に相応しいものでなければならぬ。その内容は、経済的利益から無関係でなければならない。

(2) 継続教育に関する証明は、医師会、歯科医師会並びに心理療法師士及び青少年心理療法師士の継続教育証明により行われる。その他の継続教育証明は、連邦レベルにおけるこれらの職業の各団体の共同事業体が作成した基準に相応しくなければならない。例外的ケースにおいては、継続教育の第1項第2文及び第3文による要件との一致は、その他の証明によっても行われる；詳細については、第6項第2文による連邦保険医協会が規定する。

(3) 保険医は5年ごとに保険医協会に対し、過去5年間に第1項による継続教育義務に従った証明を行わなければならない；許可の休止期間については、期間は中断する。それまでの許可が保険医の保険医開業地の地域からの移転により終了した場合、それまでの期間は継続する。2004年6月30日に既に許可を受けている保険医は、第1文による最初の証明を2009年6月30日までに行わなければならない。保険医が報酬を5年の期間に続く4四半期間（1年間）の保険医活動の報酬については10%、それ以降の四半期からは25%削減することを義務づけられている。保険医は、5年の期間に定められた継続教育を2年以内に完全に、部分的に取り戻すことができる；取り戻した継続教育は、次の5年の期間に算入されない。報酬の削減は、完全な継続教育証明が行われた四半期の経過後、終了する。保険医が継続教育証明を遅くとも5年の期間の経過後、2年以内に行わない場合、保険医協会は遅滞なく許可委員会に対し許可の取消を提議しなければならない。許可の取消が拒否された場合、保険医が次の5年間の完全な継続教育証明を行う四半期の経過後、報酬の削減は終了する。

(4) 第1項から第3項は、資格を与えられた医師に準用する。

(5) 第1項及び第2項は、医療センターまたは保険医に準用する。第3項による勤務医については第3項による継続教育証明は、医療センターまたは保険医が行う。勤務医が3ヵ月以上、就労しない場合、保険医協会は申請に基づき5年の期間を足りない期間だけ延長しなければならない。医療センターまたは保険医の報酬が削減されるという条件で、第3項第2文から第6文及び第8文が準用されない。雇用関係が終了した四半期の経過後、保険医協会に雇用関係の終了が証明された場合も、報酬の減額は終了する。雇用関係が継続し、許可を受けた医療センターまたは保険医が遅くとも5年の期間の経過後、2年以内に勤務医について継続教育証明を行わない場合、保険医協会は遅滞なく許可委員会に対し雇用の承認の取消を提議しなければならない。

(6) 保険医協会は連邦レベルの当該協会の共同事業体の了解を得て、5年の期間に必要な継続教育の適切な範囲を規定する。保険医協会は、継続教育証明及び報酬減額の方法を規定する。特に、どのような場合に保険医が5年の期間の経過前に終了した継続教育の文書による認可に対する請求権を有するかが定められなければならない。規定は保険医協会を拘束する。

第96条 許可委員会

(1) 許可事項における決議と決定のため、保険医協会及び疾病金庫州連合会並びに補充金庫は各保険医協会の管轄区域かその管轄区域の一部（以下「許可地域」という。）に、医師のための許可委員会と歯科医のための許可委員会を設立する。

(2) 許可委員会は、医師及び疾病金庫の同僚の代表により構成される。医師の代表及びその代理は保険医協会により、疾病金庫の代表及び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。許可委員会の委員は、その職務を名誉職として遂行する。委員はいかなる指示にも拘束されない。議長は医師と疾病金庫の代表が交互に務める。許可委員会は多数決により決定し、可否同数の場合は、申請が否決されたものと見なされる。

(3) 許可委員会の業務は保険医協会において行われる。許可委員会の費用は、それが手数料によって賄い切れない場合は、保険医協会と疾病金庫州連合会及び補充金庫が半半負担する。

(4) 許可委員会の決定に対し、手続きに参加した医師及び医師が管理する施設、保険医協会及び疾病金庫州連合会並びに補充金庫は不服申立委員会に異議申立を行うことができる。異議申立は、延期効果を有する。

第97条 不服申立委員会

(1) 保険医協会と疾病金庫州連合会及び補充金庫は各保険医協会の管轄区に、医師のための不服申立委員会及び歯科医のための不服申立委員会を設立する。必要に応じ、ひとつの保険医協会の地域に複数の複数の不服申立委員会を設立すること、または複数の保険医協会の地域にひとつの共同不服申立委員会を設立することができる。

(2) 不服申立委員会は、裁判官の資格を有する議長並びに陪審員としての医師と疾病金庫州連合会及び補充金庫の同僚の代表で構成される。議長の人選については、陪審員の合意を必要とする。合意が成立しない場合、社会保険を管轄する最上級行政官が、保険医協会と疾病金庫州連合会及び補充金庫の了解を得て任命する。第96条第2項第2文から第5文及び第7文並びに第3項が準用される。

(3) 手続きについては、社会裁判官法第84条第1項及び第85条第3項が適用される。不服申立委員会前の手続きは予審手続き（社会裁判官法第78条）と見なされる。

(4) 不服申立委員会は、公共の利益のためにその決定の即時執行を指示することができる。

(5) 許可委員長と不服申立委員会の業務執行に関する監督は、社会保険を管轄する州の最上級行政官が行う。保険医協会、疾病金庫州連合会または補充金庫がその代表を任命しない場合は、その行政官が医師と疾病金庫の代表を任命する。

第98条 許可命令

(1) 許可命令は、保険医診療への参加に関する詳細並びに保険医診療の確保のために必要な論議計画（第99条）及び許可の制限を定める。許可命令は、連邦保健省より連邦参議院の同意を得た法規命令として発令される。

(2) 許可命令は、次の各号についての規定を含んでいなければならない。

1. 委員会の委員及びその代理の数、任命及び解任、その任期、責務及び支給すべき現金支出の償還並びに滞り時間に対する補償、
2. 委員会の運営、
3. 社会裁判権の準備手続きの原則に準ずる委員会における手続き、
4. 手続き料及び参加団体への委員会費用の配分、
5. 保険医協会による医師名簿の管理及び連邦保険医協会による連邦医師名簿の管理、並びに医師名簿及び登録書類の閲覧権、特に関係の医師及び疾病金庫による閲覧権。

3. 診療地域における保険医診療の質を維持するために不可欠である限り、保険医開業地における例外的追加補充のための基準値。
4. 医師がその地域で既に活動している専門が同じ保険医と共同で保険医としての活動を行うおとし、共同診療所のパートナーが許可委員会に対しこれまでの診療範囲を本質的に超えない給付制限を行うべき義務を負う限り、許可の制限が指定されている計画地域における医師の許可についての例外規定、これについては第811条第2項第1文による施設及び医療センターにおける医師の雇用に伴う；供給水準を調べる際、医師は計算2に入れたらならない。
5. 保険医が許可委員会に対しこれまでの診療範囲を本質的に超えない給付制限を行うべき義務を負う限り、終日勤務の医師1名または半日勤務の医師2名の雇用規定；供給水準を調べる際、雇用されている医師は計算2に入れたらならない。

需要に即した一般的供給水準を10%上回る場合、過剰供給と見なされる。需要に即した一般的供給水準は、1990年12月31日の状況について初の全国統一調査が実施されなければならない。供給水準の調査の際には、1980年12月31日以降における保険医診療への受診の伸びを医師の専門毎に考慮に入れなければならない。計画地域は市街地地域及び農村地域に対応したものでなければならない。計画地域における医療水準の計算の際、医療センターに勤務する医師はその労働時間に応じて考慮に入れなければならない。

(2) 次の各号により必要となした場合、連邦共同委員会は第1項第3文及び第4文を根拠に調査された割合を調整するか、新たな割合を決定しなければならない。

1. 医師集団の専門区分の変更、
2. ある医師集団の医師数が連邦全体で1000を超えらるか、
3. 需要に即した診療を確保するため。

調整または新たな決定の際、前年12月31日現在の医師数を基礎としなければならない。

- (3) 第1項第1文第4号の場合、医師は一般的保険医診療の期間に制限されず許可を得る。第1項第1文第4号による制限及び給付制限は、第103条第3項による許可制限が廃止される際、速くとも10年間の共同保険医活動後に終了する。制限が終了した場合、供給水準の調査の際に医師は計算2に入られる。第103条第4項による診療継続の場合、申込者の選択の際、第1項第1文第4号に挙げられた医師の共同診療行為は少なくとも5年間の共同診療行為後に初めて考慮に入れなければならない。第311条第2項第1文による施設については、第2文及び第3文が準用される。

(4) 主としてまたは専ら心理療法士として活動している医師及び心理療法士は、第2項という医師集団を形成する。これらの医師集団についての需要に見合った一般的供給水準は、1999年1月1日現在について最初の算出が実施されなければならない。許可を受けた医師及び第95条第10項により許可を受けた心理療法士が計算2に入れなければならない。その際、主として心理療法士として活動している医師は、因数0.7で考慮に入れなければならない。第1項により指図においては、2008年12月31日までの期間について、それぞれ少なくとも一般的比例定数の40%の供給割合は主としてまたは専ら心理療法士として活動している医師及び心理療法士に留保されていなければならない。第103条第1項による過剰供給の判定の際、40%の供給割合と第95条第11項により資格を与えられた心理療法士は計算2に入れなければならない。

(5) 家庭医(第73条第1a項)は、2001年1月1日以降、小児科医を除き、第2項という医師集団を形成する；第4項は有効力を有する。一般的な需要に見合った供給水準は、1995年12月31日現在について最初に調査しなければならない。専門医診療に参加する内科医についての比例定数は、1995年12月31日現在について新たに算出されなければならない。共同連邦連合会は、新たな比例定数を200年3月31日までに決定しなければならない。州委員会は第103条第1項第1文による判定を2000年12月31日現在について最初に行われなければならない。専門科名を表示しない内科医の家庭医診療または専門医診療への変更は、第103条第1項による許可制限が指定されていない場合のみ、許される。

(6) 第1項第1文第3号から第5号まで及び第3項及び第3a項は、歯科医には適用されない。

6. 医師名簿への登録手続き、
7. 許可地域の設定と制限、
8. 保険医診療の中長期的確保に必要な需給計画の設定、調整、継続的発展及び評価、並びにそのために必要な他の官庁との協力とその情報提供及び医師・疾病金庫州委員会における相談、
9. 保険医開業地の公示、
10. 保険医活動の実施への準備と能力に関する許可に対する前提条件、
11. 特に病院と職業リハビリの施設に在るか、あるいは特別の場合には医師が管理する施設に在る医師が、保険医診療への参加資格を許可委員会から与えられるための前提条件、資格を与えられた医師と医師が管理する施設の権限と義務、並びに同じ専門科の医師による資格を与えられた病院勤務医の代理の許可、
12. 満55歳に達した医師の許可と資格付与の除外、並びに資格付与が保険医診療の確保のために必要である限り、そして特別の場合にこの原則を例外とするための前提条件、
13. 自由業の営業原則により、保険医が助手及び代理を保険医活動に従事させ得る前提条件、またはは保険医としての活動を共同で行うことができる前提条件、
14. 当該ドクトル官庁に医師の暫定的実行の許可を与えられた医師及びBIC(ヨーロッパ経済共同事業体)契約の第60条による職務履行の暫定的実行のために国内で活動している医師による保険医活動への参加、
15. 保険医診療の確保に必要な、棄権する際の保険医活動を終了するための適切な期間。

第8章 需給計画、過少供給、過剰供給

第99条 需給計画

(1) 保険医協会は、疾病金庫州連合会及び補充金庫と協力して、当該州官庁の了解を得て、連邦共同委員会が公布した州レベルでの指針を基準として、保険医診療を確保するための需給計画を策定し、その都度、状況の変化に対応させなければならない。地域開発計画及び州計画並びに病院計画の目標及び要件は考慮されなければならない。需給計画は相応しい方法で公開されなければならない。

(2) 保険医協会と疾病金庫州連合会及び補充金庫の協力が成立しない場合、各関係者は医師・疾病金庫州委員会に仲介を依頼することができる。

(3) 州委員会は第1項による需給計画を審議し、第2項の場合は決定する。

第100条 過少供給

(1) 許可制限の前提条件として必要な、許可地域の一定範囲で医師の過少供給が生じたか、近い将来、差し迫っていると決定するのは、医師・疾病金庫州委員会の義務である。州委員会は、当該地区を管轄する保険医協会に過少供給の除去と同様のための適当な期間を認めなければならない。

(2) 保険医協会の措置によっても、あるいはその他の相応しい措置によっても保険医診療の確保が保証されず、過少供給がその期間の経過後も続く場合、許可委員会に対し拘束力を有する州委員会は、その許可委員会の意見聴取後、許可命令により他の地区での許可制限を指示しなければならない。

(3) 過少供給でない計画地域における追加の地方診療需要が存在するという確認は、第101条第1項第3a号による指針の基礎により、医師・疾病金庫州委員会に義務づけられている。

(4) 第1項第2文及び第2項は、歯科医には適用されない。

第101条 過剰供給

(1) 連邦共同委員会は指針に次の各号に関する規定を定める。

1. 保険医診療における需要に見合った一般的供給水準のための統一割合、
2. 家庭医及び専門医による均衡の取れた診療構造のための基準、

第102条 需要許可

- (1) 2003年1月1日から、法律に定められる比例定数（医師1人あたり人口）をもとにした許可が行われる。比例定数の決定は医師集団毎に行われ、家庭医と専門医の割合を規定する。連邦共同委員会は、比例定数を医師の連携へ適用するための基準を指示に設けなければならない。この基準をもとに、許可に関する決定の際に医師の連携の形成を促進することができる。第1文による比例定数の超過につながる医師の許可申請は、ある診療分野における保険医診療の質の維持に不可欠な場合で、それぞれの診療地域の需給計画が例外的に保険医の追加補充を予定しているのではない限り、許可委員会から拒否される。
- (2) 連邦保健省は2001年12月31日までに、適切な研究機関に委任することにより第1項に基づき法律に定められるべき比例定数による需要許可のために必要なデータベースを構築させなければならない。

第103条 許可制限

- (1) 医師・疾病金庫州委員会は、過剰供給が存在するかどうかを判定する。過剰供給が存在する場合、州委員会は許可命令の規定により、連邦共同委員会の指針を考慮に入れて許可の制限を命令しなければならない。
- (2) 許可制限は、地域的に設定されなければならない。その制限は、保険医協会の1計画領域または2以上の計画領域を含むことができ、医師グループ毎に金庫毎の特殊性を加味して指定されなければならない。
- (3) 許可の制限は、過剰供給の前提条件が削減した場合、撤回される。
- (4) 許可の制限が指定されている計画領域における保険医の許可が、年齢制限に達したこと、死亡、資格の返上または取り消しにより終了し、診療所が後継者によって継続されなければならない場合、保険医協会は保険医または診療所を使用する権限を認められているその相談人の申請により、その公示が予定されているペーパーに連帯なくその保険医のポストを公募しなければならない。提出されている志願者のリストを作成しなければならない。リストは、許可委員会、保険医及びその相談人に自由に閲覧させなければならない。それまでの保険医の後継者として公募されている診療所を継続しようとする多くの志願者の中から、許可委員会は然るべき判断により後継者を選定しなければならない。志願者の選定の際、その職業適性、許可年齢及び医師としての活動期間、さらに志願者が保険医の配偶者、子供、これまでの保険医のもとで勤務していた医師またはこれまで診療所を共同で経営していた保険医であるかどうかを考慮に入れなければならない。脱退した保険医またはその相続人の経済的利益は、購入価格が診療所の流通価額を超過しない場合のみ、考慮に入れなければならない。
- (4a) 許可の制限が指定されている計画領域における保険医が、医療センターに勤務するためその許可を辞退する場合、許可委員会は雇用を承認しなければならない；第4項による診療の継続はできない。保険医による活動が第4項第1文による許可の終了の場合に診療所の後継者に継続されなければならない場合、医療センターが保険医の開業地を引き受け、保険医により活動が施設の勤務医により継続させるという方法でも診療所を継続することができる。第4項及び第5項が準用される。その所在地が許可の制限が指定されている計画領域にある医療センターにおける最低5年の活動の後、医師は許可の制限に関わらず、申請により計画領域における許可を受けたい場合も、医療センターに医師職の後継が可能である。
- (5) 保険医協会は（登録機関）は各計画領域に待機リストを作成しなければならない。保険医のポストを得ようとし、医師名簿に登録されている医師は、申請により待機リストに収録される。第4項による保険医診療所の引継志願者を選択する際、待機リストへの登録期間は考慮に入れなければならない。
- (6) それまで診療所を1名または2名以上の保険医と共同で経営してきた保険医の許可が終了した場合、第4項及び第5項が準用される。診療所に残る保険医の利益は、志願者を選択してきた保険医の許可が終了した場合、第4項ならぬ。
- (7) 許可の制限が指定されている計画領域内において、病院経営者は登録医契約を締結するための申し出を公募しなければならない。計画領域において開業を許可されている保険医との登録医契約が成立しない場合、病院経営者はそれまで計画領域内において開業を許可されていない医師との登録医契約を締結できる。この者は、登録

医としての活動期間に設定された許可を受け；第3項による許可制限が中止される際、遅くとも10年経過後に制限は消滅する。

- (8) 第1項から第7項までは、歯科医には適用されない。

第104条 許可制限の手続き

(1) 許可命令は、どのような前提条件のもとで、どのような範囲で、どれだけの期間、保険医の過剰供給が起きているか、近い将来、起りそうな許可地域の範囲における需要に見合った医師診療の確保のため、他の適切な措置を事前に尽くした後、過剰供給に該当しない許可地域の範囲における許可制限を予定しなければならないか、その際、どの程度まで許可委員会が州委員会の指示に拘束され、過剰なケースを考慮しなければならないかを定める。

(2) 許可命令は、第101条の基準により、保険医の過剰供給のときに許可制限を指示する際の手続きに関する詳細についても定める。

- (3) 第1項及び第2項は、歯科医には適用されない。

第105条 保険医診療の促進

(1) 保険医協会は、保険医診療の確保を保証するか、改善するか、または促進するため、連邦保険医協会の援助で需給計画に相応しいあらゆる適切な財政上の措置及びその他の措置を講じなければならない；医師・疾病金庫州委員会が第100条第1項による決定を行う地域または地域の一部における保険医への確保加算の確保加算、可能な対策に含まれる。加入者の直接の医療に役立つ施設の経営、あるいはそのような施設へ参加するためには、保険医協会は疾病金庫州連合会及び補充金庫の了解を必要とする。

(2) 保険医協会は、医師が自らの措置を支援するために必要とする医療技術上の給付が経済的に実施されるよう努力しなければならない。保険医協会はその実施が医学的要件を満たす場合、保険医診療の範囲内において開業の共同施設からそのような給付を得られるようにすべきである。

(3) 保険医協会は、満61歳からの保険医としての許可の任意返上を経済的に促進することができる。

(4) 医師・疾病金庫州委員会は第1項第1文後半による確保加算の提供、医師1人あたりに支払われる確保加算の額、対策の期間並びに資格を有する者の適用範囲における団体契約の基準により報酬を支払う疾病金庫は、第1文から生じる保険医への支払い額を折半負担する。第2文とは異なり、疾病金庫は2007年において2009年まで第1文から得られる保険医への支払額の満額を引き受ける。第3文は、保険医診療には適用されない。第2文により疾病金庫に生じる額の各疾病金庫への配分についての詳細については、医師・疾病金庫州委員会が決定する。

(5) 第1項第1文後半及び第4項第1文、第2文及び第5文は、保険医診療についてのみ適用される。

第9章 経済性審査

第106条 保険医診療の経済性審査

- (1) 疾病金庫及び保険医協会は、保険医診療の経済性を助言と審査により監視する。
- (1a) 必要な場合、第4項に挙げられた審査機関は、保険医から1年間またはそれより短い期間に提供され、処方されたまたは指された給付に関する見直しに基づき医療の質と経済性問題に関する助言を与える。
- (2) 診療の経済性は次の各号により審査される：
1. 第84条による基準値量を超えた場合の医師が処方した給付の医師毎の審査（基準値審査）、
 2. 四半期毎に最低でも医師の2%をカバーする医師及び加入者毎の抽出調査をもとにした、医師による給付と医師が処方した給付の医師毎の審査（抽出審査）。

第1文第2号による抽出調査の範囲は、医師集団毎に定められなければならない。第1文第2号による抽出調査は、請求のために提出された給付量の他に、転医証明、入院の指示及び勤務不能の認定並びにその他の処方給

付、特に費用のかかる医療機器による給付も含む；報酬に影響する制限規定は審査に影響しない。疾病金融庫連合会及び補充金庫は統一かつ共同で、第1文に規定された審査以外の医師による給付及び医師が処方した給付の平均値による審査または他の医師毎の審査を保険医協会と協定することができる；その際、加入者毎のデータの期間中に実施されなければならない；（「経済性を向上するための審査の有効性を高め、これにより審査方法が単純化される場合、審査は四半期間、実施することができる；基準値審査が実施できない場合、基準値審査はさもないと同じ法律上の基準を有する専門集団平均に基づき行われる。（「第1文第1号による異常値審査は、通常、専門集団の医師の5%以内で実施されるべきである；疾病金融庫に支払うべき第5a項による超過費用の決定は、審査された処方期間の終了後、2年以内に行われなければならない。医師が第130a条第8項による契約に加わっている医薬品の処方、第1文第1号による審査の対象ではない。その経済性は、これらの契約における協定により保証されなければならない；疾病金融庫は審査機関に必要な記載事項、特に医薬品登録番号、参加する医師及び契約の有効期間を送信する。特に、第1文による審査の際、その一定の適用分野における医師により処方された給付が明らかに専門集団と異なる医師も、並びに特に薬事法第67条第6項による検査に参加している医師により保証された給付も審査されるべきである。（2008年1月1日施行）」）

- (2a) その根拠が存在する限り、第2項第1文第2号による審査における経済性審査の対象は次の各号である：
 1. 給付の医療上の必要性（適応症）、
 2. 治療上または診断上の目標を達成するための給付の適性（効果）、
 3. その専門に相応しい提供（質）のために認められた基準、特に連邦共同委員会の指針に含まれている基準との一貫、
 4. 治療目的から見た給付によって生じた費用の適切性、
 5. 種別補給治療及び種別臨診治療の際における治療計画及び費用計画との給付の一致。

(2b) 連邦保険協会及び疾病金融庫中央団体連盟は、特に第2a項による審査対象、抽出調査の決定及び範囲並びに給付指標の選択について、2004年12月31日までに最初の第2項第1文第2号による審査の内容及び実施に関する指針を協定する。指針は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カ月以内に指針に対し異議申し立てをすることができない。指針が成立しないか、連邦保健省の異議申し立てが定めた期間内に行われなければ、連邦保健省は指針を公布することができる。

(2c) 第2項第1文による審査は、第296条第1項、第2項及び第4項並びに第297条第1項から第3項までにより第4a項による審査機関に送信されたデータをもとに実施される。（「審査機関がデータの正確性に疑問を持った場合、審査機関は請求された医師の治療ケースの抽出調査から審査のためのデータ基盤を算出し、算出された部分データを統計的に許される方法により医師診療所の全体に推計する。（2008年1月1日施行）」）

(3) 第2項第4文に挙げられた契約当事者は統一的かつ共同で、第1a項による助言及び第2項による経済性審査の内容及び実施を協定する；第2b項による指針は協定の内容である。協定には、特に第2項第1文第2号による審査のための抽出調査の決定方法が定められなければならない；その際、抽出調査グループの形成は専門分野とは異なり、速記した給付指標により規定することができる。契約には、どのような前提条件で個々の審査が実施され、包括的報酬削減が行われるかについても定められなければならない；さらに、審査機関は、保険医協会、疾病金融庫またはその団体の申請に基づき、個別審査を実施すると定めることができる。非経済性が再度確認された場合については、包括的報酬削減が規定されなければならない。

(3a) 第2項及び第275条第1項第8b号、第1a項及び第1b項による審査により、それについての医療上の前提条件が存在しないにもかかわらず、医師が労働不能と認定されたことが確認された場合、不当に労働報酬を支払われた使用者及び不当に傷病手当金を支払われた疾病金融庫は、それについての前提条件が存在しないにもかかわらず、労働不能が著しい過失または故意により認定されている場合、医師に対し損害賠償を請求できる。

(4) 第2項第4文に挙げられた契約当事者は、保険医協会または第5文に挙げられた州の団体に共同審査機関及び共同苦情処理委員会（再審査委員会）を設置する。苦情処理委員会は、保険医協会及び疾病金融庫の代表

及び中立議長から成る。任期は2年である。可否同数の場合は、議長が決定する。議長、議長代理及び苦情処理委員会の所在地に関しては、保険医協会、疾病金融庫州連合会及び補充金庫が合意しなければならない。合意しない場合、第7項による監督官庁が保険医協会及び疾病金融庫州連合会並びに補充金庫の了解を得て、各議長及び議長代理を任命し、苦情処理委員会の所在地に関する決定を行う。

(4a)（「審査機関及び苦情処理委員会は、それぞれ自己責任においてその責務を引き受ける；苦情処理委員会はその現行業務を遂行する際、審査機関により組織的に支援を受ける。（2008年1月1日施行）」）審査機関は、保険医協会または第4項第5文に挙げられた州の団体または既に州に存在する共同事業体に設置される。（「審査機関の設立、所在地及び管理者に関し、第2項第4文による契約当事者は合意する；契約当事者は管理者の提案に基づき、毎年11月30日までに翌年について、審査機関の人的、物的並びに財政的装備に関し合意する。管理者は審査機関の現行管理業務を行い、第10編第78a条によるデータ保護の特別な要件に相応しいようにより内部組織を形成する。（2008年1月1日施行）」）第2文及び第3文による合意が成立しない場合、第7項による監督官庁が決定する。審査機関は、第5項第1文に従って決定する。審査機関及び苦情処理委員会の費用は、保険医協会及び関係疾病金融庫が半負担する。連邦保健省は、連邦参議院の同意を得た法規命令により、議長の補佐を含む審査機関及び苦情処理委員会の事務処理及び第2項第4文に挙げられた契約当事者から送り込まれた代表の義務に関する詳細を定める。法規命令は、本法によるその義務を果たさないか命令どおり果たさない委員会のメンバーに対する対策を実施するための前提条件及び方法を定めることができる。

(4b) 経済性審査が規定された範囲で実施されないか、その実施に適用される基準に従って実施されない場合、疾病金融庫の団体及び保険医協会の担当理事は、本規定の命令どおりの実行に責任がある。第296条及び第297条による必要なデータが送信されないか、規定されている範囲で送信されないか、または期限内に送信されないか、経済性審査が規定された範囲で実施できないか、その実施に適用される基準に従って実施できない場合、疾病金融庫または保険医協会の担当理事が責任を負う。当該監督官庁は理事及び委員会に送られた代表の意見聴取後、評議員または代議員総会が報告書請求手続きを課し自ら起こしてはならない場合、義務違反から生じた損害の補てんを理事が請求するよう評議員総会または代議員総会に指示しなければならない。

(4c) 第2項第4文による契約当事者は、当該監督官庁の同意を得て、州または他の保険医協会の地域を越えた審査機関及び苦情処理委員会の共同設置を協定することができる。複数の州の地域のために活動する審査機関及び複数の州の地域のために活動する苦情処理委員会に関する監督は、その委員会またはその事務局が所在地を有する州の社会保険を担当する最上級官庁が行う。監督は関係する州の担当最上級官庁の了承を得て行われなければならない。

(4d)（削除）

(5) 審査機関は、保険医または資格を与えられた医師があるいは医師が管理し、資格を与えられた施設が経済性規則に反したかどうか、そしてどんな措置が取られるべきかを決定する。その際、適切な協議が通常その他の措置に先行しなければならない。審査機関の決定に対し、当該医師と医師が管理する施設、疾病金融庫、当該疾病金融庫連合会及び保険医協会は、苦情処理委員会に控訴することができる。控訴により、決定は延期される。その手続には、社会裁判法第84条第1項及び第85条第3項が適用される。苦情処理委員会の手続は、予審手続（社会裁判法第78条）と見なされる。（「第3文とは異なり、法律または第92条による指針により除外されている給付における超過費用についての調整義務の決定の場合、予審手続は行われず。（2008年1月1日施行）」）

(5a) 1年間の医師の処方量が基準値量を15%以上超過し、手持ちデータをもとに審査機関が、診療所の特殊性により超過を全て説明できるということを前提としない場合、第84条第6項及び第8項による基準値量を超過した場合の第1a項による助言が実施される。第84条第6項により基準値の決定に使われる基準は、診療所の特殊性の認定のために改めて取り入れることはできない。基準値量を25%以上超過した場合、それが診療所の特殊性により説明されなければ、保険医は審査機関による認定後、それにより生じる超過費用を疾病金融庫に払い戻さなければならない。審査機関は、決定及び確認前に、私入額の5分の1までの減額を内容とすることができる保険医との相応しい協定を目指されなければならない。第2項第4文に挙げられた契約当事者は、第3項による協定に

において、診療所の特殊性を考慮に入れる審査に関する基準を決定する。（「審査機関は、第3項による協定に注意して、診療所の特殊性の承認方法の原則を決定する。法律により定められたが第3項及び第84条第6項による協定において予め承認された診療所の特殊性に基づく処方された医薬品、包帯材料、治療手段についての費用は、審査手続きの導入前に医師の処方費用から控除されるべきである；医師はこれに関し情報を提供されなければならない。審査機関は医師の申請に基づき、相応しい専門集団の個々の適用分野における診断及び処方との比較によっても、更なる診療所の特殊性を調査する。審査機関は、第2c項第2文による抽出調査からこれらを調査することができる。審査機関は、このために必要なデータを第296条及び第297条により相応しい専門集団に送信する。苦情処理委員会の決定に対する異議申し立ては延期効果を持たない。（2008年1月1日施行）」）

(5b) 第2項第1文第1号による審査においては、その適用が第355a条第1項に基づく限り、第99条第1項第2文第6号による指針の順守も審査されなければならない。詳細は第3項による協定に規定されなければならない。（「加入者の自己負担並びに医師が参加しない契約に基づく第130a条第8項による割引は、定額として控除されなければならない。（2008年1月1日施行）」）団体契約の範囲により支払われるべき報酬は、この額だけ減額される。保険医協会は、保険医協会に支払われるべき報酬に算入される保険医に対するそれぞれの額の返還請求権を有する。返還請求が保険医に経済的な損害を与えることを保険医が証明する限り、保険医協会は第4編第76条第2項第1号及び第3号に就いて返還請求を猶予または免除することができる。

(5d) 保険医から払い戻されるべき超過費用は、審査機関が診療所の特殊性を考慮に入れた医師の経済的処方方法を保証する個別の基準値を医師と協定する限り、第5a項第3文とは異なって決定されることはない。この協定においては、医師は協定の翌四半期からこの基準値の超過から生じる超過費用を疾病金庫に返還する義務を負わなければならない。これについて別段の協定がなされていない限り、基準値は4四半期の期間について協定されなければならない。次の期間について審査されなければならない。（「その中で個々の作用物質または作用物質集団について十分に具体的に十分な経済性の目標が決定されている限り、第84条第1項による目標協定は、第1文による個別基準値として協定することができる。（2008年1月1日施行）」）

(6) 第1項から第5項までは、病院で行われる医師及び診療医による外来給付の経済性審査にも適用される；第106a条が準用される。

(7) 審査機関及び苦情処理委員会の監督は、社会保険を担当する州の最上級行政官が行う。審査機関及び苦情処理委員会は年に1回実施された助言及び審査数並びに決定した対策に関する概要を作成する。概要は監督官庁に提出されなければならない。

第106a条 保険医診療における請求審査

(1) 保険医協会は保険医診療における請求の適法性及び信頼性を審査する。
(2) 保険医協会は保険医の請求の事実上及び計算上の正確性を判定する；医師毎の請求の信頼性審査及び請求された物件費の審査もこれに含まれる。医師毎の信頼性審査の対象は、特にそれと結び付いた保険医の時間消費に関しても1日当たり請求された給付の範囲である。第2文による審査の際、1日当たり請求可能な最高給付量についての時間枠が基礎とされなければならない；より長期間に請求可能な最高給付量についての時間枠を、さらに基礎とすることができる。第87条第2項第1文後半による時間消費に関する記載事項が定められている限り、これらは第2文による審査の基礎とされなければならない。第2文から第4文までは、保険医科診療には適用されない。審査の際、保険医から請求された点数が、報酬に影響する限度規定とは無関係に、前提とされなければならない。それぞれの審査対象に必要な限り、先行した請求期間の請求は審査に追加されなければならない。保険医協会は、第5項に挙げられた疾病金庫の団体並びに補充金庫に審査の実施及びその結果に関し遅延なく報告する。

(3) 疾病金庫は特に次の各号に関し保険医の請求を審査する。

1. 給付義務の存在及び範囲。
2. 記載された診断名に関し加入者の治療について請求された給付の種類及び範囲の信頼性。歯科医による給付

の場合に記載された所見に関し、

3. その専門集団への所属を考慮に入れた、加入者が受診した保険医の信頼性。

4. 加入者から医師に支払われた第28条第4項による自己負担及びそれと結びついた第43b条第2項による方法の注意。

疾病金庫は保険医協会に、審査の実施及びその結果に関し遅延なく報告する。

(4) 疾病金庫またはその団体は、それに対する指示が存在する限り、保険医協会による目標とする審査を第2項により提案することができる。保険医協会は、それに対する指示が存在する限り、疾病金庫による審査を第3項により提案することができる。第3項第1文第2号または第3号により信頼性の無さが確定した際、疾病金庫またはその団体は第106条による経済性審査を提案することができる；第2項により信頼性の無さが確定した際、保険医協会にこれは準用される。

(6) 保険医協会並びに疾病金庫の州連合会及び補充金庫は統一的かつ共同で、第2項から第4項までによる審査の内容及び実施を協定する。協定は、これが給付提供者に知られていないに違いない限り、請求規定違反、第2項第3文による時間枠の超過並びに疾病金庫の給付義務の不存在の場合の対策も規定されなければならない。第6項による指針の内容は、協定の構成要素である。

(6) 連邦保険医協会及び疾病金庫中央団体連盟は、2004年6月30日までに第2項及び第3項による審査の内容及び実施に関する初めての指針を協定する；指針は特に第2項第2文及び第3文による判断基準に関する基準が含まれる。指針は連邦各省に提出されなければならない。連邦保健省は2ヶ月以内に指針に異議申し立てができる。指針が成立しない場合は連邦保健省の異議申し立てが自ら定めた期間内に取り下げられない場合、連邦保健省は指針を公布することができる。

(7) 第106条第4b項が準用される。

第3節 病院及びその他の施設との関係

第107条 病院、予防施設またはリハビリ施設

(1) 本法典にいう病院とは、次の各号の要件を満たす施設である。

1. 入院治療または出産援助に役立つ施設。
2. 専門医学的に常勤の医師の監督下にあり、その診療委託に相応しい十分な診療上及び治療上の能力を有し、学問的に認められた方法により活動している施設。
3. 常時使用できる医師、看護職員、運営職員及び医療技術職員の援助を受け、主に医師及び看護職員による援助により患者の疾病を診断し、治療し、その悪化を防止し、疾病による苦痛を和らげ、あるいは出産援助を行うのに適している施設。
4. 施設内で患者に宿泊と食事を提供できる施設。
- (2) 本法典にいう予防あるいはリハビリ施設とは、次の各号の要件を満たす施設である。

1. 次のために、患者の入院治療に役立つ施設。

- a) 近い将来病気になる可能性のある健康衰弱を除去し、あるいは児童の健全な成長を脅かすものから守るため（予防）、
 - b) 疾病を治療し、その悪化を防止し、あるいは疾病の苦痛を和らげ、または入院治療に関連して、その際目標とされた治療結果を確実にし、あるいは強化するため、または、障害の可能性を回避し、障害を除く去または改善し、あるいは悪化を防止し、若しくは要介護を回避または軽減させるため（リハビリ）、
- その際、活動的にする介護の給付は疾病金庫から引き受けられてはならない。

2. 常勤の医師の責任と特別に訓練された職員の協力の協力のもと、患者の健康状態を医師の治療計画により、主として治療体操、運動療法、言語療法または作業療法を含めた治療手段により、さらに他の適切な補助手段により、そして精神的、心的作用により改善し、患者自身の防止力と治療力の開発を助けるのに相応しい施設。

第111条 予防またはリハビリ施設との診療契約

(1) 疾病金庫は、入院を必要とするが、病院での治療を必要としない、予防(第23条第4項)または継続治療を含めたリハビリ(第40条)のための医療給付を、第2項による診療契約を結んでいる予防またはリハビリ施設でのみ実施させることができる。

(2) 疾病金庫州連合会及び補充金庫は共同で、第1項に挙げられた給付の交付に関し、会員金庫に効力を有する統一的診療契約を、次の各号の要件を満たす予防またはリハビリ施設と締結する。

1. 第107条第2項の要件を満たし、
2. 予防または継続治療を含むリハビリのための入院による医療給付とともに、その会員金庫の加入者の効率的かつ経済的治療に必要な施設。

第109条第1項第1文が準用される。他の州の疾病金庫州連合会及び補充金庫は、予防またはリハビリ施設における会員金庫の加入者の治療に対し入院医療給付を行うた予防またはリハビリ施設の場合、1986年から1988年までに行われた給付の範囲内では診療契約が締結されたものと見なされる。施設が第2項第1文による要件を満たさず、当該疾病金庫州連合会及び補充金庫が共同で施設の経営者に対し1989年6月30日までに書面でのことを主張した時は、第1文は適用されない。

(4) 診療契約により、予防またはリハビリ施設は契約期間中、予防またはリハビリのための入院医療給付を含む加入者の診療を許される。第2項第1文による契約締結の前提条件がもうととのわかない場合、疾病金庫州連合会及び補充金庫は、1年の猶予期間をもって診療契約の解除告知を行うことができる。診療契約の締結と解除告知に関する了解は、病院計画に掲げる当該州当局とともに得られるよう努めなければならない。

(5) 第1項に挙げられた給付に対する報酬は、疾病金庫と許可された予防またはリハビリ施設の経営者との間で取り決められる。

(6) 許可病院において経済的にも組織的にも独立し、専門分野の医師により管理されている予防またはリハビリ施設が第2項第1文の要件を満たしている限り、その他の点では第1項から第5項までが適用される。

第111a条 母親療養事業団の施設または同様の施設との診療契約

(1) 疾病金庫は母親及び父親のための入院による予防医療給付(第24条)または母親及び父親のためのリハビリ(第41条)を、診療契約の存在する母親療養事業団の施設または同様の施設または父子対策に相応しい施設においてのみ提供させて良い。第111条第2項第4項第1文及び第2項第5項並びに第111b条が準用される。

(2) 2002年8月1日前に疾病金庫のために入院による医療給付を提供した母親療養事業団の施設または同様の施設においては、2001年に提供された給付の範囲内で診療契約は締結されたものとみなされる。第1文は、施設が第111条第2項第1文による要件を満たさないうで、担当疾病金庫州連合会及び補充金庫が共同で、2004年1月1日までに施設の経営者に対し、文書によりこれを主張した場合、第1文は適用されない。

第111b条 (削除)

第112条 入院治療に関する双務契約と基本勧告

(1) 疾病金庫州連合会及び補充金庫は共同で、州病院協会または病院経営者の団体と、入院治療の方法と範囲が本法典の要求に相応しいことを確保するために、契約を締結する。

(2) 契約には、特に次の各号についての規定を含む。

1. 次の含めた入院治療の一般的条件
 - a) 加入者の入退院。
 - b) 費用負担、報酬の清算、報告と証明。
2. 入院治療の必要性と期間の審査。
3. 経済性審査と品質審査のための手続き原則と審判原則。

第108条 許可病院

疾病金庫は次の病院(許可病院)だけに入院治療を実施させることができる。

1. 大学建設促進法の趣旨における大学病院。
2. 州の病院計画に取り入れられた病院(計画病院)。
3. 疾病金庫州連合会及び補充金庫州連合会と診療契約を締結した病院。

第108a条 病院協会

州病院協会は、州の許可病院の経営者団体である。州病院協会はドイツ病院協会に所属する。州及び連邦の病院経営者の団体は、病院協会に所属することができる。

第109条 病院との診療契約の締結

(1) 第108条第3号による診療契約は、疾病金庫州連合会及び補充金庫と病院経営者との間の合意により成立する；契約は書式を必要とする。大学病院においては、大学建設促進法第4条による大学名簿への登録が、計画病院においては、病院協会の第8条第1項第2文による病院計画への登録が診療契約の締結と見なされる。診療契約は、国内にある全ての疾病金庫を直接拘束する。病院の給付構造が変わらない限り、第1文による契約当事者は病院計画を管轄する州当局の了承を得て、病院計画より少ないベッド数を協定することができる；協定は期限を設けることができる。病院計画に病院の給付構造またはベッド数の決定が含まれていない場合、病院計画を管轄する州当局の了解を得て、第1文による契約当事者がこれに関する補足協定を締結する。

(2) 第108条第3号による診療契約締結の請求権は存在しない。診療契約を締結しようとする複数の適切な病院間で選択が必要な場合、疾病金庫州連合会及び補充金庫は共同で、公益と病院経営者の多様性を考慮に入れて、どの病院が必要に即した、効率的で経済的な入院治療のために最も相応しいかを義務的裁量により決定する。

(3) 第108条第3号による診療契約は、次の各号の場合、締結してはならない。

1. その病院が効率的で経済的な入院治療を保証しない場合。
2. その病院が加入者の需要に混入した入院治療に必要でない場合。

診療契約の締結と拒否は、当該州官庁の承認により有効となる。ライヒ保護法の第371条第2項により1989年1月1日前に締結された診療契約は、第110条による解除告知があるまでは引き続き適用される。

(4) 第1項による診療契約により、病院は契約期間中、加入者の入院治療を許可される。許可病院は、その診療委員の範囲内で加入者の入院治療(第39条)に対する義務を負う。疾病金庫は本法典の規定に注意して、病院財政法、病院報酬法及び入院医療費日額令の基調により、病院経営者と入院医療費交渉を行うよう義務づけられている。

第110条 病院との診療契約の解除告知

(1) 第109条第1項による診療契約は、1年の猶予期間をもって、一部あるいは全部の解除告知が契約当事者双方から可能であり、病金庫州連合会及び補充金庫は共同でのみ、そして第109条第1項第3項第1文に挙げられた理由でのみ可能である。解除告知は解除告知理由が一時的でなく存在する場合にのみ許可される。計画病院の場合には、解除告知はその病院が別の病院計画に加えられる元となる病院財政法第8条第1項第2文による決定通知の取り消しまたは変更の当該州官庁への申し立てと結びつけられなければならない。

(2) 第1項第1文に挙げられた連合会による解除告知は、入院医療費交渉の当事者として該当する疾病金庫の了解を得て行われる。解除告知は当該州当局の承認を得て有効となる。当該州当局はその決定の根拠を証明しなければならない。計画病院の場合、病院が診療に不可欠の場合のみ、解除告知の承認は拒否される。当該州当局が解除告知を伝えた後3ヵ月以内に異議を申し立てなかった場合、承認されたものと見なされる。州当局は遅くともさらに3ヵ月以内に書面に異議の根拠を証明しなければならない。

第 115 条 疾病金庫、病院及び保険医間の三者間契約並びに基本勧告
(1) 保険医協会並びに疾病金庫州連合会及び補充金庫は共同で、州病院協会または州の病院経営者団体と、保険医と許可病院間の緊密な協力により、一体的な加入者の通院治療と入院治療を確保するという目標を有する契約を締結する。

- (2) 契約は特に次の各号につき規定する
1. 登録医制度と、多くの保険医の協力により加入者の外来と入院による診療が行われる施設での治療の促進（共同診療所）、
 2. 患者の治療及び患者資料の引き渡しと利用に関する相互の情報提供、
 3. 常に出野可能な救急サービスの実現と実施の際の協力、
 4. 経済性の審査と乱用の防止を含め、病院における期間を限定した入院前治療と退院後治療の実施と報酬支払、
 5. 病院における外来治療の一般的条件。

契約は、その州の疾病金庫、保険医及び許可病院を直接拘束する。
(3) 第 1 項による契約の全部または一部が 1989 年 12 月 31 日までに成立しない場合、その内容は一方の契約当事者からの申し立てにより第 114 条による州の仲裁機関により決定される。仲裁機関は、それぞれ疾病金庫と病院の代表に予定されている人数と同数の保険医代表が増員される（拡大仲裁機関）。保険医代表は、保険医協会により任命される。詳細は、第 114 条第 5 項による法規命令により決める。契約の解除告知及び拡大仲裁機関により定められた契約の解除については、第 112 条第 4 項が準用される。

(4) 第 1 項から第 3 項による規定が、1990 年 12 月 31 日までに全く一部しか成立しない場合、その内容は法規命令により州政府が決定する。第 1 項から第 3 項までによる規定は、州政府が法規命令を発令していない限り認められる。

(5) 疾病金庫中央団体連盟と連邦保険医協会及びドイツ病院団体または病院経営者連邦連合会は共同で、第 1 項による契約の内容に対する基本勧告を提供しなければならない。

第 115a 条 病院における入院前治療及び退院後治療

(1) 病院は入院治療の処方の際に、医療上相応しいケースにおいて、次の各号の各号のために宿泊及び給食なしで加入者を治療することができる。

1. 完全入院による病院での治療の必要性を明らかにするため、若しくは完全入院による病院での治療に備えるため（入院前治療）、

2. 完全入院による病院での治療に続いて、治療効果を確保するため（退院後治療）。

(2) 入院前治療は、入院治療の開始前 5 日以内に最長 3 日間に制限されている。退院後治療は、入院による病院での治療の終了後 14 日以内に 7 日間、臓器移植法第 9 条による臓器移植の際は、入院治療の終了後 3 カ月を超えてはならない。14 日または 3 カ月という期間は、医学的に説明のつく個別のケースにおいては、入院を指示した医師の合意の上で、延長することができる。臓器移植法第 9 条による臓器移植の際のチェック検査は、更なる入院治療または質確保対策を科学的に見守り、または支援するため、入院後治療の終了後も病院から継続されてよい。入院前及び退院後治療の間の病院外での必要と医師による治療は、確保義務の範囲内で保険医診療に参加する医師により保証される。病院は入院前及び退院後治療に関し、入院を指示した医師に選定なく知らせる。

(3) 疾病金庫州連合会、補充金庫及び市民間疾病金庫連合会の州委員会は共同で、州の病院協会または州の病院経営者協会と共同で、保険医協会の了解のもと、病院財政法第 18 条第 2 項による契約当事者に効力を有する給付報酬を協定する。報酬は包括払いにならないなければならない。入院医療費の削減をもたらすようなものでなければならぬ。疾病金庫中央団体連盟は、かつドイツ病院協会または病院経営者連邦連合会は共同で、連邦保険医協会の了解を得て報酬についての勧告を与える。この勧告は、第 1 文による協定の施行まで適用される。契約当事者の一方が交渉の開始を要求した後、3 カ月以内に報酬に関する協定が成立しない場合、病院財政法第 18 a 条第 1 項

4. 病院における加入者の社会的な世話と相談、
5. 入院治療からリハビリまたは介護へのスムーズな移行、
6. 第 27 条 a 第 1 項による好転をもたらす医学的措置の前提条件、方法及び範囲に関する詳細。

契約は疾病金庫及び州の許可病院を直接拘束する。

(3) 1989 年 12 月 31 日までに第 114 条による契約の全部または一部が成立しない場合、その内容は、契約当事者の一方の申し立てにより第 114 条による州の仲裁機関が決定する。

(4) 契約当事者双方は、1 年の猶予期間付きで、第 1 項による契約の全部または一部について解約を申し入れることができる。第 1 文は、第 3 項による州の仲裁機関により行われた規定についても準用される。これらは、解約告知なしにいつでも第 1 項による契約により代替することができる。

(5) 疾病金庫中央団体連盟及びドイツ病院協会または病院経営者連邦連合会は共同で、第 1 項による契約内容に対する基本勧告を提供しなければならない。

(6) 第 1 項による契約の締結時及び第 5 項による勧告が行われる際、その中で第 2 項第 5 号による規定が行われている限り、予防施設及びリハビリ施設の中央組織は参加しなければならない。

第 113 条 入院治療の質審査及び経済性審査

(1) 疾病金庫州連合会、補充金庫及び市民間疾病保険連合会の州委員会は共同で、許可病院の入院治療の経済性、効率性及び質を病院経営者との合意により設置された審査官に審査させることができる。審査官についての合意が成立しない場合、第 114 条第 1 項による州の仲裁機関の申し立てにより審査官は決められる。審査官はその責務の遂行に際し、いかなる指示にも拘束されない。

(2) 病院及びその職員は、審査官とその代理人の求めに応じ、審査官らの責務の実現に必要な証拠書類を提出し、情報を提供する義務がある。

(3) 審査結果は、それから生じた第 110 条による診療契約の解約告知への結論に左右されず、将来に効力を有する次の療養日額協定において考慮される。

(4) 精神科外傷診療部門（第 118 条）及び社会小児科センター（第 119 条）による診療の経済性と品質は、第 106a 条、第 106 条第 2 項及び第 3 項、そして第 136 条により適用される規定を準用することにより、疾病金庫により審査される。

第 114 条 州仲裁機関

(1) 疾病金庫州連合会及び補充金庫と州病院団体または州の病院経営者団体または州の病院経営者協会は共同で、各州に仲裁機関を設置する。この機関は、本編により割り当てられた責務において決定する。

(2) 州仲裁機関は、疾病金庫と許可病院の同数の代表及び中立議長とさらに 2 名の中立委員で構成される。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、許可病院の代表とその代理は州病院団体により任命される。議長と 2 名の中立委員は、関係団体が共同で任命する。意見が一致しない場合、第 89 条第 3 項第 3 文及び第 4 文による手続きが準用されることにより抽選で任命される。関係団体が代表を任命せず、あるいは第 3 文による手続きにおいて議長職または 2 名の中立委員の候補を指名しない限り、当該州当局は一関係団体の申し立てにより代表を任命し、候補者を指名する。仲裁機関の委員の任期は、この場合 1 年である。

(3) 仲裁機関の委員は、その職務を名譽職として行い、いかなる指示にも拘束されない。各委員は投票権を持ち、決定は委員の多数決により行われる。過半数に達しない場合は、議長の投票権により決定する。

(4) 仲裁機関の運営に関する監督は、当該州当局が行う。

(5) 州政府は法規命令により、仲裁機関と拡大仲裁機関（第 115 条第 3 項）の委員の数、任命、任期及び職務遂行、現金支出の補てん及び費用消費に対する補償、運営、手続、報酬の額と引き上げ並びに費用の配分についての詳細を決定する権限を与えられる。

第 4 節 病院及び保険医との関係

による仲裁機関は契約当事者の一方または当該当局の申し立てにより報酬を決定する。

第115b条 病院における通院による手術

(1) 疾病金庫中央団体連盟は、ドイツ病院協会または病院経営者連邦連合会は共同で、連邦保険医協会とともに、次の各号について協定する。

1. 通院で実施可能な手術の一覧、
2. 病院及び保険医に対する統一報酬。

第1文第1号による協定においては、2000年12月31日までに通院で実施可能な手術及び通常は通院で実施可能な入院に代わる手術を特別に指定し、それが存在する場合に入院による実施を必要とすることができる一般的な事実を決定しなければならない。協定においては、第135条第2項による質の前提条件並びに第92条第1項第2文及び第137条による連邦共同委員会の指針及び決定が考慮に入らなければならない。

(2) 病院は一覧に挙げられた通院による手術の実施及び入院に代わる手術について許可される。これについては、疾病金庫連邦連合会及び補充金庫、保険医協会及び許可委員会（第96条）への報告を必要とする；保険医協会は州病院協会に保険医診療における供給水準に関する情報を与える。病院は第1項による契約の遵守が義務づけられている。給付についての報酬は疾病金庫が直接支払う。経済性及び品質の審査は疾病金庫が行う；病院は疾病金庫に、疾病金庫の使命の遂行に必要な限り、第301条によるデータを送信する。

(3) 第1項による協定が全部か一部しか成立しない場合、その内容は契約当事者の申し立てにより第89条第4項による連邦仲裁機関により定められる。仲裁機関はこのため、疾病金庫の代表及び連邦保険医協会の代表それぞれに規定されているのと同様のドイツ病院協会の代表だけ拡大される（拡大連邦仲裁機関）。拡大連邦仲裁機関はメンバーの2/3の多数決により議決する。第112条第4項が準用される。

(4) 第1項または第3項による規定の施行までには、遅くとも1994年12月31日までは、病院は統一評価基準（第87条）をもとにした通院による手術の実施についての権限を与えられる。これについては、疾病金庫州連合会及び補充金庫、保険医協会及び許可委員会（第96条）への、病院において通院により実施可能な手術が示された病院の報告を必要とする；第2項第2文後半が準用される。報酬は加入者に適用される報酬点数を備える統一評価基準に従う。第2項第4文及び第5文が準用される。

(5) 第1項による協定においては、病院及び保険医の通院による手術の報酬についての共通予算に関する規定が設けられる。財源は総報酬及び通院による手術を認められた病院の予算から賄われる。

第115c条 入院治療後の薬物療法

(1) 入院治療に続き医薬品の処方が必要な場合、病院は継続して治療する保険医に、成分表示を使って治療提案を報告しなければならない。薬理学的比較可能な成分または治療上比較可能な効果を持つ価格の安い医薬品が使用できる場合、最低でもひとつの価格の安い治療提案が提供されなければならない。第1文及び第2文のケースにおける逸脱は、医学的に理由付けられる例外ケースにおいては許される。

(2) 入院治療に続いて病院において開始した薬物療法の継続が保険医診療において長期に必要な場合、病院は退院の際、個々のケースにおいて治療の妨害なしに、または滞在期間の延長なしにこれが可能な限り、保険医診療における診療の際も目的に合わせて経済的である医薬品を使用すべきである。

第116条 病院勤務医による外来治療

継続教育を終了した病院勤務医は、病院経営者の同意により、許可委員会（第96条）から加入者の保険医診療への参加資格を与えられる。この権限は、加入者の十分な医師診療が特別な検査方法や治療またはこれに相応しい病院勤務医の知識なしでは確保されない限り、与えられなければならない。

第116a条 過少診療の場合の病院による外来治療

許可委員会は医師・疾病金庫州委員会が過少診療を確認した計画地域における相応の専門分野について、過少

診療をカバーするために必要な限り、申請に基づき保険医診療への権限を許可病院に与える。

第116b条 病院における外来治療

(1) 疾病管理プログラムに関する契約において外来による給付提供への要件がこれを求めている限り、疾病金庫またはその州連合会は、第137g条による疾病管理プログラムの実施に参加する許可病院と医師による外来治療に関する契約を締結することができる。病院の外来による給付提供への物的及び人的要件については、最低前提条件として第135条による要件が準用される。

(2) 許可病院は、州の病院計画の範囲内で病院経営者の申請に基づき保険医診療を考慮に入れて定められている場合及び限り、第3項及び第4項によるカテゴリーに挙げられたホスピス専門の給付、希少疾患及び特別な疾病経過を有する疾患の外来治療の権限を有する。病院が適切でない場合及び限り、決定は行われなければならない。病院計画に直接関与する者との合意の上での決定が目指されなければならない。

(3) 外来治療に関する目録は、次の高度専門給付、希少疾患及び特別な疾病経過を持つ疾患を含む：

1. 高度専門給付
 - CT/MRTを支える動脈造影給付
2. 希少疾患及び特別な疾病経過を持つ疾患
 - 肺癌性疾患を有する患者の診断及び治療
 - HIV/AIDS患者の診断及び治療
 - リュウマチ性疾患の重度の経過形態を有する患者の診断及び治療
 - 重度の心不全の特殊診断及び治療 (NHA Stadium 3-4)
 - 結核患者の診断及び治療
 - 難治性脳腫瘍患者の診断及び治療
 - 血友病患者の診断及び治療
3. 奇形、生まれつきの骨格奇形及び中核筋の疾患を有する患者の診断及び治療
4. 重度の免疫性疾患を有する患者の診断及び治療
5. 多発性硬化症を有する患者の診断及び治療
6. 発作の苦痛を有する患者の診断及び治療
7. 小児心臓病の範囲内における患者の診断及び治療
8. 障害を有する未熟児の診断及び治療

病院の外来による給付提供への物的及び人的要件については、保険医診療についてはの要件が準用される。

(4) 連邦共同委員会は、最初は2004年3月31日までに第3項による目録を更新する希少疾患及び特別な疾病経過を有する疾患並びに第2文による基準を満たす高度専門給付だけ補完しなければならない。目録への取替の前条件は、診断上または療法上の効用、医療上の必要性及び経済性が証明されていることであり、医療上の必要性及び経済性の評価の際、保険医の診療所における提供と比べた病院における給付提供の特殊性が考慮に入れられなければならない。指針には、追加の物的及び人的要件並びに第137条と関連する第135a条による質確保の施設を包括する病院の外来給付提供への対策が規定されなければならない；最低要件としては、第135条による要件が準用される。連邦共同委員会は法律上定められた目録、資格要件及び指針を遅くとも2年ごとに、第2文から第4文までに挙げられた基準に相応しいかどうかを審査し、新たな高度専門給付、新たな希少疾患及び特別な疾病経過を有する新たな疾患が第3項による目録に記載されなければならないかを審査しなければならない。報酬は比較可能な保険医

(5) 第2項による病院から提供される給付は、直接、疾病金庫から報酬が支払われる。報酬は比較可能な保険医提供による給付の報酬に相当するものでなければならない。病院は疾病金庫に、第3項及び第4項により病院から提供できる給付を報告し、統一評価基準（第87条）に基づくこのための計算可能な給付を示す。2007年及び2008年に提供された外来給付の報酬支払は、平均点数単価の基調により四半期ごとに行われる；平均点数単価は、保険医協会の区域に関する保険医診療における最後の四半期請求から得られる。第4文による点数単価は、

保険医協会の区域内に適用される金庫の種類毎の四半期当たりの支払点数単価、医師による給付についての統一評価基準に基づき請求された点数でそれぞれ評価され、計算される。保険医協会、疾病金庫連合会及び補充金庫は、規則的引当四半期開始の8週間後、最初は2007年3月31日までに、第4文による平均点数単価を共同で統一的に確定する。平均点数単価の確定がこの時点までに行われなければならない場合、保険医協会を共同で統一的に確定する。2009年1月1日以降、病院の外来給付はその地域に適用されるユロー-報酬規程（第87a条第2項第6文）の価格で報酬が支払われる。

第117条 大学病院外来診療科

(1) 許可委員会（第96条）は、大学病院の外来、施設、診療部門（大学病院外来診療科）に、大学または大学病院の要求により、加入者及び第75条第3項に挙げられた者の外来医師治療への権限を与えるよう義務づけられている。その権限は、大学病院外来診療科が第1文に挙げられた者の検査と治療を教育と研究のために必要範囲で行えるよう、構成されなければならない。権限行使のための詳細については、保険医協会は統一かつ共同で、疾病金庫連合会及び補充金庫と合意の上で、大学または大学病院との契約により規定する。

(2) 第1項は、保険医協会の範囲内における心理療法士による治療に対する専門的資格を満たす者の責任のもと、患者治療が実施される限り、第92条第6a項により連邦共同委員会から認定された治療方法で、加入者及び第75条第3項に挙げられた者の外来心理療法治療のため、研究及び教育に必要な範囲内における大学の心理学研究所における大学病院外来診療科の資格付与並びに心理療法士法第6条による専門教育施設における外来診療科の資格付与について準用される。大学の心理学研究所における大学病院外来診療科の資格付与の範囲内において、件数制限は規定されなければならない。報酬については第120条第2項から第4項までが準用される。

第118条 精神科研究所

(1) 精神科病院は、許可委員会（第96条）により、加入者の外来により、加入者の外来による精神科治療及び心理療法治療に対する権限が与えられるべきである。治療は、疾患の種類、程度若しくは期間のため、または適切な医師までの距離が離れているため、これらの病院による治療に頼らざるを得ない加入者を対象としなければならない。病院経営者は、外来による精神科治療及び心理療法治療に必要な医師及び医師以外の専門医並びに必要な場合は必要施設が利用できるようにしなければならない。

(2) 独立した専門医により管理されている精神科を有する一般病院は、第2文による契約に協定された患者集団の精神科治療及び心理療法治療への資格を与えられている。疾病金庫中央団体連盟は、ドイツ病院協会及び連邦保険医協会と、疾病の種類、程度若しくは期間により第1文による施設による外来治療を必要とする精神疾患患者集団を決定する。契約が全くか一部しか成立しない場合、その内容は契約当事者の一方の申し立てにより第89条第4項による連邦仲裁機関により定められる。連邦仲裁機関はこのため、疾病金庫の代表及び連邦保険医協会の代表それぞれに規定されているのと同数のドイツ病院協会の代表だけ拡大される（拡大連邦仲裁機関）。拡大連邦仲裁機関はメンバーの3分の2の多数により決議する。第1項第3文が適用される。病院の資格については、第135条第2項が準用される。

第119条 社会小児科センター

(1) 専門医学的に常に医師の指導下であり、効率的かつ経済的な社会小児科治療を確保する社会小児科センターは、許可委員会（第96条）により、子どもの外来による社会小児科治療に対する権限を与えられる。十分な社会小児科治療を確保するためには必要範囲、権限は与えられるべきである。

(2) 社会小児科センターによる治療は、疾患の種類、程度若しくは期間のため、または差し迫った病状のために、相応しい医師または相応しい早期促進センターで治療を受けられない子どもに行われる。センターは医師及び早期促進センターと緊密に協力しなければならない。

第119a条 障害者扶助の施設における外来治療

医師により管理される部門を有する障害者扶助の施設は、精神障害を持つ加入者の十分な医師診療が特別の検査方法及び治療方法または施設の医師の知識がなければ、開業医によっては確保されなければならない。許可委員会により精神障害を持つ加入者の外来による医師治療の権限を与えられる。治療は、障害の種類または程度のためにこれらの施設における外来治療に頼らざるを得ない加入者に合わせられる。許可決定においては、施設の医師を直接または紹介に基づき受診できるか、どのような場合に受診できるかが規定されなければならない。医師により管理される部門は、その他の給付提供者と密接に協力すべきである。

第120条 外来による病状給付の報酬

(1) 病院内で行われた資格を与えられた病状勤務医及びその他の資格を与えられた医師が管理する施設の医師による外来医師給付は、保険医に適用された原則により、保険医の総報酬から支払われる。統一評価基準に別段の定めがない限り、これらの給付と結びついた一般的診療費用、医療機器の使用により生じた費用並びにその他の物件費はその報酬により弁済される。資格を与えられた病院勤務医に発生した報酬は、勤務医の代わりに病院経営者により保険医協会と清算され、持ち分に応じた管理費及び第2文により病院に生じた費用の控除後、資格を与えられた病院勤務医に転送される。

(2) 大学病院の外来診療科、精神科施設外来部門及び社会小児科センターの給付は、直接、疾病金庫から報酬が支払われる。その報酬については、疾病金庫州連合会及び補充金庫が共同で統一的に、大学または大学病院、病院または病院を代表する州の協会と協定を締結する。その報酬は、効率的に企業経営を行った場合における施設外来部門とセンターの給付能力を確保しなければならない。大学病院の外来診療科の給付に報酬を支払う際、同様の給付に対する報酬との一致が行われるべきである。公的に助成される大学病院の外来診療科においては、設備投資費の控除が考慮に入れられなければならない。2003年の第85条による総報酬は、外来病院の給付に支払われた報酬と前年の総報酬を基礎に協定されなければならない。

(3) 大学病院外来診療科、精神科施設外来部門、社会小児科センターまたはその他の医師が管理し、資格を与えられた施設の給付に対する報酬は、包括払いとすることができる。公的に助成される病院においては、第1項による報酬は10%の設備投資費の控除だけ引き下げられなければならない。第95条第1項が準用される。請求根拠並びに必要な様式の形式及び内容に関する詳細は、大学病院外来診療科、精神科施設外来部門及び社会小児科センターについては第2項第2文による契約当事者により、その他の医師が管理し、資格を与えられた施設については第83条第1文による契約当事者により、協定される。

(4) 第2項第2文による協定が全くか一部しか成立しない場合、病院財政法第18a条第1項による仲裁機関が、契約当事者の一方の申し立てにより、報酬を決定する。

(5) 雇用当局（官庁）の施設、職員及び物資を請求した場合の報酬の支払いに関する官更法上の規定または費用徴還のほかに損益相殺を含む補助的利用報酬に関する契約上の規定、及びその他の医師の公租公課は、第1項から第4項までにより影響されない。

第121条 登録医による給付

(1) 第115条第1項による契約当事者は、疾病金庫及び許可病院とともに効率的かつ経済的登録医治療を目指す。病院は同じ専門の登録医に、自らの患者を共同で治療できる機会を与えなければならない（協力的登録医制度）。

(2) 本法典にいう登録医とは、その患者（登録患者）を病院で、そのために用意したサービス、施設及び手段を利用して、そのために病院から報酬を得ることなく、完全入院または部分入院により治療する権限を与えられた病院で雇用されていない保険医である。

(3) 登録医による給付については、保険医の総報酬から支払われる。報酬は、登録医活動の特殊性を考慮に入れなければならない。これには、次の給付に対する給付に見合った報酬も含まれる。

1. 登録患者のための医師による救急業務及び
2. 登録患者の治療の際、登録医と同じ専門分野で活動する病院の所属医師が登録医の指示によって行う給付。

- (5) 許可は、疾病金庫連合会、補充金庫及び職員疾病金庫から与えられる。許可は、加入者の診療への資格を与える。
- (6) 給付提供者が許可を与えられた後に、第2項第1号、第2号または第3号による前提条件を満たさなくなつた場合、許可は取り消すことができる。許可は、給付提供者が継続教育を第125条第2項第3文による期間内に行わない場合、取り消すこともできる。第5項第1文が準用される。
- (7) (「補充金庫連合会により与えられた2008年6月30日に存在する許可は、補充金庫により第5項に就つて与えられた許可として継続適用される。第6項が準用される。(2008年7月1日施行)」)

第125条 基本動告及び契約

(1) 疾病金庫中央団体連盟は、治療手段の経済的利益を守るための連邦レベルにおける給付提供者の標準的中央組織は、第92条第1項第2文第6号による指針を考慮に入れて治療手段の統一的前提に関する基本動告を共同で提供しなければならない；各給付分野の中央組織とも、相応しい共同基本動告を提供できる。基本動告の締結前に、連邦保険医協会は意見表明の機会を与えられなければならない。意見表明は基本動告の当事者の決定過程に取り入れられなければならない。基本動告には、特に次の各号が規定されなければならない。

- 1. 適用の範囲及び頻度を含む各治療手段の内容並びに通常治療時間。
- 2. 治療、診療経過及び治療結果の質を含む、継続教育及び質確保対策。
- 3. 治療手段の提供者と処方した保険医の協力の内容及び範囲。
- 4. 給付提供の経済性対策及びその審査及び
- 5. 報酬構造の基準。

(2) 治療手段の提供の詳細、価格、その請求及び給付提供者の継続教育義務に関し、疾病金庫、その州連合会または共同事業体は、給付提供者または給付提供者の団体またはその他の連合と契約を締結する；協定された価格は、最高価格である。継続教育がそれぞれの契約当事者に対し証明されない場合、第1文による契約において報酬減が規定されなければならない。給付提供者には、その期間内に継続教育を回復する期間が設けられなければならない。

第6節 補装具の提供者との関係

第126条 契約相手による供給

- (1) 補装具は、第127条第1項、第2項及び第3項による契約に基づいてのみ、提供して良い。十分に、目的に合った、機能に相応しい補装具の製造、提供及び調整の前提条件を満たす給付提供者のみが、疾病金庫の契約相手となりうる；疾病金庫は、これらの前提条件が満たされていることを証明する。疾病金庫中央団体連盟は、給付提供者の継続教育を含む、第2文による要件の統一適用のための勧告を提供する。
- (2) 第1項第1文とは異なり、2007年3月31日にこの時点で適用されている版における第126条による許可を自由に使える給付提供者は、2008年12月31日まで加入者の診療についての権限を有するままである。
- (3) 保険医診療において提供されない医療により適切な透析給付については、本節の規定が準用される。

第127条 契約

- (1) 経済的で質が確保された供給の保証について適切な保証、疾病金庫、その州連合会または共同事業体は、公示方法で給付提供者またはこの時点で設立された給付提供者の連合と補装具の一定量の供給、供給の一定数の実施または一定期間の供給に関し契約を締結すべきである。その際、疾病金庫は補装具の質並びに必要な加入者への明言及び必要なサービス供給を確保しなければならない。加入者の住所地に近い供給に配慮しなければならない。第139条による補装具一覽に定められた供給及び製品の高品質の要件に注意しなければならない。一定の加入者のために個人的に作成される補装具またはサービス給付の割合が高い供給については、公示は通常、適切ではない。
- (2) 第1項による公示が適切でない限り、疾病金庫、その州連合会または共同事業体は給付提供者または給付提

(4) 評価委員会は、2007年4月1日に施行される第87条による決定において、医師による給付についての統一評価基準において、第3項第2文及び第3文による基準を考慮に入れて登録医による給付の適切な評価のための規定を行わなければならない。

第121a条 人工授精実施の承認

(1) 疾病金庫は妊娠をもたらす措置(第27a条第1項)を、当該官庁がこれらの措置についての第2項による許可を与えた次の者にしか行わせてはならない。

- 1. 保険医、
- 2. 資格を与えられた医師、
- 3. 医師が管理し、資格を与えられた施設、または
- 4. 許可病院

それにより3以上の多胎妊娠の可能性が高まる刺激方法により実施される場合のみ、第1文は人工授精に適用される。

- (2) 次に該当する場合のみ、第1項第1文に挙げられた医師または施設に承認を与えることができる。
 - 1. 妊娠をもたらす措置(第27a条第1項)の実施に必要な診断上及び治療上の能力を有し、科学的に認められた方法で実施し、かつ
 - 2. 妊娠をもたらす措置(第27a条第1項)の需要に見合った、効率的かつ経済的実施を保証する場合。
- (3) 承認を要求する権利は存在しない。承認を得ようとする多くの相応しい医師または施設の間で選択が必要な場合は、当該官庁が当然の判断により公益及び多様な志願者を考慮に入れて、どの医師または施設が妊娠をもたらす措置(第27a条第1項)の需要に見合った、効率的かつ経済的な実施の要件に最も相応しいかを決定する。
- (4) 承認を与える当該官庁は、州法により当該機関を定めるが、そのような決定がない場合は州政府が定める。州政府はさらに権限を委譲することができる。

第122条 高額医療機器(削除)

第123条 手続き規定(削除)

第5節 治療手段の給付提供者との関係

第124条 許可

- (1) サービス給付として提供される治療手段、特に理学療法、言語療法または運動療法は、許可された給付提供者のみが加入者に提供することができる。
- (2) 許可されるのは、次の要件を満たす者である。
 - 1. 給付提供に必要な職業教育及びその職業名の使用権限を与えるのに相応しい許可を有し、
 - 2. 目的に適った経済的給付提供を保証する診療施設を自由に使用、かつ
 - 3. 加入者の診療に適用される協定を承認する者。

許可を受けた治療手段の給付提供者は、その分野について第1文第2号及び第3号の前提条件を満たし、第1文第1号の前提条件を証明するひとりまたは複数の者を雇っている限り、さらなる治療手段の分野における許可を与えられる。

- (5) 聴覚、リハビリ施設及びこれらと比較可能な施設は、第1項に挙げられた治療手段を、第2項第1号による前提条件を満たす者により提供することができる；第2項第2号及び第3号が準用される。
- (4) 疾病金庫中央団体連盟は、第2項による許可条件の統一適用のために勧告を行う。経済的利益を守るための連邦レベルにおける給付提供者の標準的中央組織の意見が聴取されるべきである。

供者の団体またはその他の連合と、補装具供給の詳細、再装着、補装具の質及び提供されるべき給付に加え、給付提供者の継続教育へのよう果、価格及び請求に関する契約を締結する。第1項第3文が準用される。一定の補装具供給に關し契約を締結する意図は、適切な方法で公表されなければならない。

(3) 必要な補装具について給付提供者との第1項及び第2項による疾病金庫の契約が存在しないか、契約相手による加入者の供給が要求可能な方法で可能でない限り、疾病金庫は個々のケースにおいて給付提供者と協定する。疾病金庫は事前に、その他の給付提供者においても匿名化された形式で価格提供を手に入れることができる。第33条第1項第5文及び第33条第6項第3文の場合、第1文が準用される。

(4) 定額が定められた補装具については、第1項、第2項及び第3項による契約において最高で定額まで協定することができる。

(5) 疾病金庫は根拠加入者に、供給権限のある契約相手及び必要があれば重要な契約内容に關し、情報を提供しなければならない。疾病金庫は契約相手にも相応しい情報を自由に使用させることができる。

第128条 (削除)

第7節 薬局及び製薬企業との関係

第129条 薬剤供給に関する基本契約

(1) 薬局は、加入者に処方医薬品を提供する際、第2項による基本契約の基準により次の各号を義務づけられている。

1. 次の場合における有利な価格の医薬品の提供

a) 医師が成分のみの指示だけで医薬品を処方しているか、

b) 同一成分の薬剤による代用を除外していない場合、

2. 加入者に基準となる医薬品提供価格を最低でも15%、または購入医薬品の価格より最低でも15ユーロ下回る有利な価格の輸入薬剤の提供；第2項による基本契約において、追加の経済性の余地を利用する規定を協定することができる。

3. 経済的包の提供及び

4. 薬剤包装への薬局提供価格の記載

成分が同じ医薬品による代替の場合、薬局は処方された医薬品と効き目と容量が同じで、同じ適用範囲で許可されており、さらに服用形態が同じか、服用形態が交換可能な医薬品を提供しなければならない。その際、これについて第5項による契約において別段の協定がない限り、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成分が同じ医薬品による代替が行われるべきである。第130a条第8項による相応しい協定が存在しない場合、薬局は基本契約に従った価格の安い医薬品による代替を行わなければならない。

(1a) 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、遅滞なく療法的比較可能性を考慮に入れて提供形態の交換可能性に関する指示を提供する。

(2) 疾病金庫中央団体連盟及び薬剤師の経済的利益を守るための標準的中央組織は、共通の基本契約の中でその詳細を定める。

(3) 第2項による基本契約は、次の場合に、薬局に対し法的効力を有する。

1. 中央組織の会員団体に属し、その団体の規約に、中央組織が締結したこの種の契約はその団体に属する薬局に対し法的効力を有する、と規定されている場合、または

2. 基本契約に参加している場合。

(4) 第2項による基本契約には、薬局が第1項、第2項または第5項による義務に違反した場合、州レベルで契約当事者はいかなる措置を取り得ることができかねるかが規定されなければならない。悪質な度重なる違反の場合、

薬局を2年間、加入者診療から除外できると規定されなければならない。

(5) 疾病金庫またはその団体は、薬剤師の経済的利益を守るための標準的組織と、州レベルで補充的契約を締結することができる。第3項が準用される。患者に直接医師による使用のための標準的組織と、州レベルで補充的契約を締結抑制剤の供給は、薬局との契約により、疾病金庫が確保する；その際、製薬企業の提供価格の値下げ及び薬局の価格及び価格マージンを協定することができる。第1文による契約においては、第2項による基本契約と異なり、薬局が成分の同じ医薬品の代替を、医薬品庫に協定されるべき平均値のみを疾病金庫に費用が発生するよう行わなければならないと、協定することができる。

(5a) 処方せ金を義務づけられなければならない医薬品の提供の際、2008年12月31日に適用されているテキストにおける医薬品価格令第2条及び第3条による加算を加えた医薬品メーカーの加入者に対する標準的提供価格での医薬品提供価格が、第300条による請求の際に適用される。

(5b) 薬局は、契約上協定された供給形態に参加できる；供給は公示されなければならない。第1文による契約には、薬局による質を確保された加入者への助言対策も協定されなければならない。診療ネットワークにおいては、第1文による契約、診療ネットワークに参加する加入者のための医薬品供給の質及び構造に関する詳細を、本法典の規定と異なる場合も協定できる。

(6) 薬剤師の経済的利益を守るための標準的中央組織は、第92条第1項第2文第6号による指針の範囲内における薬理学的治療の透明性と価格の透明性確保のため、かつ第35条第1項及び第2項による定額の決定のために必要なデータを、連邦共同委員会及び疾病金庫中央団体連盟に送付し、要求があり次第必要な情報を与えるよう義務づけられている。その詳細については第2項による基本契約に定める。

(7) 第2項による基本契約が全くか一部しか成立しないか、連邦保健省が定めた期間内に成立しない場合、契約内容は第8項による仲裁機関により決定される。

(8) 疾病金庫の中央団体及び薬剤師の経済的利益を守るための標準的中央組織は、共同の仲裁機関を設立する。仲裁機関は、疾病金庫と薬剤師の同数の代表及び中立議長1名及び中立委員2名で構成される。議長と2名の中立委員及びその代理については、契約当事者の合意が必要とされる。その合意が成立しない場合、第89条第3項第3文及び第4文が準用される。

(9) 仲裁機関は職務規則を与えられる。仲裁機関の委員は自らの職務を名譽職として行う。委員はいかなる指示にも拘束されない。委員は毎年に議決権を持つ。決定は委員の多数決をもって行われる。過半数に達しない場合は議長が決定を下す。

(10) 仲裁機関の業務執行に関する監視は、連邦保健省が行う。同指針は、連邦参議院の同意を得た法規命令により、委員の救済及び任命、現金支払いの前送及び委員の時間費用に対する報酬、その手続き並びに費用の分担に関する詳細を規定する。

第129a条 病院薬局

疾病金庫またはその団体は、病院薬局による処方医薬品の加入者への提供に関する詳細、特に加入者に対する標準的提供価格の額を許可病院の経営者と協定する。第300条第3項により行われる規定は、第1文による協定の一部である。第1文による協定が存在する病院薬局は、処方医薬品を疾病金庫の負担で請求してよい。

第130条 割引

(1) 疾病金庫は薬局から、処方せ金を義務づけられている既製医薬品について医薬品毎に2.3ユーロの割引を受け、その他の医薬品については加入者に対する標準的薬局価格に5%の割引を受ける。第1文前半による値引きは第129条第2項による協定において契約相手により2009年について初めて、経済的経営を行う場合に薬局の給付及び費用の種類及び範囲を考慮に入れて、処方義務づけられている医薬品の提供に於いて薬局の報酬総額が給付に相応しいよう、調整されなければならない。

(1a) (削除)

(2) 医薬品に第35条または第35a条による定額が定められている場合、割引額は定額により算定される。第1

項による標準的薬局提供価格が定額以下の場合、割引額はより低い提供価格により算定される。

(3) 割引額の提供は、薬剤師の請求書が疾病金庫において受領された後、10日以内に清算されることを見込んでいる。その詳細については、第129条による基本契約に規定する。

第130a条 製薬企業家の割引

(1) 疾病金庫は薬局から2003年1月1日以降、金庫の負担で提供される医薬品について、製薬企業家の提供価格の0%の割引を受ける。製薬企業家は、薬局にその割引を補償することが義務づけられている。医薬品卸業者が第5項により定められている限り、製薬企業家は、医薬品卸業者にその割引を補償することを義務づけられている。割引は請求権の行使後、10日以内に薬局と医薬品卸業者に補償される。第1文は、その薬局提供価格が薬事法による価格規定に基づきまたは第129条第5a項に基づき定められている既製医薬品に適用される。

(1a) 2004年には第1項第1文とは異なり、処方せ金を義務づけられた医薬品についての割引は16%となる。

(2) 2003年1月1日から2004年12月31日まで、割引は2002年10月1日の価格水準と比べた製薬企業家の提供価格の上昇額だけ引き上げられる。2002年10月1日以降に初めて市場に導入された医薬品については、市場導入の価格水準が適用されるという条件で第1文が適用される。

(3) 第1項、第1a項及び第2項は、第35条または第35a条により定額が定められている医薬品については適用されない。

(3a) 付加価値税を除くが2005年11月1日における価格状況に対し上昇している場合、疾病金庫はその負担で提供された医薬品について2006年4月1日から2008年3月31日まで価格上昇額の割引を受ける；定額を超える価格引き上げ額については、この限りでない。2006年4月1日後、市場に導入された医薬品については、市場導入の価格状況が適用されるという条件で第1文が適用される。第129条に基づき購入医薬品についての割引は、第1文とは異なり、第129条の基準に従って、この規定に基づき購入医薬品についての割引を考慮に入れた、付加価値税も含めた購入医薬品の医薬品提供価格より低い額の請求額が適用される。第1項及び第3b項による割引は、第1文から第3文までによる割引に加え、徴収される。第1項及び第3b項による価格引き上げに与えられる割引額は、第1文から第3文までによる割引に相応に減少させる。第1文から第3文までによる割引の請求については、第1項、第5項から第7項まで及び第9項が適用される。第4項が適用される。その詳細は、疾病金庫中央団体連盟が規定する。

(3b) 特許権のない成分が同じ医薬品については、疾病金庫は2006年4月1日以降、付加価値税を除く製薬企業家の提供価格の10%の割引を受ける；価格の有利な輸入医薬品については、第3a項第3文が準用される。2007年1月1日以降行われる付加価値税を除く製薬企業家の提供価格の引き下げは、価格引き下げの額での第1文による割引を減額する；続く36ヵ月以内に価格が引き上げられる場合、疾病金庫との請求の際価格引き上げが有効となった以降、価格引き上げの額だけ第1文による割引は引き上げられる。第1文及び第2文は、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る定額より少なくとも30%低い医薬品には適用されない。第3a項第5文から第8文までが準用される。価格引き下げ前の36ヵ月間に第1文によるその提供価格が引き上げられた医薬品については、第2文は適用されない；2006年12月1日以前の価格引き上げは、考慮に入れられてはならない。その価格が2006年12月1日及び2007年10月1日の間に一度引き上げられ、続いて引き下げられた医薬品については、新たに行われた価格引き下げ以降、12ヵ月の期間中、第1文による提供価格の2%の更なる値下げを与える限り、製薬企業家は第1文による値下げを2007年10月1日以降、新たに行われた最低でも付加価値税を除く製薬企業家の提供価格の10%の価格引き下げにより交代させることができる。

(4) 連邦保健省は、第1項及び第2項による割引の必要性を審査した後、これらが公的疫病保険に対するその影響を含め経済全体の状態によりはるや正当化できない場合、人が利用する医薬品における価格決定を規定するための対策の透明性と国家による疫病保険制度へのその取り入れに関し、1988年12月21日の89/105/EGC指令の第4条の基準により、連邦参議院の同意を得た法規命令による割引を、廃止するか、軽減しなければならない。

(5) 薬局は医薬品卸業者と、割引を製薬企業家と清算することを協定することができる。2003年12月31日まで、薬局は2002年の前期末に大部分の売り上げを清算した医薬品卸業者に、第1項第3文による製薬企業家の清算を

行うよう要求できる。医薬品卸業者は、この目的のために薬局と共同事業体を設立することができる。医薬品卸業者が提供した医薬品に機械で読み取り可能な連邦統一番号を提供する医薬品卸業者に与え、薬局がこの番号を第300条による医薬品の清算の際に把握している限り、第1文による協定は必要としない。経済的利益を守るために設立された薬局及び医薬品卸業者の標準的中央団体は、共通の基本契約において詳細を定める。

(6) 割引を証明するため、薬局は提供した医薬品に関する医薬品番号及び疾病金庫に第300条第1項により伝達された記載事項にもつづその提供データを、電子媒体で製薬企業家または、第5項による協定の場合は医薬品卸業者に伝える。第5項第4文による規定の場合には、追加して医薬品卸業者に番号を伝える。製薬企業家は、割引を決定するために必要な記載事項を、薬剤師の経済的利益を守るための標準的組織及びその法的責務を果たすための疾病金庫中央団体連盟に伝えることを義務づけられている。経済的利益を守るために設立された薬剤師、医薬品卸業者及び製薬企業家の標準的中央組織は、共通の基本契約に詳細を定めることができる。

(7) 薬局は第1項第4文による期間の経過後、医薬品卸業者にに対し割引を差引勘定することができる。医薬品卸業者は第1文により差引勘定された割引を包括払い方式においても製薬企業家に対し差引勘定できる。

(8) 疾病金庫またはその団体が製薬企業家と、第1項及び第2項による割引に追加してその負担で提供される医薬品について割引を協定することができる。その際、年間売上量並びに協定された売上量に対する超過売り上げの通減も協定できる。第1文による割引は製薬企業家から疾病金庫へ支払われなければならない。第1文による協定は第1項、第3a項及び第3b項による割引に影響しない。疾病金庫またはその団体が、給付提供者または第三者を第1文による契約の締結に参加させるか、これらにそのような契約の締結を委託できる。連邦保健省はドイツ連邦議会に、2008年3月31日まで割引協定の効果、社会裁判所への訴訟の道が開かれている。

(9) 本規定の内容における争いの際、社会裁判所への訴訟の道が開かれている。

第131条 製薬企業との基本契約

(1) 疾病金庫中央団体連盟及び連邦レベルで製薬企業の経済的利益を守るための標準的中央組織は、公的疫病保険における薬剤供給に関する契約を締結することができる。

(2) 契約は次の各号に及ぶことができる。

1. 治療法に相応しい経済的包装の大きさの決定と包装の調整、
2. 特に価格比較リスト(第92条第2項)の調査と定額の決定のためのデータ交換を含む、薬剤価格データ、薬料費データ及び薬剤処方データの把握と評価を容易にするための対策、
- (3) 第129条第3項は、製薬企業に準用される。
- (4) 製薬企業は、第92条第1項第2文第6号による割引の範囲内における薬理学治療上及び価格上の透明性を作り上げるため、並びに第129条第1項及び第2項による定額を引き受けるために必要なデータを、連邦共同委員会及び疫病金庫中央団体連盟に伝達し、要求があれば必要な情報を与えるよう義務づけられている。処方せ金を義務づけられていない既製医薬品の請求については、製薬企業は第130a条による割引を含め、第300条による請求に必要な価格記載事項及び製品記載事項を、第129条第2項に挙げられた団体並びに連邦保険医協会及び連邦共同委員会に、電子化されたデータ送信方法でかつ機械で読み取り可能な電子媒体で送信しなければならない；その際、加入者にとって標準的な医薬品提供価格(第129条第5a項)も記載されなければならない。

(6) 製薬企業は、薬剤の外側の包装に第300条第1項第1号による薬剤登録番号を薬局が機械的に把握できる連邦統一形式で記載するのを義務づけられている。詳細は、疾病金庫中央団体連盟及び製薬企業経営者の経済的利益を守るための標準的中央組織が連邦レベルでの契約の中で規定する。

第8節 その他の給付提供者との関係

第132条 家事援助の供給

(1) 疾病金庫は、家事援助を供給するために相応しい人員を雇うことができる。疾病金庫がそのために他ののしか

るべき人員、施設または企業を利用する場合は、サービス給付の内容、範囲、報酬及びび質と経済性の審査に関する契約を締結しなければならぬ。

(2) 疾病金庫は、給付が経済的かつ格安に提供されるよう注意しなければならぬ。給付提供者を選択する場合は、その多様性、特に任意の社会福祉事業の意義に配慮しなければならぬ。

第 132a 条 訪問看護の供給

(1) 疾病金庫中央団体連盟は統一的かつ共同で、介護サービスを経済的利益を守るための連携レベルにおける標準的中央組織とともに、第 92 条第 1 項第 2 文第 6 号による指針を考慮に入れて訪問看護の統一的供給に関する共同勧告を行う；教、公法上の宗教団体または公益団体も基本勧告のその他の公益団体に分類される介護サービスについては、その施設が属する教、公法上の宗教団体または公益団体も基本勧告のその他の当事者と共同で基本勧告を締結することができる。連邦保険医協会及びドイツ病院協会には、協定の締結前に意見表明の機会が与えられなければならない。意見表明は基本勧告の当事者の決定過程に取り入れられなければならない。基本勧告には、特に次の各号を規定しなければならぬ：

1. その制限を含む訪問看護の内容、
2. 給付提供者の適性、
3. 質確保対策及び継続教育対策、
4. 給付提供者と処方した保険医及び病院との協力内容及び範囲、
5. その審査を含む給付提供の経済性の原則及び
6. 報酬及びその構造の原則。

(2) 訪問看護の提供の詳細、価格及び請求と給付提供者の継続教育義務に関して、疾病金庫は給付提供者と契約を締結する。継続教育が証明されない場合、報酬の減額が規定されなければならない。給付提供者は、継続教育を取り返すことができる期間が設定されなければならない。給付提供者がこの期間中に継続教育を受けない場合、契約は解除されなければならない。疾病金庫は、給付が経済的に格安に提供されるよう注意しなければならぬ。契約には、一致しない場合、契約当事者により定められるべき中立的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。契約当事者が仲裁者の決定に一致しない場合、契約を締結する疾病金庫を担当する監督官庁が決定する。仲裁手続きの費用は、契約当事者が同じ割合で負担する。給付提供者を選択する際、その多様性、特に任意の社会福祉事業の意義に配慮しなければならない。第 1 項と異なり、疾病金庫は訪問看護を提供するたのめたるべき職員を雇うことができる。

第 132b 条 社会療法への提供

疾病金庫または疾病金庫州連合会及び補充金庫は、需要に見合った診療に必要と限り、第 37 a 条第 2 項による指針を考慮に入れて然るべき者または施設と社会療法への提供に関する契約を締結することができる。

第 132c 条 社会医療上のアフターケアへの提供

疾病金庫または疾病金庫州連合会は、需要に見合った医療に必要と限り、適切な人物または施設と、社会医療的アフターケアへの提供に関する契約を締結することができる。

第 132d 条 専門的訪問看護とケア

(1) 報酬及びその請求を含む専門的訪問看護とケアに関して、需要に見合ったケアのために必要な限り、疾病金庫は第 37b 条による指針を考慮に入れて、適切な施設または者と契約を締結する。契約においては、補充的どのような方法で給付提供者が勧告活動もするかが規定されなければならない。

(2) 疾病金庫中央団体連盟は共同で統一、ドイツ病院協会、連邦レベルにおける介護施設経営者協会、ホスピス労働及び緩和ケアの中央組織並びに連邦保険医協会の参加のもと、勧告において次の各号を定める。

1. 給付提供者への物的及び人的要件

2. 質確保及び継続教育のための対策、

3. 専門的訪問看護とケアの需要に見合った供給についての基準

第 132e 条 予防接種の供給

疾病金庫またはその団体は、保険医協会、適切な医師、その共同事業体、医師により管理される施設または公的保健サービス、第 20s 条第 1 項及び第 2 項による予防接種の実施に関する契約を締結する。その際、疾病金庫またはその団体は、特に保険医診療に参加する医師が、予防接種を疾病金庫の負担で行う権限があることを確保しなければならぬ。

第 133 条 患者輸送給付の供給

(1) 救急サービス及びその他の患者輸送の給付請求に対する報酬が州または市町村の法律の規定により定められていない限り、疾病金庫またはその州連合会は、これらの給付報酬に関する契約を、第 71 条第 1 項から第 3 項に注意してそのための然るべき施設または企業と締結する。第 1 文による協定が成立せず、州の法律にこの場合の報酬決定が規定されている場合は、広い範囲をカバーする救急サービス第 1 項から第 3 項までに注意しなければならない。その際、疾病金庫またはその団体は、広い範囲をカバーする救急サービスの確保及び保健協定協定動議の勧告を考慮に入れなければならない。協定価格は上限価格である。協定価格はできる限り有利な価格での供給能力に合わせなければならない。

(2) 救急サービス給付の利用に対する報酬が州または市町村の法律の規定により定められる場合は、次の各号の場合における疾病金庫の加入者に対する費用負担の履行義務は、比較的に経済的に供給される給付の範囲内で、定額だけに制限することができる。

1. 報酬決定の前に、疾病金庫またはその連合会に意見表明の機会が与えられなかった場合、
 2. 報酬決定の際に、救急サービスの給付確保以上の施設の公的義務により条件が付けられている設備投資費用及び準備金留保費が考慮に入れられる場合、または
 3. 給付提供が法律で定められた確保義務に比べて経済的でない場合。
- (3) 第 1 項は、救急サービスの給付及び旅客運送法の範囲内における他の患者輸送にも適用される。

第 134 条 助産婦給付の報酬

(1) 連邦保健省は、連邦参議院の同意を得た法規命令により、疾病金庫の給付義務に含まれる限り、自由業の分娩助産者及び助産婦の給付に対する報酬を定める。命令には、疾病金庫による報酬算定の詳細も規定される。分娩助産者及び助産婦は、加入者にそれ以上の報酬を請求する権限を与えられていない。

(2) 疾病金庫の中央団体、助産婦及び分娩助産者の職能団体は、報酬決定の前に意見聴取される。

第 134a 条 助産婦援助の供給

(1) 疾病金庫中央団体連盟は、経済的利益を守るために設立された連邦レベルにおける助産婦の標準的職業団体及び助産婦が管理する施設の団体と、疾病金庫に拘束的効力を有する助産婦援助の供給、助産婦により管理される施設における通院分娩の際の経費費総額及びこれらの施設における質確保の要件を含め請求可能な給付並びに報酬額及び疾病金庫による報酬清算の詳細に関する契約を締結する。契約当事者はその際、助産婦援助に対する加入者の需要及びその質、保険料率安定の原則並びに自由業の助産婦の当然の経済的利益に配慮しなければならぬ。

(2) 第 1 文第 1 号による団体における加入者資格並びに第 1 文第 2 号による加入の証明方法及び証明期間に関する詳細は、疾病金庫中央団体連盟が規定する。

(3) (明略)

(4) 疾病金庫中央団体連盟及び経済的利益を守るために設立された連邦レベルにおける助産婦の標準的職業団体並びに助産婦により管理される施設の団体は、共同仲裁機関を設立する。仲裁機関は疾病金庫と助産婦の同僚の

代表並びに中立議長1名及び2名の中立委員から成る。任期は4年である。議長及び2名の中立委員並びにその代理について、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5文が準用される。その他、第129条第9項及び第10項が準用される。

(6) 分擔介助者も、この規定にいう助産婦と見なされる。

第9節 給付提供の質の確保

第135条 検査方法及び治療方法の評価

(1) 新しい検査方法及び治療方法は、連邦共同委員会が連邦保険医協会、保険医協会または疾病金庫中央団体連盟の第91条第1文による中立的な者の申請に基づき、第92条第1項第2文第5号による指針の中で次の各号に関する勧告を行っている場合のみ、保険医診療及び保険歯科診療において、疾病金庫の負担で提供される。

1. 新しい方法の診断上及び治療上の有効性の承認並びにその時々々の学識水準によるその医療上の必要性及び経済性一既に疾病金庫の負担で提供するために必要な医師の資格、質確保対策の要件及び報酬要件、
2. 新しい方法の現時的適用を確保するために必要な医師の資格、質確保対策の要件及び報酬要件、
3. 医師治療に関する必要な記録。

連邦共同委員会は、疾病金庫の負担で提供される保険医診療及び保険歯科診療が第1文第1号による基準に相応しいかどうかを審査する。これらの基準が満たされていないとすると審査結果が出た場合は、これらの給付を保険医が提供または保険歯科給付として疾病金庫の負担でもはや提供してはならない。連邦共同委員会が新たな検査方法及び治療方法の評価のための手続きにおいて決定に必要な科学的知識の評価の提出以降、6ヵ月経過後、まだ決議していない場合、第1文により申請権限のある者並びに連邦保健省は、連邦共同委員会によりさらに6ヵ月間の期間内に議決を行うことを要求できる。この期間内に議決が成立しない場合、保険医診療または保険歯科診療における検査方法及び治療方法は疾病金庫の負担で提供されてよい。

(2) その実施における要件または方法の新しいさのために特別の知識と経験（専門的学識証明）並びに特別の診療所設備または構造品質に対する更なる要件を必要とする医師による給付及び報酬医師による給付については、連邦基本契約の契約当事者は統一的にこれらの給付の実施及び請求についての相応しい前提条件を協定することができる。資格として前提にされなければならない必要知識及び経験について、医師としての職業行使に関する州法の規定に、特に専門医法の、連邦全土にわたる内容が同じで第1文による質の前提条件に關し、同等の資格が導入される限り、これらは必要かつ十分な前提条件である。医師による給付が初めて資格と関連づけられる場合、契約当事者は、継続教育期間中に相応しい資格を獲得しなかつた医師について、絶對的に専門医法上の規定の知識水準及び経験水準に達しなければならぬ資格を導入することができる。第2文と異なり、第1文による契約当事者は、一定の医療機器による給付の提供がこれらの給付がその専門分野の中心となる専門医に留保される。給付提供の質及び経済性の確保のための規定を定めることができる。

第135a条 質確保義務

(1) 給付提供者は、提供した給付の質の確保及び向上を義務づけられている。給付はその時点における学識水準に相応しく、専門的に要求された質で提供されなければならない。

(2) 保険医、医療センター、許可病院、予約給付またはリハビリ措置の提供者及びこれらと第111a条による診療契約が存する施設は、第137条及び第137d条の基準により、次の各号を義務づけられている。

1. 特に結果の質を改善するという目標を有する施設を包括する質確保対策への参加及び
 2. 施設内に質管理を導入しさらに向上させること。
- 保険医、医療センター及び許可病院は、第137a条第1項による契約所、第137a条第2項第2号及び第3号によるその責務の引き受けに必要なデータを自由に使用せなければならぬ。

第136条 保険医協会による質の促進

(1) 保険医協会は、保険医診療の質を促進するための対策を実施しななければならない。これらの質確保対策の目標及び成果は、保険医協会により記録され、毎年、公表されなければならない。

(2) 保険医協会は、個々のケースにおける登録医による給付を含め、保険医診療において提供された給付の質を抽出調査により審査する；例外的ケースにおいて、患者調査も許される。連邦共同委員会は、第92条第1項第2文第13号による指針において、保険医診療における質評価の基準並びに第299条第1項及び第2項に従った第1文による質審査の選別、範囲及び方法についての基準を開発する；その際、第137a条第2項第1号及び第2号による結果が考慮に入れられなければならない。第2文は保険医科医の分野に準用される。

(3) 第1項及び第2項は、病院内で提供された外来による医師給付にも適用される。

第136a条 (削除)

第136b条 (削除)

第137条 質確保のための指針及び決議 (2008年7月1日施行)

(1) 連邦共同委員会は、保険医診療及び許可病院について、第92条第1項第2文第13号による指針により、特に次の各号を定める。

1. 第137a条第2項第1号及び第2号による結果に注意して、第135a条第2項、第115b条第1項第3文及び第116b条第4項第4文及び第5文により義務づけられた質確保対策並びに施設内における質管理における原則的要件及び
 2. 実施された診断上及び療法上の給付、特に高価な医療機器による給付の適心症加の必要性及び質の基準；その際、構造上の質、過程における質及び結果の質の最低要件も定められなければならない。
- 必要ない実施規定及び原則を公布する。
- (2) 第1項による指針は、給付提供の質が分野毎の規程によつて適切に確保され得ないものでない限り、分野を包括して公布されなければならない。第3項及び第4項における規程は、なお効力を有する。
 - (3) 連邦共同委員会は、許可病院について次の各号に関する決議も行う。

1. 5年の間隔で提供されるべき専門医、心理学的精神療法医及び児童・青少年精神療法医の継続教育義務の遂行に関する証明、
2. 特別な基準における治療結果の質が提供された給付の量に左右される病院取法第17条及び第17b条による計画可能な給付の一覧、並びに医師または病院師のそれぞれの給付についての最低量及び例外的事実、
3. 手術前のセカンドオピニオンの入手についての原則及び
4. 特に第1項による要件並びに第1号及び第2号による規程の実現を考慮に入れた質確保の状況が記された2

年の間隔で公表されるべく構成された許可病院の質報告の内容、範囲及びデータフォーマット、報告は病院の給付の種類及び総数も証明しなければならない。報告は、決定において定められた受給者範囲を超えて疾病金庫連合マツトで作成されなければならない。報告は、決定において定められた受給者範囲を超えて疾病金庫連合会及び補完金庫からもインターネットにおいて公表されなければならない。

計画可能な給付における第1文第2号により必要な最低量が達成されない場合、相応しい給付は提供されてはならない。病院計画を担当する州の官庁は、第2文の適用が全面的な国民診療の確保を阻害する可能性のある第1文第2号による一覧表からの給付を定めることができる；州の官庁は病院の申請に基づき、これらの給付において第2文の非適用に關し決定する。入院診療の透明性及び質を引き上げる目的のため、保険医協会並びに疾病金庫及びその団体は、保険医及び加入者を第4号による質報告に基づき比較的にも病院の質指標に関する情報を提供し、勧告を言い渡す。民間疾病保険の団体、連邦医師会並びに介護職の職業組織は、第1号から第4号までによる決定の際に参加させられなければならない；第1号による決定の際、連邦精神療法医師会も追加して参加さ

守られたとみなされる。許可は、第266条第7項による法規命令に挙げられた必要条件が満たされ、第1文による契約が締結された日、早ければ申請日とともに有効となるが、法規命令の規定の施行前には有効とならない。決定の交付については、経費を補償する報酬を与えなければならぬ。総費は実際に発生した人件費及び物件費により計算される。人件費に加えて発生した管理費用は、実績で総費に加算されなければならない。第8文による報酬では補填できない第137f条第1項によるプログラムとの関連で必要となる調整費用が連邦保険庁に発生する限り、調整要材添率の引き上げにより疾病金庫が償わなければならない。リスク構造調整における第9文及び第10文による経費の計算及び第11文により疾病金庫が償わなければならない。リスク構造調整における第9文及び第10文による経費の計算及び第11文による経費の配慮に関する詳細は、連邦保健省が第266条第7項による法規命令において連邦参議院の同意なしに定める。第266条第7項による法規命令には、第9文及び第10文により発生した経費は包括化された原価率をもとに計算されなければならないと規定することができる。連邦保険庁の報酬決定に対する訴えは、延期効果を持たない。

(2) 第137f条第1項によるプログラムの許可の延長は、第137f条第4項による評価をもとに行われる。そのほか、第1項が許可の延長について作用される。

(3) (削除)

第138条 新しい治療手段

保険医診療に参加する医師は、連邦共同委員会が前もってその治療上の有効性を認め、第92条第1項第2文第6号による指針の中で給付提供の際における質確保のための報告を提供している場合のみ、新しい治療手段を処方することができる。

第139条 補装具一覧、補装具の質確保

(1) 疾病金庫中央団体連盟は、機能的に構成された補装具一覧を作成する。一覧には給付義務に含まれた補装具が記載されなければならない。補装具一覧は連邦公報に公布されなければならない。

(2) 十分に、合目的かつ経済的な供給を確保するために必要と認められ、補装具一覧においては、適応症毎のまたは使用毎の特別な補装具についての質要件を定めることができる。第1文による特別な質要件は、十分に長い使用期間または適切な場合にはその他の加入者における補装具の再使用を可能にするためにも、定めることができる。補装具一覧においては、補装具の準備のために追加して提供されるべき給付の要件も規定することができる。

(3) 補装具の補装具一覧への収載は、製作者の申請に基づいて行われる。(「収載に関しては、疾病金庫中央団体連盟が決定する；疾病金庫中央団体連盟は、メディカルサービスに、第4項による前提条件が満たされているかどうかを審査させることができる。(2008年7月1日施行) 」)

(4) 製作者が機能の適性及び安全性、第2項による質要件を満たすこと及び、必要な限り、医療上の効用を証明し、規則通りの確実な取り扱いのために必要とドイツ語による情報が補装具に備え付けられている場合、補装具は収載されなければならない。

(5) 医療製品法第3条第1号にいう医療製品については、機能の適性及び安全性の証明は、CE-証明により原則として行われたと見なされる。疾病金庫中央団体連盟は、一致表明及び、適切な限り、一致評価に参加する名を挙げられた機関の証明によりCE証明の形式的な合法性を確かめる。もつともな原因があれば、追加審査を行うことができ、このために必要な証明を要求できる。第3文による審査は、製品の行われた収載後、抽出調査に基づいて行うこともできる。第2文から第4文までによる審査の際、医療製品法の規定が注意されていないという指摘が生じる場合、それ以外の結論に拘わらず、それにより担当する官庁はこれに関し情報を提供されなければならない。

(6) 製作者が十分な申請資料を提出する場合、合わせて6ヶ月を超えてはならない適切な期間が、足りない資料を後で提出するために与えられる。期間の経過後、申請に関する決定に必要な資料が完全に揃っていない場合、申請は拒否されなければならない。さもなければ、疾病金庫中央団体連盟が完全な資料の提出後3ヶ月以内に決定する。決定に関しては情報が与えられなければならない。第4項による要件を最早、満たしていない場合、収載は取り消されなければならない。

2. 医療の質が改善される可能性。
3. 根拠に基づく指針があること、
4. 分野を越えた治療の必要性。
5. 加入者自らの積極的参加により病気の進行に影響を与えられること、
6. 治療にかかる費用が高いこと。

(2) 第91条による連邦共同委員会は、第266条第7項による法規命令の代わりに、第1項による治療プログラムの構成の要件を連邦保健省に勧告する。特に次の各号の必要条件を挙げなければならない。

1. 根拠に基づく指針を考慮に入れた医学の現状による治療または最良の利用可能な根拠による治療並びに各診療部門を考慮に入れた治療。
2. 第137a条第2項第1号及び第2号による結果を考慮に入れて実施されるべき質確保対策。
3. 参加期間を含むプログラムへの加入者の登録についての前提条件及び方法。
4. 給付提供者及び加入者の教育、
5. 記録及び
6. 効果と費用の評価 (詳細) 及びプログラムの評価の間隔並びに第137g条による許可期間。

連邦保健省は第1文による連邦共同委員会に、第1項によるどのような慢性疾患に必要な条件が満たされるべきかを公示する；勧告は公示後、遅滞なく提出されなければならない。(「疾病金庫中央団体連盟は、疾病金庫中央団体連盟のメディカルサービスに参加しななければならない。(2008年7月1日施行) 」) 通所及びび入所による予防施設及びリハビリ施設並びに自助の利益を守るための中央組織及び連邦レベルのその他の給付提供者の標準的中央組織は、その利害に関わる限り、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。

(3) 加入者については、第1項によるプログラムへの参加は自由である。登録の前提条件は、プログラムへの参加。第266条第7項による法規命令に定められたデータの疾病金庫、第4項による専門家及び参加給付提供者による集計、処理及び利用、並びに疾病金庫へのこれらのデータの送信についての、疾病金庫からの包括的情報により与えられた文書による同意である。同意は撤回することができる。

(4) 疾病金庫またはその団体は、連邦保険庁が疾病金庫またはその団体の了解を得てその費用で任命した中立の専門家に、公表されるべき一般的に認められた科学的基準をもとに第1項によるプログラムの外部評価をさせなければならない。

(5) 疾病金庫の団体及び疾病金庫中央団体連盟は、第1項によるプログラムの構築及び実施の際にその会員を支援する；これにより連邦統一のまたは州統一の基準が実現されるべき限り、第2文に挙げられた責務はこれらの団体も与えることができることもこれに属する。疾病金庫は許可を受けた給付提供者と契約した第1項によるプログラムの実施義務を、第三者に委託することができる。第10編第80条は、なお効力を有する。

(6) 第1項による疾病管理プログラムの実施のための契約に作業グループの設置が規定されている限り、作業グループはその責務を遂行するため、第10編第80条第5項第2号とは異なり、受託者に全データの処理を委託し、委託者は、委託者を担当するデータ保護委員に、第10編第80条第3項第1文から第4文までで挙げられた記載事項を、委託者を与える前に適時に文書により届け出なければならぬ。第10編第80条第6項第4文は、なお効力を有する。委託者及び受託者を担当する監督官庁は、第1文による契約のチェックの際、密接に協力しなければならない。

第137g条 疾病管理プログラム (DMP) の許可

(1) 連邦保険庁はひとつまたは複数の疾病金庫または疾病金庫の団体の申請に基づき、プログラムとその実施のために締結された契約が第266条第7項による法規命令に挙げられた必要条件を満たす場合、第137f条第1項によるプログラムの許可を与えなければならない。その際、連邦保険庁は学識経験者を参加させることができる。許可は期間を限らなければならない。許可には負荷と条件を与えることができる。許可は3ヶ月以内に与えられなければならない。疾病金庫が正当と認める理由から許可がこの期間に与えられない場合、第5文による期間は

(7) 補装具の補装具一覧への収載方法は、疾病金庫中央団体連盟が第3項から第6項までに従って規定する。疾病金庫中央団体連盟はその際、適切な機関の審査証明が提出されたか、関連する規定または水準の遵守が適切な方法で証明されている限り、適切な機関の審査証明が提出されたか、一定の要件を満たすことを前提とすることができる。

(8) 補装具一覧は、規則的に更新されなければならない。更新には、第2項による体系及び要件の継続的發展、新たな補装具の収載並びに、その収載が取り消されたか、第6項第5文により取り消された製品の削除を含む。第2項による体系及び要件の継続的發展及び変更前に、当該製作者及び給付提供者の中央知識にはそのために必要な情報を伝達して適切な期間内に意見表明の機会が与えられなければならない。意見表明は決定に取り入れられなければならない。

第139a条 保険制度における質及び経済性研究

(1) 第91条による連邦共同委員会には、医療保障制度における質及び経済性についての専門的に独立した法的能力を有する学術研究所を設立し、その代表者となる。このために、民法上の財団を設立することができる。

(2) 研究所長の任命は、連邦保健省と合意の上で行われなければならない。民法上の財団が設立される場合、連邦保健省が代表を送り込む財団の理事会内で合意が行われる。

(3) 研究所は、公的病病保険の範囲内で提供された給付の質及び経済性についての原則的意義の問題に関し、特に次の分野で活動する：

1. 選択された疾患における診断方法及び治療方法についての現在の医学水準の調査、提示及び評価。
2. 年齢、性別及び言語状況に基づく特殊性を考慮に入れて公的病病保険の範囲内で提供された給付の質及び経済性問題に関する学術的鑑定及び意見表明の作成。
3. 疫学上重要な疾病についての根拠に基づく指針の評価。
4. DMPの提供。
5. 医薬品の効能及び費用の評価。
6. 全国民が理解できる医療における質及び効率性並びに重要な疫学上の異議を有する疾患の診断及び治療法に関する一般的な情報の準備。
- (4) 研究所は、国際的に認められた根拠に基づく医学水準による医療上の効用の評価及び特に医療経済のそれについて基準となる国際的に認められた水準による経済的評価が行われていることを、保証しなければならない。研究所は規則的な間隔で、決定の基礎を含む研究過程及び研究成果に関し公的に報告しなければならない。
- (5) 研究所は評価方法のあらゆる重要な部分において、医学、薬学及び医療経済学及び受務の専門家、医薬品製造業者並びに患者及び慢性疾患患者及び障害者を守るための標準的組織並びに患者の要求のために連邦政府が委託した者には、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。
- (6) 研究所の専門的独立性を確保するため、被雇用者はその任命前に利害団体、特に製薬メーカー及び医療器械メーカーの委託研究とのあらゆる関係を、寄付の種類及び額を含め明らかにしなければならない。

第139b条 責務の遂行

(1) 第91条による連邦共同委員会は、第139a条第3項による仕事をその研究所に委託する。連邦共同委員会に設置された組織、連邦保健省、患者並びに慢性疾患患者及び障害者の自助グループの利益を守るための組織並びに患者の要求のために連邦政府から委託された者は、連邦共同委員会において研究所の委託を申請できる。

(2) 連邦保健省は第139a条第3項による責務の処理を研究所に直接申請することができる。連邦保健省が申請の処理の財源を引き受けるのではない限り、研究所は連邦保健省の申請を根拠がないと拒否することができる。

(3) 第139a条第3項第1号から第5号までによる責務を処理するため、研究所は外部の専門家に研究委託を行うことができる。これらの者は、寄付の種類及び額を含め、利害団体、特に製薬産業及び医療機器産業の委託研究との全ての関係を公表しなければならない。

(4) 研究所は、第91条による連邦共同委員会に第1項及び第2項による委託の研究結果を報告として与える。連邦共同委員会はその責務の範囲内で考慮しなければならない。

第139c条 財政

第139a条第1項による研究所の財政は、入院1件当たり請求金額についての加算金の徴収及び第85条及び第87a条による外来による保険医及び保険歯科医診療についての報酬の相応しいパーセントだけの追加引き上げにより半分ずつ行われる。入院分野で徴収される加算は病院の計算において別に証明される。その加算は、病院報酬法第3条及び第4条または連邦入院施設費令第6条による総額には含まれず、相応しい売上調整に含まれない。入院1件当たりの加算、保険医協会及び保険歯科医協会の割合並びにこれらの財源の任命されるべき官職への転送に関する詳細は、連邦共同委員会により定められる。

第10節 疾病金庫の自己施設

第140条 自己施設

- (1) 疾病金庫は、1989年1月1日に存在する加入者の診療に役立つ自己施設を維持して経営することができる。自己施設は、州精神計画及び保険医の分野における許可制限に注意して、医療需要における種類、範囲及び財政的装備により合わせることができる；自己施設は、第95条第1項による医療センターの設立者になることができる。
- (2) 疾病金庫は、健康予防とリハビリの際にその使命を果たすことが他の方法では確保できない限り、新しい自己施設を設立することができる。疾病金庫またはその団体は、第72a条第1項による確保義務がそれにより満たされる場合も、自己施設を設立することができる。

第11節 診療ネットワークにおける給付提供者との関係

第140a条 診療ネットワーク

(1) 本章のその他の規定とは異なり、疾病金庫はさまざまに給付分野を判断する加入者診療または学際的専門分野を超える診療に関する契約を第140b条に挙げられた契約相手と締結することができる。加入者診療がこの契約により行われた限り、第75条第1項による確保義務は制限される。診療提供及びその請求の前提条件は、診療ネットワークに関する契約から生じる。診療ネットワークについての契約は、住民毎の医療の包括化を可能にするべきである。診療ネットワークの範囲内における通院治療に必要な医薬品の供給は、第130a条第8項による契約により行われるべきである。

(2) 診療ネットワークの形態への加入者の参加は任意である。治療に当たる給付提供者は、加入者が了承し、具体的に緊急を要する治療ケースのために情報が利用され、給付提供者が刑法第203条により守秘義務のある者の範囲に属する場合のみ、第140b条による共通の記録から加入者に関する治療データ及び所見を呼び出すことができる。

(3) 加入者は、加入する疾病金庫から診療ネットワークに関する契約、参加する給付提供者、特別な給付及び協定された頁の基幹に関する包括的な情報を得る権利を有する。

第140b条 診療ネットワークの形態に関する契約

- (1) 疾病金庫は、次の各号の者のみと、第140a条第1項による契約を締結することができる。
 1. 保険医診療を許可された医師及び歯科医師個人、及び本章により加入者診療の資格を与えられた給付提供者及びその共同事業体、
 2. 加入者診療の資格を与えられている限り、許可病院の経営者、これらの者と第111条第2項による診療契約が存在する限り、入所予約施設及びリハビリ施設の経営者、外来リハビリ施設の経営者及びその共同事業体、
 3. 第95条第1項第2文による施設の経営者またはその共同事業体。

ければならない。留保された財源が3年以内に第1文による目的のために使用されない場合、資金が2007年及び2008年において留保された限り、使用されなかった財源は留保された額に占めるそれぞれの割合に応じて保険医協会及び各病院に支払われなければならない。

(2) 第88条第1項による総報酬の契約相手は、診療ネットワークの促進のために使用される財源が第1項により留保された財源を上回る場合について、診療ネットワークに参加する加入者の数並びに第140a条による契約において協定された診療委託に相応しく、それと結び付いた個別契約上の給付需要が第295条第2項により統一評価基準に基づき保険医による給付について請求された給付需要を低下させる限り、2004年から2008年までにおいて第85条第2項による総報酬を修正しなくてはならない。2009年1月1日以降、第87a条第3項第2文による治療需要は、診療ネットワークに参加する加入者の数及び有病率構造並びに第140a条による契約において協定された診療需要に相応しく、修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削減に関する合意が成立しない場合、第140a条による契約相手である疾病金庫またはその団体も、第89条による仲裁機関に訴えることができる。修正手続きに必要な加入者毎のデータは、疾病金庫が担当総合契約相手に送付する。

(3) 第84条第1項による協定の契約相手は、診療ネットワークが医薬品及び治療手段による診療を含む限り、支出総額を計算し、修正されなければならない。支出総額は診療ネットワークに参加する加入者の数及びリスク構造に相応しく、削減されなければならない。補完する有病率基準は考慮に入れられなければならない。

(4) 第140c条第1項第1文により病院と協定された報酬により、病院報酬法第3条及び第4条または連邦入院院療養費令第6条による総額に含まれた給付を超えて協定された給付は行われない。

(5) 疾病金庫は連邦保険医協会、ドイツ病院協会及び疾病金庫中央団体連盟により設立された共同登録機関に第1項第1文により留保された資金の使用に関する詳細を報告する。登録機関は、年に1回、診療ネットワークの発展に関する報告を公表する。報告は、契約の内容及び範囲に関する情報も含んでいるべきである。

第12節 EC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給付提供者との関係

第140e条 EC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給付提供者との契約

疾病金庫は第3章及びそれに属する下位の法律の基準による加入者の診療に関し、EC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いて第13条第4項第2文による給付提供者と契約を締結してもよい。

第13節 患者の参加、患者の要求のための連邦政府の委託者

第140f条 患者の利害代表者の参加

(1) 患者及び慢性疾患患者と障害者の自助の利益を守るための標準的組織は、診療に関する問題において、以下の規定の基準により参加しなくてはならない。

(2) 第91条による連邦共同委員会において及び第308b条によるデータの透明性責務のための共同事業者の協議会において、患者及び慢性疾患患者と障害者の自助の利益を守るための連邦レベルの標準的組織は、共同協議権を有する；その組織はそのためにより専門家を任命する。共同協議権には、決議の際の出席権も含まれる。専門家の数は、最大で疾病金庫中央団体連盟からこの委員会に派遣されたメンバー数に相応しなくてはならない。専門家は、第140g条による命令に挙げられたか、命令により認められた組織が一致して任命する。第56条第1項、第92条第1項第2文、第110b条第4項、第136条第2項第2文、第137条、第137a条、第137b条、第137c条及び第137f条による連邦共同委員会の決定の際、その組織は申請する権利を得る。

(3) 第90条による州委員会並びに第96条による許可委員会及び第97条による任命委員会においては、第101条第1項第3文による追加の保険医の例外的占有に関する決定または医師及び医師により管理される施設に資格を与えることに関する決定が行われる限り、患者及び慢性疾患患者と障害者の自助の利益を守るための州レベルの標準的組織は、共同協議権を有する；その組織はそのためにより専門家を任命する。専門家の数は最大で疾病金庫

4. 第140a条による診療ネットワークを第4章による加入者診療の資格を与えられた給付提供者により供給する

施設の経営者、

5. 第11編第92b条に基づく介護金庫及び平可介護施設、

6. 前述の給付提供者の共同事業者及びその共同事業者、

(2) 削除

(3) 第1項による契約においては、疾病金庫の契約相手には質を保証する、有効かつ十分に、合目的かつ経済的な加入者診療が義務づけられていないなければならない。契約相手は第2条及び第11条から第62条までによる加入者の給付請求権を、本章により給付提供者が義務づけられている程度に満たすことを保証しなくてはならない。特に契約相手は、一般的に認められた医療水準及び医学の進歩に相応しい協定に基づき診療ネットワークのための組織的、経営業務上の前提条件並びに医療上及び医療技術上の前提条件を満たし、さまざまな診療分野間の調整及び診療ネットワークの全関係者がそれぞれに必要な範囲でアクセスできなければならない十分な記録を含む加入者の診療需要に相応しい診療関係者間の協力を保証しなければならない。第1項及び第2項による疾病金庫の契約相手に対する診療委託の対象は、医療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号による決定の範囲内において第91条による連邦共同委員会が第137c条第1項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だけである。

(4) 契約は、例外規定が診療ネットワークの意義及び特性に相応しいか、診療ネットワークの質、有効性及び経済性を改善するか、その他の理由によりその実施に必要な限り、本章、病院財政法、病院報酬法の規定及びこれらの規定に基づき行われた規定からの例外を除いて規定できる。第71条第1項による保険料率安定の原則は、2006年12月31日までに締結される契約には適用しない。診療ネットワークの契約相手は診療ネットワークの実施についてのそれぞれの許可の状況に基づき、これらの給付の提供が各給付提供者の許可または資格の状況により保証されない場合も給付は提供できることに同意することができる。病院法第3文に拘わらず、診療ネットワークについての契約の範囲内で第116b条第3項による目標に上られた高度専門給付、希少疾患及び特別な治療経過を伴う疾患の外来治療の権限を与えられている。

(5) 診療ネットワーク契約についての第三者の参加は、全契約相手の同意を得た場合のみ可能である。

第140c条 報酬

(1) 診療ネットワークに関する契約は報酬を定める。診療ネットワークの形態の報酬からは、契約に基づく診療委託の範囲で参加加入者から請求された全ての給付の報酬が支払われなければならない。加入者が診療ネットワークに参加する給付提供者から診療ネットワークに参加していない給付提供者に転医するか、診療ネットワークに関する契約に規定されたその他の理由から参加していない給付提供者を受診する資格を与えられている限り、診療ネットワークに参加していない給付提供者に対する給付請求についても同様である。

(2) 診療ネットワークに関する契約は、予算責任の全てまたは定額可能な一部の分野について（組み合わせ予算）の引き受けを規定できる。参加加入者の数及びそのリスク構造は考慮に入れなければならない。補完する有病率基準は協定において考慮に入れなければならない。

第140d条 促進財源、解決

(1) 診療ネットワークを促進するため、各疾病金庫は2004年から2008年までに第85条第2項により保険医協会に支払われなければならない総報酬並びに各病院の完全入院院及び部分入院院による診療についての請求の1%までの財源を留保しなければならない。財源は、病院の完全入院院または部分入院院による及び外来給付について及び保険医による外来給付についてのみ使用してよい；特別な統合責務のための費用については、この限りでない。第2文は2007年4月1日前に締結された契約については、適用されず。疾病金庫は保険医協会及び病院に対し、留保された資金の使用を説明しなくてはならない。第1文は保険医協会による総報酬については適用しない。第1文により留保された財源は、専ら第140c条第1項第1文により協定された報酬の財源に使用されなければならない。第1文により留保された財源は、第1文により減額された総報酬が支払われた保険医協会の地域において使用されな