

したかどうか。(2009年1月1日施行))
第6編第43条及び第45条によりその稼得能力が低下した者の数は、第1文による調査においてその他の被保険者集団のひとつとして別に調査される。

(3) 疾病金庫は1994年から少なくとも3年毎に、加入者毎ではなく、第1項に挙げられた給付費並びに第2項第1文による加入者の年齢階級別及び男女別の傷病手当金支給日数、さらに第44条による傷病手当金費及び(「第2項第2文(2009年1月1日施行))に挙げられた被保険者集団毎の傷病手当金支給日数を調査する; 付加給付、試験給付及び母語請求権のない給付についての費用は、第266条第4項第2文による給付費を除き、調査しない。第1文による調査の際に、第6編第43条及び第45条によりその稼得能力が低下した者の集団について調査しない。調査しななければならない。第2項第4文による加入者集団についての給付費は、第1文から第3文までによる調査の際には、連邦領または各州における地域及び疾病金庫の種類を代表する抽出調査に限定することができる。抽出調査の全範囲は、最高で公的疫病保険の全加入者の10%とする。

(4) 疾病金庫は、第1項及び第3項によるデータ調査の結果については翌年の5月31日までに、第2項によるデータ調査の結果については遅くとも調査日の3ヵ月後に、疾病金庫中央団体連盟を通じて機械で読み取り可能な電子媒体で第266条第7項に挙げられた機関に提出する。

(5) 第3項によるデータの把握については、これに該当する疾病金庫は第3項第1文から第3文までによる被保険者集団についての記号も疫病保険加入者カードに使用することができる。第1文による記号が疫病保険加入者カードに含まれる場合、医師及び歯科医師は保険医診察に義務づけられた処方箋及び確定証明または相応しい電子化された記録に転記する。保険医協会及び保険歯科協会並びに給付提供者は記号毎に分類された請求額の合計を別々に報告使用する; 保険医協会及び保険歯科協会並びに給付提供者は記号毎に分類された請求額の合計を別々に報告しななければならない。第1文による記号を他に利用することは禁じられている。保険医協会、保険歯科協会及び給付提供者は、第1項から第3項の規定によるデータ把握に必要な請求データを機械で読み取り可能な電子媒体で提供する。

(6) 疾病金庫は公的年金保険の被保険者に疾病金庫中央団体連盟を通じて、第293条第1項による記号及び第6編第147条によるその疾病金庫に強制加入人となっている年金受給者の保険番号を通知する。(「公的年金保険の被保険者は当該疾病金庫に疫病金庫中央団体連盟を通じて、毎年12月31日までに第1文による記号に基づき、どの加入者が稼得能力の減少による年金または職業不能年金若しくは稼得不能年金を受給しているかという情報を届出る。公的年金保険の被保険者は、第2文による責務の実施をドイツ郵便(株)に委託することができる; 疾病金庫は、疫病金庫中央団体連盟を通して、第1文によるデータをこの場合はドイツ郵便(株)に送信する。第6編第119条第6項第1文が適用される。公的年金保険の被保険者または第3文により委託された機関は第1文によるデータを、本項によるその責務を実施するや否や、消去する。疾病金庫は、第1項から第3項までによるデータ調査のためのみデータを使用し、第2文によるデータは、第266条によるリスク構造調整が実施され、終了されるや否や、消去されなければならない。(2009年1月1日施行))

(7) 疾病金庫中央団体連盟は、次の各号に関する詳細を定める。
1. 第3項による調査範囲、地域の選択及び抽出調査方法及び
2. 第5項第1文による記号を付ける方法。

疾病金庫中央団体連盟は、次の各号を協定する。
1. 第295条第3項における協定において連邦保険医協会と、第5項第2文から第4文までによる方法に関する詳細。
2. ドイツ年金保険連合会と、第6項による届出の方法に関する詳細。

- (8) (削除)
(9) 費用は次の各号により賄われる。
1. 第1項及び第2項による調査については当該疫病金庫、
2. 第3項による調査については疫病金庫中央団体連盟、

267条第2項による加入者集団ごと及び第268条による罹患率集団ごとの前年の10月1日に調査された疫病金庫の加入者数を基礎とする。暦年の満了後、各疫病金庫の交付額は、作成されたその年の事業報告及び決算報告並びにその年の10月1日に調査された参加疫病金庫の加入者数から連邦保険庁により算出されなければならない。第2文により受け取った交付金は、概算払いと見なされる。これらは第3文によるその事業年度についての最終的交付額の算出後、調整されなければならない。第3文による数値の算出終了後、計算基礎における事実に関する誤りまたは計算上の誤りが確認された場合、連邦保険庁は次の交付金額の算出の際、これらに適用される諸規定に基づきこれを考慮に入れなければならない。それに加え、それに生じる付随費用を含め、リスク構造調整における交付金額に対する誤りは、延期する効果を持たない。(2009年1月1日施行))

(7) 連邦保健省は連邦参議院の同意を得た法規命令により、次の各号に関する詳細を定める。

1. (「第1項第1文による基本総額の算定及び加入者へのその公示(2009年1月1日施行))並びにリスク構造調整の実施に必要なデータの種類の範囲及び公示時期。
2. 第2項、第4項及び第5項による給付費の区分; その際、第267条第3項に挙げられた加入者集団についての第2項第3文とは異なる特別の標準化方法及び傷病手当金を考慮に入れるための境界を設けることを規定することができる。

2a. (「第270条によるその他の支出の区分及び標準化方法、並びにこれらの支出を賄うための資金の割り当ての基準、(2009年1月1日施行))

3. 第267条第2項より対象となる加入者集団の区分; 第267条第2項と異なる場合も、第137g条によるプログラムの対象とならう第137f条第2項第3文による疾病の決定もこれに含まれ、これらのプログラムの許可の要件及び各年齢層間での年齢差を含め、各疾病のためのこれらのプログラムの実施に必要な個人毎のデータの決定もこれに含まれる。

4. 計算方法(「並びに支払流通の計算及び実施を委託できる機関を含む支払流通の実施、(2009年1月1日施行))

5. 保険料の支払期限及び滞納した場合の利子、調整の方法及び実施。

7. 第267条による決算日及び期間の決定; 第267条第2項による決算日に代えて調査期間を定めることのできる、

8. 疫病金庫、年金保険者及び給付提供者が報告すべき内容、
9. 第274条と異なる場合も、不正確なデータ集計または審査できないデータの結果を含め、第274条による審査を担当する機関による疫病金庫から報告されたデータの審査並びに審査の方法及び審査基準、

第1文とは異なり、第4項第2文及び第1文第3号についての法規命令の規定は連邦参議院の同意なしに公布できる。

- (8) (削除)
(9) 疫病金庫はリスク構造調整には参加しない。
(10) (「2008報告年についての年次調整の実施及び2008年までの報告年の修正については、2008年12月31日まで適用される版における第266条が基礎とされなければならない。(2009年1月1日施行))

第267条 リスク構造調整のためのデータ調査

(1) (「疫病金庫は毎事業年度について、加入者毎ではなく、勘定科目の規定及び分類による給付費を調査する。(2009年1月1日施行))

(2) 疫病金庫は毎年10月1日に、被保険者集団別、男女別及び5歳刻みの年齢階級別に被保険者数及び第10条により保険の対象とされる家族数を調査する。(「被保険者集団の分類は、次により行われる。

1. 被保険者が労務不能の際、労働報酬の継続支払または保険加入義務に基づく社会保険給付の支払に対する請求権を有するかどうかまたは
2. 被保険者が傷病手当金に対する請求権を有しないかまたは疫病金庫が本編の規定に基づき給付の範囲を制限

3. 第5項によるデータの調査及び処理については保険医協会、保険歯科医協会及びその他の給付提供者、
4. 第6項による届出については公的年金保険の保険者、
- (10) 第1項から第9項までは、農業疾病金庫には適用されない、
- (11) (「2008報告年」についての年次調整の実施及び2008年までの報告年の修正については、2008年12月31日まで適用される版における第267条が基礎とされなければならない、(2009年1月1日施行))

第2款 年金受給者疾病保険における財政調整

第268条 リスク構造調整のさらなる発展

(1) 第266条第1項第3文による加入者集団及び(「第266条第2項第2文による評価要素は、2007年1月1日から第266条とは異なる、次の各号の条件を同時に満たす分類指標(「(罹患率集団) (2009年1月1日施行))」により設定されなければならない、

1. 診断名、診断群、適応症、適応群、医療給付またはこれらの指標の組み合わせに基づき加入者の有病率を直接考慮に入れること、
2. 分類される加入者の疾病に特有な平均的給付費の額にもとづくこと、
3. リスク選択へのインセンティブを低下させること、
4. (「医学的に正当化されたい給付拡大へのインセンティブを設けないこと及び(2009年1月1日施行))」)
5. (「50から80までの特に費用のかかる慢性疾患及び深刻な経過を伴う疾患を罹患率集団の選択の基礎とすること、(2009年1月1日施行))」)

このほか、(第266条第6項)による。

(2) 連邦保健省は2004年6月30日までに、連邦参議院の同意を得た第266条による法規命令により第1項による基準の実施についての詳細を定める。その際、第1項による加入者集団及び評価要素並びにその分類指標の決定についての疾病金庫中央団体連盟の一致した提案は、取り入れられなければならない。集団形成の際、直接的有病率指向の分類モデルによる国際的解釈も考慮に入れなければならない。法規命令においては、2006年12月31日まで適用される加入者集団の決定基準のひとつまたはいくつかが第1項第1文に挙げられた基準のほか継続適用されるかどうかも定められなければならない；第266条第7項第3号が適用される。適切な集団形成、評価要素及び分類基準の選択については、連邦保健省が科学的調査を委託する。連邦保健省は、調査が2003年12月31日までで終了することを確保しなければならない。

(3) 第2項第5文による調査の実施及び集団形成の準備のため、疾病金庫は2001年及び2002年については抽出調査として、第267条第3項第3文及び第4文に従って翌年の8月15日までに第267条第2項による加入者集団により区分した加入者毎の保険加入日数及び給付費を、次の各分野における勘定科目の規定及び区分により調査する。

1. 第301条第1項第1文第6号、第7号及び第9号による記載事項を含む病院並びに第301条第1項第1文第3号による収容診断及び収容日の記載、但し、収容した施設の施設番号及び連院の日付を除く、
2. 第301条第1項第1文第5号及び第7号による記載を含む入所継続リハビリテーション、但し、収容施設の施設番号を除く、
3. 第300条第1項第1号による番号を含む医薬品、
4. 第295条第1項第1文第1号による記載を含む第44条による傷病手当金、
5. 第295条第1項第1文第2号による記載並びに請求点数、費用及び第295条第1項第4文による記載を含む保険医診療、但し治療日を除く、
6. 診断、所見及び給付提供日を含む第302条による給付提供者、但し、処方した医師の医師番号並びに給付の種類、量及び価格を除く
7. 第266条第1項第1文による給付費を除き、第1号から第6号までにより把握されなかった給付費

抽出調査に必要な加入者毎のデータは、匿名化されなければならない。匿名の復旧のための記号は、疾病金庫

の情報保護のための受託者が保管しなければならず、他人にアクセスさせなければならない。保険医協会及び保険歯科医協会は疾病金庫に、第1文第5号についての必要なデータを送くとも翌年の7月1日までに送信する。データには、送信する前に加入者毎にこのために疾病金庫から保険医協会及び保険歯科医協会に送信される匿名を与えなければならない。疾病金庫は第1文によるデータを、匿名化され、機械で読み取り可能な形式で、その中央団体を通して連邦保険庁に転送する。加入者関係の復旧は、第6文により転送されたデータの事後の変更を考慮に入れるために必要を限り許される。疾病金庫における匿名化及び加入者関係の復旧に関しては、書籍が作成されなければならない。疾病金庫の中央団体は2002年3月31日までに連邦保険庁と合意の上で、第267条第1項第1号及び第2号による協定並びに連邦保険協会及びその他の給付提供者の経済的利害を守るために設立された標準的中央組織との協定において、抽出調査の範囲及びデータ集計及びデータ送信の方法に関する詳細を定める。第9文による協定が成立しない場合、連邦保健省は2002年6月30日までに、第266条第7項による法規命令にその方法に関する詳細を定める。このほか、法規命令には、第1文に挙げられたデータのうち2005年1月1日からリスク構造調整の実施のためにどのデータが調査されるべきか、並びにこのデータ調査の方法及び範囲が定められる；このほか、第267条が適用される。

第269条 高額給付の連邦的財源調達 (リスク基金)

(1) リスク構造調整 (第266条) を補完するため、高額給付の財政負担は2002年1月1日から疾病金庫間において部分的に調整される。事業年度において、加入者のための他の入院給付、医薬品及び包装材料、郵送による医師以外の透折給付、傷病手当金及び埋葬料を含む入院治療のための疾病金庫の給付費総額 (調整対象給付費) が、第三者から補填される費用を除き、第3文による支出限度 (限度額) を超える場合、超えた額の60%が全疾病金庫の共同リスク基金から賄われる。限度額は2002年及び2003年においては20,450ユーロで、2004年以降においては第4編第18条第1項による平均報酬月額に合わせられる。リスク基金はこのために調査されるべき全疾病金庫の財政力から賄われる；これについては特別の調整所要財源率が調査される。第266条第3項が適用される。第2文と異なり、連院による医師以外の透折給付の給付費は、2002年の調整については考慮に入れない。

(2) リスク構造調整とは別に調査される各疾病金庫の調整交付金及び調整拠出金、調整対象となる給付費の調査、リスク基金の実施、毎月の控除方法及び延滞金については、第266条第2項第1文、第4項第1文第1号及び第2号、第2文、第5項第1文、第2項第3号、第3文、第6項、第8項及び第9項が準用される。

(3) リスク基金からの調整交付金及び調整拠出金の調査のため、疾病金庫は毎年、加入者1人当たりの第1項第2文による給付費総額を調査する。疾病金庫による加入者毎の第1文によるデータの集計は、限度額超過の計算のためのみ許される；集計された加入者毎のデータは、この計算終了後に遅滞なく消去されなければならない。加入者1人当たりの給付費総額が第1項第3文による限度額を超えた場合、疾病金庫はこの給付費を匿名の表示のもと疾病金庫中央団体連盟を通して連邦保険庁に届ける。加入者関係の復旧は、第3文により届け出られた給付費の審査または調整対象となる給付費の事後の変更を考慮に入れるために必要を限り、許される。給付費、保険料納付義務のある収入、加入者数の調査及び届出及び加入者集団の区分については、この他、第267条第1項から第4項まで及び第10項が準用される。第267条第9項が適用される。

(4) 連邦保健省は、第266条第7項による法規命令に次の各号に関する詳細を定める。

1. リスク基金に必要なデータ、調整対象となる給付費の区分及び第1項による限度額の調査並びに第1項第2文により第三者から補填される支出を考慮に入れることに関する詳細、
2. 計算方法、金額の支払期限、延滞金の徴収、調整の方法及び支拂、
3. 疾病金庫及び給付提供者から報告されるべき記載事項、
4. リスク基金の実施に必要な計算植の公示の方法、範囲及び時点、
5. 第274条と異なる場合も、間違ったデータ集計または審査不能データの結果を含む第274条による監査に関係する機関による疾病金庫から報告されるべきデータの審査並びに審査方法及び審査基準。

- (5) データ及び電子媒体の調査及び区分、第3項による匿名の統一的制作についての詳細は、(「疾病金庫中央団体連盟が連邦保険庁と合意の上で決定する(2008年7月1日施行)」。第1文による協定が2002年4月30日までに成立しない場合、連邦保健省が第266条第7項による法規命令においてその詳細を定める。
- (6) リスク基金は、第268条第1項によるリスク構造調整の更なる発展の施行年に行う事業年度について、最終的に実施される。
- (7) (「2008報告年についてのリスク基金の実施及び2008年までの報告年の修正については、2008年12月31日まで適用される版における第269条が基礎とされなければならない。(2009年1月1日施行)」)

第270条 その他の支出についての健康基金からの交付金(2009年1月1日施行)

- (1) 疾病金庫は健康基金から、次の費用を賄うための交付金を受け。
- a) 第58条第5項による給付を除き、第266条第4項第2号によるその基準費用、
- b) 第137g条によるプログラムの開発及び実施に基づき発生し、第266条第7項による法規命令に詳細に定められるべきその標準化された費用並びに
- c) その標準化された事務費。
- 第266条第5項第1文及び第3文、第6項及び第9項が準用される。
- (2) 第1項による割当額の算出について、疾病金庫は毎年、加入者毎ではなく第266条第4項第2号による費用及び事務費を調査する。第267条第4項が準用される。

第271条 健康基金(2009年1月1日施行)

- (1) 連邦保険庁は、次の各号から入ってきた金額を特別財産(健康基金)として管理する：
- 第4編第28k条第1文及び第252条第2項第3文による徴収機関により徴収された公的病病保険のための保険料、
 - 第255条による年金支払からの保険料、
 - 第4編第28k条第2項による保険料、
 - 第252条第2項による保険料の支払及び
 - 第221条による連邦資金。

(2) 健康基金は、収入の1年未満の変動及び第266条第2項による統一額の設定において考慮に入れられない収入減をカバーする流動性準備金を積み立てなければならない。流動性準備金の金額及び積立に関する詳細は、第241条第1項による法規命令に規定される。

(3) 第266条第1項第1文による全ての交付金を満たすために流動性準備金が十分でない場合、連邦は健康基金に足りない資金額の利子の付かない流動性貸付金を給付する。貸付は、会計年度内に返済されなければならない。31日までに健康基金に支払われる貸付は、遅くとも2010年12月31日に返済されなければならない。

(4) 1年間に発生する資本収益は、特別財産に貸方記入される。

(5) 健康基金の資金は、第266条、第269条及び第270条に挙げられた目的のために使用できるよう、投資されなければならない。

(6) リスク構造調整の実施のための支出を含め、連邦保険庁に基金の管理の際、発生する支出は、健康基金の収入からカバーされる。詳細は第266条第7項による法規命令に定める。

第272条 健康基金を導入するための経過規定

(1) 健康基金からの交付金額を算出する際、健康基金の導入に基づく負担増及び負担減が、ひとつの州内に活動する疾病金庫についてそれぞれ最高で1億ユーロずつ毎年、発生することが確保されなければならない。このため連邦保険庁は、調整年毎に及ぶ州毎に、ひとつの州内に居住する加入者について更新された疾病金庫の収入額を、第272条を考慮に入れない健康基金からの交付金と対比する。その際、2006年12月31日まで適用される版

におけるリスク構造調整及びリスク基金にに基づく調整交付金及び調整拠出金だけが訂正され、第71条第3項による伸比率に相応しく更新された。2008年12月31日に適用される保険料率に基づく仮定保険料収入が、収入として考慮に入れられなければならない。

(2) 第1項による対比の結果、ひとつの州内に活動する疾病金庫に関する負担の影響が第1項第1文によりそれぞれ基準となる金額を超えることが明らかとなる場合、最高の超過が確認された州内に住所を有するその加入者のための疾病金庫への交付金が、それぞれの調整年についての年次調整において、この金額に正確に達するよう変更されなければならない。その他の州における加入者のための疾病金庫への交付金は、第1文による超過額の時々々で基準となる額に対する割合で変更されなければならない。2009年の翌年以降、第1項第2文及び第3文によるリスク構造調整及びリスク基金の計算上の実施の結果は、州毎に毎年それぞれ1億ユーロだけ引き上げられなければならない。

(3) 第1項による規定は、第1項第1文によりそれぞれ基準となる金額の超過が初めてどの州においても確認されない年に最後に適用される。

(4) 第1項による基準値の実現についての詳細並びに分割払いの決定は、連邦参議院の同意を得た法規命令により規定される。連邦政府から委託された鑑定についての基準値の決定についても同様である。この鑑定においては、既に健康基金の施行前に第1項による影響が数値化されなければならない。

第273条 (削除)

第5節 疾病金庫とその連合会の監査

第274条 業務監査、会計監査及び経営監査

(1) 連邦保険庁及び社会保険を担当する州の最上級行政官庁は、少なくとも5年毎にその監督下にある疾病金庫の事業運営、会計及び経営管理を監査しなければならない。連邦保健省は、少なくとも5年毎に疾病金庫中央団体連盟及び連邦保険医協会の事業運営、会計及び経営管理を、社会保険を担当する州の最上級行政官庁は少なくとも5年毎に疾病金庫州連合会及び保険医協会並びに第106条による審査機関及び苦情処理委員会の事業運営、会計及び経営管理を監査しなければならない。連邦保健省は連邦直属の疾病金庫、疾病金庫中央団体連盟及び連邦保険医協会の監査を、社会保険を担当する州の最上級行政官庁は州直属の疾病金庫、疾病金庫州連合会及び保険医協会の監査を、監査を実施する際に独立した公法上の監査機関に委託するか、そのような監査機関を設立することができる。監査は事業運営全般に及ばなければならない；監査は、その合法性及び経済性の審査を含む。疾病金庫、疾病金庫連の団体、保険医協会及び連邦保険医協会は、要ががあれば、監査の実施に必要な全ての基礎資料を提供し、全ての情報を与えなければならない。

(2) 監査に関係する官庁に生じた費用は、疾病金庫及びその団体が被保険者の保険料納付義務のある収入の割合に応じて負担する。支払うべき前払い金を含む費用の支払いに関する詳細については、連邦直属の疾病金庫及び疾病金庫中央団体連盟の監査に関しては連邦保健省が、州直属の疾病金庫及び疾病金庫州連合会の監査に関しては社会保険を担当する州の最上級行政官庁が規定する。保険医協会及び連邦保険医協会は、そこで実施された監査の費用を負担しなければならない。その費用は実際に生じた人件費及び物件費に基づいて算出する。連邦保険医協会の監査についての費用の算出については、連邦内務省が作成した連邦行政における「職場/被雇用者の物件費総額を含む官吏、職員及び賃金労働者についてのその会計年度における人件費の見積り」に関する概要が、保険医協会の監査についての費用については、州の管理監督官庁が作成した相応する概要が基礎とされなければならない。州にそのような概要がない場合、連邦内務省の概要が準用される。人件費に加え発生する事務費は、その実費の額で費用に加算されなければならない。人件費は、監督期間当たりで見積もられなければならない。監督報告の作成及びその場合における協議を含む監査の事前費用及び事後費用は、算入されなければならない。第1文により疾病金庫及びその団体が負担すべき費用は、保険医協会及び連邦保険医協会の監査費用だけ減額される。

- (3) 連邦保健省は、監査の実施に關する連邦参事院の同意を得た一般行政規則を発令することができる。その際、監査期間の規則的な継続交流が規定されなければならない。
- (4) 連邦会計検査院は、公的病病金庫、その団体及び共同事業体の予算執行及び財政運営を審査する。

第9章 疾病保険のメディカルサービス (医学的審査機関)

第1節 責務

第275条 審査と協議

(1) 疾病金庫は、法律に定められた場合または疾病の種類、程度、期間若しくは頻度または病気の経過により必要な場合、次の各号について疾病保険のメディカルサービス (医学的審査機関) の専門家による意見表明を求めることが義務づけられている。

1. 給付提供の際に、特に給付の前提条件、種類及び範囲の審査について、並びに疑わしい場合は特許通りの請求の審査について、
2. 参加のための給付の開始について、特に主治医の了解を得て、第9編第10条から第12条までによるリハビリ実施機関の給付の調整及び協力について、
3. 労務不能の場合に
 - a) 治療効果の確保、特に労働能力回復のための給付実施機関の対策の開始について、または
 - b) 労務不能における疑惑の除去について、

(1a) 加入者がしばしば自然に労務不能となるか、しばしば不自然に短期間だけ労務不能となるか、労務不能の開始がしばしば週の後半または終りの労働日に発生する場合、または

b) 医師から提出された労務不能に関する証明書に於いて、不自然な医師から労務不能が判定されている場合。

審査は労務不能に關する医師の判定後、遅滞なく行われなければならない。使用者は、メディカルサービスの判定に關する意見表明を労務不能の審査に取り入れることを要求できる。労務不能の医学的前提条件が疾病金庫に提出された医師の資料により明らかでない場合、疾病金庫はメディカルサービスへの委託を省略することができる。

(1b) メディカルサービスは第106条第2項第1文第2号により審査される保険医が行った直近の労務不能の判定を抽出調査により審査する。第106条第2項第4文に挙げられた契約相手はその詳細を定める。

(1c) 第39条による病院治療の際、第1項第1号による審査は、時期に即して実施されなければならない。第1文による審査は、遅くとも疾病金庫に請求が届いてから6週間後には実行に移されなければならない。メディカルサービスにより病院に知らされなければならない。審査が請求額の減少とならない場合、疾病金庫は病院に100ユーロの費用総額を支払わなければならない。

(2) 疾病金庫はメディカルサービスにより次の各号を審査させなければならない。

1. 承認前及び規則的に延長申請の際に、抽出調査において医師の治療計画に基づく第23条、第24条、第40条及び第41条による給付の必然性；疾病金庫中史団体連盟は、指針に抽出調査の範囲及び選択を規定し、適応症及び適用範囲による審査が必要とは思われない場合、例外を許可することができる。これは特に、入院治療に引き続く入院による医療上のリハビリ給付について適用される (継続治療) 。
 2. (併附) 。
 3. 外国での治療の費用を引き受ける際は、疾病治療が外国においてのみ可能かどうか (第18条) 。
 4. 4週間以上の訪問看護が必要かどうか、またどれだけの期間必要か (第37条第1項) 。
 5. 装置治療が医療上の理由から例外的に延期できないかどうか (第27条第2項) 。
- (3) 疾病金庫は然るべき場合に、メディカルサービスに次の事項を審査させることができる。

1. 補装具の承認前に、補装具が必要かどうか (第33条) ；メディカルサービスはその際、加入者に助言を与え

なければならない；メディカルサービスは、整形外科診療機関と協力しななければならない。

2. 透析治療の場合、どのような形の透析治療が個々のケースを考慮に入れて不可欠かつ経済的であるか、
3. 実施された補装具供給の評価、
4. 加入者に保険給付の利用の際、治療ミスから損害が発生したかどうか (第66条) 。

(3 a) 比較可能な集団における精神科人員令第4条による治療部門への患者の分類に關する資料の評価の際に相違点が生じる場合、疾病金庫連合会及び補充金庫連合会はメディカルサービスにその分類を審査させることができる；通知される審査結果には個人情報を含んではならない。

(4) 疾病金庫及びその団体は、第1項第1号から第3号に挙げられた以外の責務を実行する際、必要不可欠な範囲内で、特に加入者の医療給付と医療相談の一般例医療問題、質確保の問題、給付提供者との契約交渉及び医師・疾病金庫共同委員会、特に、審査委員会の協議について、メディカルサービスまたはその他の認定サービスに助言を求めなければならない。

(5) メディカルサービスの医師は、その医療上の責務を遂行する際は、その医師としての良心のみに従う。医師の治療に干渉する権限は与えられていない。

第275 a 条 (併附)

第276条 協力

(1) 疾病金庫は、審査及び協議に必要な証拠書類をメディカルサービスに提出し、情報を提供しなければならない。加入者が第1編の第60条及び第65条による協力義務を超えて任意に自ら疾病金庫に委ねた証拠書類は、加入者が同意した場合のみ、メディカルサービスに転送することができる。第10編の第67条第2文は、その同意について適用される。

(2) メディカルサービスは、社会保障データが第275条による審査、協議及び判定の意見表明及び第275 a 条によるモデル事業に必要な範囲に於いてのみ、そのデータを集計し、保存することができる；疾病金庫が第275条第1項から第3項までによりメディカルサービスに判定上の意見表明または審査をさせた場合、給付提供者は、判定上の意見表明及び審査に必要な限り、メディカルサービスの要求があれば社会保障データを直接、メディカルサービスに送信することが義務づけられている。合法的に調査され、蓄積された社会保障データは、第275条に挙げられた目的のためにのみ処理または利用されてよく、他の目的のためには、社会法典の法律規定により指示されているか、許可されている場合と限り、処理または利用されてよい。社会保障データは5年後に消去されなければならない。第286条、第287条、第304条第1項第2文、第3文及び第2項は、メディカルサービスについて準用される。メディカルサービスは、加入者の身元確認のための社会保障データを加入者の医療上の社会保障データと分けて蓄積しなければならない。技術的及び組織的対策により、社会保障データはその責務を果たすのにそれが必要とする者のみがアクセスできることが確保されなければならない。データの保存のための暗号解読の鍵は、メディカルサービスのデータ保護のための受託者により保管されなければならない。他者がアクセスできるようにしてはならない。どのような保存も記録されなければならない。

(2a) 疾病金庫がメディカルサービスまたはその他の認定サービスに、第275条第4項を得て、給付提供者または症例別に、期間を限定し、範囲を限定した責務について、データ状況を評価することを委託できる。加入者毎の社会保障データはメディカルサービスまたはその他の認定サービスへの送信の前記匿名化されなければならない。第2項第2文が準用される。

(2b) メディカルサービスが鑑定人 (第279条第5項) に委託する場合、委託業務を遂行するために必要な限り、メディカルサービスと鑑定人との間の必要なデータの送信は認められる。

(3) 加入者の書類閲覧権については、第10編の第25条が準用される。

(4) 個々のケースで加入者の入院治療の必要性と期間に關する判定上の意見表明に必要な場合、メディカルサービスの医師は、患者資料を閲覧し、必要な限り加入者を調査できるよう、病院と予附またはリハビリ施設の部屋に8時から18時までの間、立ち入る権限を有する。第276条第3 a 項の場合に、メディカルサービスの医師は8

時から18時までの間、審査に必要な資料を調べるため、病院の各部署に立ち入る権限を有する。

(5) 労務不能の判定の審査(第275条第1項第3b項、第1a項及び第1b項)の範囲内で医師の資料から、加入者が健康上の理由からメディカルサービスの召喚に応じらばならないことが明らかとなる場合、または加入者が健康状態を理由に召喚期限を拒否し、調査を回避する場合、加入者の住居における調査が行われなければならない。加入者がこれについての同意を拒否する場合、給付を断ることができ、第1編第65条及び第66条は、なお効力を有する。

(6) 公的介護保険の範囲内におけるメディカルサービスの責務は、本法典の規定に加え、第11編の規定から生じる。

第277条 通知義務

(1) メディカルサービスは、保険医診療に参加する医師並びにメディカルサービスが鑑定による意見表明をその給付につき行ったその他の給付提供者及び疾病金庫に対し、鑑定結果を及び疾病金庫に所見に関する必要な記載事項を報告しなければならない。加入者は、給付提供者についての、調査結果に関する通知に反論することができ、第1編第65条及び第66条は、なお効力を有する。

(2) 疾病金庫は、労働報酬の継続支払いの請求権が存在する限り、鑑定が保険医の意見表明と結果において一致しない場合、使用者と被保険者に労務不能に関するメディカルサービスの鑑定結果を通知しなければならない。通知には被保険者の病気に関する記載を含む必要はない。

第2節 組織

第278条 共同事業体

(1) 各州には、第2項に挙げられた種類の疾病金庫により共同で運営される共同事業体「疾病保険のメディカルサービス」が設立される。この共同事業体は、保健改革法の第78条第4項第3文及び第4文の基準により権利能力のある公法上の団体である。

(2) 共同事業体の構成員は、地区疾病金庫、企業疾病金庫及び同業疾病金庫の各州連合会と農業疾病金庫及び補充金庫である。

(3) 州内に同一種類の金庫の州連合会がいくつが存在する場合、共同事業体の構成員の議決により、州内にもうひとつのメディカルサービスを設立できる。いくつかの州について、当該共同事業体の構成員の議決により、共同のメディカルサービスを設立することができる。議決には、社会保険を担当する当該州の最上級行政官庁の同意を必要とする。

第279条 評議員会及び事務局長

(1) メディカルサービスの組織は、評議員会と事務局長で構成される。

(2) 評議員会は、構成員の代議員総会で選ばれる。第4編の第51条第1文第2号から第4号、第6項第2号から第4号、第5号b及びc及び第6号a)が準用される。メディカルサービスの職員に被選挙権はない。

(3) 評議員会は最高で16名の代議員で構成される。同一種類の金庫のいくつかの州連合会がメディカルサービスの構成員である場合、評議員会における代議員の数は相応に引き上げられる。構成員は、個々の金庫補助に割り当てられる代議員の数に申し合意しなければならない。合意しない場合は、社会保険を管轄する州の最上級行政官庁が決定する。

(4) 事務局長は評議員会の指針に従って、メディカルサービスの業務を行う。事務局長は予算を立案し、法律上及び民法上によりメディカルサービスを代表する。

(5) メディカルサービスの専門的責務は、医師とその他の医療職により引き受けられる。メディカルサービスは優先的に鑑定人に委任しなければならない。

(6) 第4編の次の規定が準用される：第34条、第37条、第38条、第40条第1項第1文、第2文及び第2項、

第41条、第42条第1項から第3項まで、第43条第2項、第58条、第59条第1項から第3項まで、第5項及び第6項、第60条、第62条第1項第1文前半、第2項、第3項第1文、第4文及び第4項から第6項まで、第83条第1項、第2項、第3項第2文、第3文、第4項及び第5項、第64条第1項、第2項第2文、第3項第2文及び第3文並びに第66条第1項第1文及び第2項。

第280条 評議員会の責務

(1) 評議員会は次の各号を義務づけられている。

1. 規約を定めること。

2. 予算案を確定すること。

3. 毎年の業務運営と会計を監査すること。

4. 第282条第2項による疾病金庫中央団体連盟の指針及び勧告を考慮に入れて、メディカルサービスの責務を遂行するための指針を立案すること。

5. 支所の設立と解散。

6. 事務局長とその代理を選ぶこと及び解任すること。

第210条第1項が準用される。

(2) 評議員会の議決は、構成員の過半数で行われる。予算案件と規則の立案と変更に関する議決は、構成員の2/3以上の多数を必要とする。

第281条 財政と監督

(1) 第275条第1項から第3a項までによるメディカルサービスの責務を賄うために必要な資金は、第278条第1項第1文による疾病金庫により賦課金により調達される。資金は、メディカルサービスのサービスエリア内に住所を有するそれぞれ疾病金庫の被保険者数に応じて割り当てられる。第2文により基準となる疾病金庫の被保険者数は、公的疾病保険における加入者に関する統計の記入用紙IM6により、毎年7月1日に定められなければならない。第278条による共同事業体の構成員でない給付実施機関に対する請求権の審査のために定められた責務がメディカルサービスに委託された場合、それにより生じる費用は他の給付実施機関からメディカルサービスに返済される。介護金庫は第3文と異なり、第1文による賦課金の半分を負担する。

(1a) 第275条第4項により委託された責務の範囲内におけるメディカルサービスまたはその他の鑑定サービスの給付は、それぞれの委託者により費用に応じた利用者の報酬により報酬が支払われる。これらの責務を賄うための第1項第1文による賦課金の使用は、除外されなければならない。

(2) 統計を含む予算制度及び会計制度については、第4編の第67条から第69条まで、第70条第5項、第72条第1項、第2項第1文、第73条から第77条第1項まで及び第4編第3a項との関連で第79条第1項及び第2項並びに第4編第78条に基づき発令された法規命令が準用される。財産については、第4編第80条及び第85条が準用される。

(3) メディカルサービスは、所在地のある州の社会保険を担当する最上級行政官庁の監督下にある。第4編第87条第1項第2文、第88条及び第89条並びに第274条が準用される。第275条第5項に注意しなければならない。

第282条 疾病金庫中央団体連盟のメディカルサービス(2008年7月1日施行)

(1) 疾病金庫中央団体連盟は2008年1月1日に連邦レベルにおけるメディカルサービスを設立する(疾病金庫中央団体連盟のメディカルサービス)。効果的な責務の遂行とメディカルサービスの協力を促進しなければならない。疾病金庫中央団体連盟のメディカルサービスは、医療改革法(ORG)第73節第4項第3文及び第4文に従った法的能力を有する公法上の団体である。

(2) 疾病金庫中央団体連盟のメディカルサービスは、疾病金庫中央団体連盟に割り当てられた責務のあらゆる医療問題において、疾病金庫中央団体連盟に助言する。疾病金庫中央団体連盟のメディカルサービスは、医療上及び組織上の問題において疾病保険のメディカルサービスの責務の遂行及び協力を調整し、促進する。疾病金庫中

中央団体連盟は、統一判定の確保のため、メディカルサービスとの協力並びに継続教育及び再教育のための原則に関する指針を公布する。その他、疾病金庫中央団体連盟は、勧告を与えることができる。疾病保険のメディカルサービスは、疾病金庫中央団体連盟のメディカルサービスをその責務の引受の際、支援しなければならない。

(3) 疾病金庫中央団体連盟のメディカルサービスは連邦保健省の監督下にある。第 208 条第 2 項及び第 274 条が準用される。第 275 条第 5 項に注意しなければならない。

第 283 条 例外

連邦鉄道企業疾病金庫及び帝國鉄道企業疾病金庫の範囲については、そして両金庫が鉄道企業疾病金庫に合併した場合も、被保険者が鉄道企業疾病金庫のサービス地域内に居住している限りは、連邦運輸省企業疾病金庫の範囲についても、ドイツ連邦鉄道明国の医師がメディカルサービスの責務を引き受ける。連邦運輸・建設・住宅省企業疾病金庫及び郵便社会保険組織法第 7 条による企業疾病金庫（郵便企業疾病金庫）その他の被保険者については、これらの企業疾病金庫がメディカルサービスとの契約を締結する。メディカルサービスの責務は、鉱山従業員疾病保険の分野についてはドイツ鉱山・鉄道、海員年金保険の社会医療サービスが、海員疾病金庫については海員労務組合の医師サービスが引き受ける。

第 10 章 保険データ、給付データ、データ保護及びデータの透明性

第 1 節 情報基礎

第 1 款 データ利用の原則

第 284 条 疾病金庫における社会保障データ

(1) 疾病金庫は、次の各号に必要な限りにおいてのみ、疾病保険の目的のために社会保障データを収集し、保存することができる。

1. 保険関係の開始に必要なデータを含め、保険関係及び被保険者資格の判定、
2. 資格証明書または政府保険加入者カード及び電子化された保健カードの交付、
3. 保険料納付義務及び保険料の判定、保険料負担及び保険料支払い、
4. 加入者への給付義務及び給付提供の審査、自己負担の資格の決定及び費用返済、保険料払戻及び負担限度の調査の際における手続きの実施、
5. 治療ミスの際における加入者の支援、
6. 第 264 条の場合における治療費用の引き受け、
7. メディカルサービスの参加、
8. 請求の適法性及び信頼性の審査を含む給付提供者との清算、
9. 給付提供の経済性の審査、
10. 他の給付実施機関との清算、
11. 暗黙的権利及び弁済請求権の実施、
12. 第 85c 条及び第 87a 条から第 87c 条までによる報酬契約の準備、協定及び実施、
13. 保険医協会の参加しない契約が締結されている限り、経済性審査及び預金の審査の実施を含む、モデル事業の準備及び実施、第 11 条第 4 項による診療管理の実施、診療ネットワーク形態及び高度先進給付の外来による提供に関する契約の実施
14. リスク構造調整（第 266 条第 1 項から第 6 項まで、第 267 条第 1 項から第 6 項まで、第 268 条第 3 項）及びリスク基金（第 269 条第 1 項から第 3 項まで）の実施並びに第 137g 条によるプログラムのための加入者の獲得及びこれらのプログラムの準備及び実施のため

第 1 文第 4 号、第 8 号、第 9 号、第 10 号、第 11 号、第 12 号、第 13 号及び第 14 号に示された目的のために必要

な限り、医師による給付に関する加入者毎の記載事項は、機械で読み取り可能な電子媒体で保存して差支えない。第 1 文第 4 号、第 8 号、第 9 号、第 10 号、第 11 号、第 12 号、第 13 号及び第 14 号並びに第 305 条第 1 項に示された目的のために必要な限り、医師が処方した給付についての加入者毎の記載事項は、機械で読み取り可能な電子媒体で保存して差支えない。第 2 文及び第 3 文により保存されたデータは、列挙された目的のために必要となり次第、消去されなければならない。その他、データ集計及びデータ保存に関しては、第 1 編及び第 5 編の規定が適用される。

(2) 保険医診療の経済性を監視する範囲においては、加入者毎の給付データ及び医療データは、第 106 条第 2 項第 1 文第 2 号による抽出調査に必要な限りにおいてのみ、機械で読み取り可能な電子媒体で保存することができる。

(3) 合法的に集計され、保存された加入者毎のデータは、第 1 項による責務の目的のためにのみ、その都度必要な範囲で処理または利用することができる。他の目的のためには、社会法典の法律規定により命令されているか、許されている限りにおいてのみ利用することができる。第 295 条第 1b 項第 1 文により疾病金庫に送信されたデータは、第 1 文第 4 号、第 8 号、第 9 号、第 10 号、第 11 号、第 12 号、第 13 号及び第 14 号並びに第 305 条第 1 項による目的のためにのみ、そしてこれらの目的に必要な限りにおいてのみ加入者毎に処理し、利用してよい；他の目的のためにこれらのデータを処理し利用することについては、加入者との関係は事前に消去されなければならない。

(4) 保護に値する該当者の利益が処理または利用の除外に重要でない限り、データが一般にアクセス可能な場合、被保険者を獲得するため、疾病金庫はデータを収集し、処理し、利用してよい。集計されたデータの第 291 条第 2 項第 2 号、第 3 号第 4 号及び第 5 号による記載事項との平均は許される。責任ある地位における該当者がそのデータの利用または送信に同意しない場合、データは第 1 文による目的のためには必要でなくなるや否や、データは消去されなければならない。その他、データ集計、処理及び利用については、第 1 編及び第 5 編の規定が適用される。

第 285 条 保険医協会における個人情報

(1) 保険医協会は、医師の個人的状況及び客観的状況に関する個々の記載事項を、次の各号の責務を遂行するために必要な限りにおいてのみ、集計し、保存することができる。

1. 医師登録簿の管理（第 95 条）、
2. 清算の承認と正確さの審査を含む、保険医診療の確保及び報酬、
3. 外来による病診給付の報酬（第 120 条）、
4. 登録医給付の報酬（第 121 条）、
5. 経済性審査の実施（第 106 条）、
6. 医療の質審査の実施（第 136 条）。

(2) 加入者の個人的状況及び客観的状況に関する個々の記載事項は、第 1 項第 2 号、第 5 号及び第 6 号並びに第 106a 条及び第 305 条に挙げられた責務の遂行に必要な限りにおいてのみ、保険医協会は集計し、保存して差支えない。

(3) 合法的に集計され、保存された個人情報、第 1 項による責務の目的のためのみ、その都度、必要な範囲で処理または利用して差し支えなく、その他の目的のためには、社会法典の法律規定により命令されているか、許されている限りにおいて処理または利用して差支えない。第 1 項第 6 号により合法的に集計され、保存されたデータは、質審査の実施に必要な限り、レントゲン通達第 17a 条による医師及び歯科医師の機関に送信してよい。参加する保険医協会は、第 1 項及び第 2 項により合法的に集計され、保存された社会保障データを、第 1 項第 1 号、第 2 号、第 4 号、第 5 号及び第 6 号に挙げられた責務を遂行するのに必要な限り、地域を超えた職務遂行団体を担当する保険医協会に送信してよい。参加する保険医協会は、第 1 項及び第 2 項により合法的に集計され、保存された社会保障データを、第 1 項第 2 号に挙げられた責務の遂行に必要な限り、保険医のための許可令第 24 条第 3 項第 3 文及び保険診療科の目的のための許可令第 24 条第 3 項第 3 文及び保険診療科の目的のための許可令第 24 条第 3 項第 3 文により資格を与えられた保険医及び保険歯科

図に、要求があれば相互にも送信してよい。担当保険医協会及び担当保険歯科協会は、第1項及び第2項により合法的に集計され、保存された社会保険データを、保険医による給付及び保険歯科医による給付を提供する給付提供者に、第1項第2号並びに第106a条に挙げられた責務の遂行に必要な限り、要求があれば互いに送信してよい。担当保険医協会及び担当保険歯科協会は、合法的に集計され、保存された社会保険データを、保険医のための許可令第32条第1項及び保険歯科医のための許可令第32条第1項に挙げられた責務の遂行に必要であれば、要求があれば相互にも送信してよい。

(4) 本章の規定は、医師と保険医協会に関連する範囲内で、心理療法師、歯科医及び保険歯科協会に準用される。

第286条 データ一覧表

- (1) 疾病金庫及び保険医協会は、年に1回、自らによってかその指図で保存された個人情報種類の種類の一覧表を作成する。一覧表は管轄監督官庁に提出されなければならない。
- (2) 疾病金庫及び保険医協会は、第1項による一覧表を適切な方法で公開するよう義務づけられている。
- (3) 疾病金庫及び保険医協会は、就業規則に特に次の各号に関する詳細を定める。

1. データ処理の許され得る方法。
2. 入・出力されるデータの種類、形式、内容及び管理。
3. データ処理の際における責任範囲の限定。
4. データ保護とデータの安全性を確保するためにさらに講ずべき措置。特に第10編第78a条の資料に基づく措置。

第287条 研究計画

(1) 疾病金庫及び保険医協会は監督官庁の許可を得て、特に疫学上の情報、罹病と労働条件の関係に関する情報、または地域外に集中する疾患に関する情報を得るための、期間を限定した研究計画のために、保存データを給付提供者が入手可能なように、または症例が入手可能なように自ら有効に活用するか、第304条により生じる期間を超えて保存して差支えない。

(2) 社会保険データは、匿名化しなければならない。

第2款 疾病金庫の情報基盤

第288条 加入者名簿

疾病金庫は加入者名簿を備えなければならない。加入者名簿には、保険加入義務と保険加入資格の確認、保険料の算定と徴収、及び保険の種類によって必要である場合は、第10条による保険を含む給付請求権の確認に必要な全ての記載事項を含んでいなければならない。

第289条 家族の保険の際における証明義務

加入者名簿への登録のために、疾病金庫は第10条による保険をその開始の際に確認しなければならない。疾病金庫はそのために必要なデータを、その同意を得て家族または被保険者から集計することができる。第10条による保険の前提条件の存続は、疾病金庫が要求すれば証明されなければならない。

第290条 疾病保険加入者番号

(1) 疾病金庫は各加入者のために疾病保険加入者番号を用いる。疾病保険加入者番号は、被保険者の確認のために変更できない部分と、金庫への帰属に関する連邦統一記載事項を含み、第10条による加入者に番号を交付する際、被保険者である家族との関係が確認できることが確保できる変更できる部分から成る。疾病保険加入者番号の構成及び交付方法は第2項による指図に従わなければならない。年金保険番号は、疾病保険加入者番号として

使用してはならない。

(2) 疾病金庫中央団体連盟は、疾病保険加入者番号の構成及び交付方法を指図により規定しなければならない。疾病保険加入者番号は、疾病金庫及びその団体と空間的、組織的かつ人員的に区分された情報機関から交付されなければならない。情報機関は公的機関と見なされ、第1編第85条による守秘義務がある。情報機関は連邦保健省の監督下にある。第274条第1項第2文が準用される。指図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ヵ月以内に指図に異議申し立てができない場合、連邦保健省は指図を公布することができる。

第291条 疾病保険加入者カード

(1) 疾病金庫は遅くとも1995年1月1日までに、第15条による受診券に代わる疾病保険加入者カードを各被保険者に発行する。カードには被保険者が署名しなければならない。カードは、第291a条を条件として、保険医診療の範囲内における給付請求資格の証明及び給付提供者との清算のためのみに使用することができる。カードは、発行疾病金庫における被保険者資格の期間中のみ適用し、誤差できない。医師による治療を請求する際、加入者は医師の請求書に署名することによって被保険者資格の存在を証明する。疾病金庫はカードの適用期間を限定することができる。

(2) 疾病保険加入者カードには、加入者の署名及び写真の他に、保険医診療のために規定された請求資料及び記入用紙（第295条第3項第1号及び第2号）への機械による転写に相応しい形式で、第291a条を条件として次の記載事項のみを含む：

1. 被保険者がその住所を有する地域の保険医協会についての記号を含む預り疾病金庫の名称。
2. 被保険者の氏名。
3. 生年月日。
4. 性別。
5. 住所。
6. 疾病保険加入者番号
7. 暗号解読形式における第287条第2項第4文による加入者集団についての記号を含む預り疾病金庫の名称。
8. 自己負担の状況。
9. 保険による保護の開始日。
10. カードに有効期限が設けられている場合の有効期限終了日；

疾病保険加入者カードを写真並びに性別及び自己負担の地位に関する記載事項だけ拡大することは、遅くとも2006年1月1日までに行われなければならない；満15歳までの加入者並びにその協力が写真の作成の際、不可能な加入者は、写真なしの疾病保険加入者カードを受け取る。

疾病金庫については、第83条第2文による契約が締結されている限り、関係保険医協会の地域外にその住所を有する被保険者については、疾病金庫がその所在地を有する地域の保険医協会の記号が第1文第1号による記号として使われなければならない。

(2a) 疾病金庫は第1項による疾病保険加入者カードを遅くとも2006年1月1日までに第291a条による電子保険カードに拡大する。第1項第3文による使用のほか、保健カードは第291a条第2項及び第3項による使用の実施を保証しなければならない。第2項第1文による記載事項を超えて、電子保健カードは第59条による選択保険料表及び追加保険料状況の証明についての記載事項並びに第16条第3a項の場合には給付請求権の休止についての記載事項も含むことができる。電子保健カードは、認証、暗号解読及び電子署名を可能にするような技術に相応しいものでなければならない。

(3) (連邦全体の疾病保険加入者カードの形式に関する詳細は、第87条第1項による契約の範囲内で、契約当事者が協定する。(2008年7月1日施行))

(4) 保険による保護が終了する際または疾病金庫を変更する際は、疾病保険加入者カードはそれまでの疾病金庫から回収されなければならない。第1文とは異なり、疾病金庫中央団体連盟は、経済性及び加入者にとっての手

続き過程の最適化を改善するため、金庫を替える際の電子保険カードの再利用を決定することができる；その際、第2項第1号、第6号、第7号、第9号及び第10号によるデータは、期限通りに現役に合わせられることが確保されなければならない。決定は連邦保健省の認可を必要とする。認可を与える前、データ保護及び情報の自由のための連邦委員会には意見表明の機会が与えられなければならない。第1文により電子保険カードが回収される場合、回収する疾病金庫は、第29a条第3項第1文によるデータの再利用が加入者により可能であることを確保しなければならない。電子カードの回収前に、回収する疾病金庫は第29a条第3項第1文によるデータの消去の可能性に関し情報を提供しなければならぬ。第5文及び第6文は、存在する保険関係の範囲内における電子保険カードの交換の際も適用される。

第29a条 電子保険カード

(1) 第291条第1項による疾病保険加入者カードは、遅くとも2006年1月1日までに治療の経済性、質及び透明性を改善するため、第2項及び第3項に挙げられた目的のために電子保険カードに拡大される。

(1a) 民間疾病保険会社により、電子保険カードが第2項第1文及び第3項第1文によるデータの処理及び再利用のためにその被保険者に支給された場合、第2項第1文第1号及び第2文並びに第3項から第5項まで、第6項及び第8項が準用される。第1文による電子保険カードの使用については、民間疾病保険会社は、被保険者番号として疾病保険被保険者番号の変更できない部分を利用することができる。第290条第1項第4文から第7文までが準用される。被保険者番号の付与は、第290条第2項第2文による信用機関により行われ、疾病保険被保険者番号の設定費用及び、年金保険番号の交付に必要の書類に従わなければならない。被保険者番号の運用は、郵便職員疾病金庫及び連邦軌道職員医療供給の医療供給にも適用される。

(2) 電子保険カードは第291条第2項による記載事項を含まなければならない。次の各号についての記載事項を記録するに相応しくなければならない。

1. 電子化され機械で読み取り可能な形態での医師の処方箋並びに
2. その時々々に適用されているテキストにおける共同事業体内を移動する (AB1, EGNr. L149/7) 被用者及びその家族への社会保険制度の適用に関する1971年6月14日の参議院の命令 (EWG) Nr. 1408/71の適用に関する1972年3月21日の参議院の命令 (EWG) Nr. 574/72の適用地域における給付請求権に関する資格証明

連邦データ保護法第6c条が適用される。

(3) 第2項に加え、保険カードは、次の使用、特に次の各号の集計、処理、利用を支援するのに相応しいものでなければならない。

1. 救急診療について必要な限り、医療データ、
2. 施設を包括する1件ごとの協力のための電子化された機械で読み取り可能な形態の所見、診断、治療勧告並びに治療報告 (電子化された医師文書)、
3. 薬劑療法的安全性の審査のためのデータ、
4. 患者に関するケース及び施設を包括する記録のための所見、診断、療法措置、治療報告並びに治療に関するデータ (電子化された患者記録)、
5. 加入者自らによるまたは加入者のために提供されたデータ並びに
6. 加入者について請求された給付及びその見込費用に関するデータ (第305条第2項) ;

第1号によるデータの処理及び利用は、ネットへのアクセスなしでカード上でも利用できなければならない。遅くともカードを送付する際に、疾病金庫はカードにまたはカードにより集計されるべき、処理されるべきまたは利用されるべき個人毎のデータの種別を含め、加入者に包括的かつ一般的に理解される形式でその機能に関する情報を提供しなければならない。加入者がその時々、医師、歯科医師または薬剤師に対し、それに関する同意を表明した場合、本項による加入者のデータの集計、処理及び利用は初めに開始してよい。同意は、カードの最

初の利用の際、給付提供者によりカードに記録されなければならない；同意はいつでも撤回でき、本項による個々の利用に限定することができる。連邦データ保護法第6c条が適用される。

(4) 電子保険カードによる集計、処理または利用を目的として、加入者の診療に必要な限り、

1. 第2項第1文第1号によるデータに、専ら次の者がアクセスして良い。

- a) 医師、
- b) 歯科医師、
- c) 薬剤師、薬剤師補、薬学エンジニア、薬局アシスタント、
- d) 次の者、

aa) a) から c) までに挙げられた者においてまたは

bb) 病院において

許された方法で処理されるべき活動の範囲内において必要で、a) から c) までに挙げられた者の監視の下でアクセスが与えられる限り、職業上の助手としてまたは職業への準備のために活動している者、

c) その他の医師が処方した給付の提供者、

2. 第3項第1文第1号から第5号までによるデータ、専ら次の者がアクセスして良い。

- a) 医師、
- b) 歯科医師、
- c) 薬剤師、薬剤師補、薬学エンジニア、
- d) 次の者、

aa) a) から c) までに挙げられた者においてまたは

bb) 病院において

許された方法で処理されるべき活動の範囲内において必要で、a) から c) までに挙げられた者の監視の下でアクセスが与えられる限り、職業上の助手としてまたは職業への準備のために活動している者、

e) 第3項第1文第1号により緊急の場合、その職業の行使またはその職業名を用いるため、国が規定した職業教育を必要とするその他の医療職の所属員も、

f) 心理療法士

加入者は、第2項第1文及び第3項第1文によるデータにアクセスする権利を有する。

(5) 第3項第1文の場合における電子化された保険カードによるデータの集計、処理及び利用は、加入者の同意によってのみ許される。第3項第1文第2号から第6号までの場合、アクセスは加入者の許可によってのみ可能であることが、技術上の予初案により保証されなければならない。電子化された保険カードによる第2項第1文第1号のみならず第3項第1文によるデータの把握は、電子化された医療職証明との関係においてのみ、第2項第1文第1号の場合にそれぞれ的確な電子署名を自由に使用できる相応しい職業証明との関係においてのみ行うことができる；第3項第1文第5号の場合、加入者は的確な電子署名を自由に使用できる独自の署名カードにアクセスすることができる。電子化された医療職証明または相応しい職業証明を自由に利用できない第4項第1文第1号d) 及びe) 並びに第2号d) によりアクセス権を有する者は、電子化された治療職証明または相応しい職業証明を自由に利用できる者から許可されている場合、及び誰がデータにアクセスしたか、そしてどのような者からアクセスする者が許可を与えられたかを再検査できるように電子的に記録される場合、相応しいデータにアクセスできる。電子化された保険カードによる第2項第1文第1号によるデータへのアクセスは、第3文及び第4文と異なり、加入者が適切な技術的方法によりそれぞれのアクセスを許可する場合も行われる。

(5a) 情報通信網のインフラの構築の水準に従って、次の機関を定める。

1. 電子医療職証明及び職業証明を担当する機関、及び

2. 次の証明をする機関

a) ある者が、第4項第1文により把握された職業を本法の適用地域内で行使するか、第4項第1文により把握された職業のひとつについて、単に職業名を用いることだけが保護されている限り、職業名を用いるか

(7c) 2008年1月1日から2008年6月30日までの期間の第7項第4文第1号による費用についての協定が、2007年11月30日までに成立しない場合、または協定が締結された場合、疾病金庫の中央団体が、情報通信網のための団体に公的病病保険の被保険者1人当たり0.5ユーロの金額を支払う；資金は各疾病金庫の2007年10月1日における被保険者数の割合に応じて配分されなければならない。支払は四半期毎に、遅くとも各四半期の開始3週間前に注視しなければならない。金額は、連邦保健省が情報通信網のための団体の資金需要に応じてかつ経済性規則に注意して、連邦参議院の同意を得ない法規命令により調整することができる(2008年7月1日失効)。

(7d) (「第7項第4文第1号による費用についての協定が、連邦保健省が定めた期間内に第7a項第3文並びに第7b項第2文及び第3文による協定の基礎として成立しない場合、疾病金庫中央団体連盟は第7項第4文第1号によりそれぞれ給付提供者に発生する費用を賄うため、それぞれドイツ病協協会、連邦保険協会及び連邦レベルにおける薬剤師の経済的利益を守るために設立された標準的中央組織と協定を行う。(2008年7月1日より行)」) これらの協定が成立しない限り、ドイツ病協協会と一致しない場合は第18a条第6項1目による仲裁機関が、連邦保険協会と一致しない場合はその時々による仲裁機関が、連邦レベルにおける薬剤師の経済的利益を守るために設立された標準的中央組織と一致しない場合は第129条第8項による仲裁機関が、それぞれ契約当事者の申請に基づき2カ月の期限内に決定する。

(7e) 第7項第4文第2号による費用についての協定が、連邦保健省が定めた期間内に第7a項第3文、第7b項第2文及び第3文による協定の基礎として成立しない場合、第7項第1文による中央組織は専門家から成る共同の委員会を設立する。委員会は第1文による期限の経過後、1週間以内に設立されなければならない。委員会は、給付提供者の中央組織及び疾病金庫中央団体連盟から任命されたそれぞれ2名の委員並びに第7項第1文による中央組織が共同で同意した1名の中立議長から成る。第2文による期限内に議長または更なる委員の任命に同意しない場合、連邦保健省が議長及び更なる専門家を任命する。委員会の費用は情報通信網のための団体の財政資金から支払われる。委員会は3カ月以内に、第7a項及び第7b項による各給付部門に情報通信網のインフラの情勢的経営において発生する費用の配分についての勧告を行う。委員会の勧告は、第7項第4文第2号による協定において1カ月以内に考慮に入れなければならない。連邦保健省は、連邦参議院の同意を得ない法規命令により、委員会の勧告が考慮に入れられない限り、第7a項及び第7b項による各給付部門に情報通信網のインフラの情勢的経営において発生する費用の配分を、第7a項及び第7b項による協定の基礎として、決定する権限を有する。

(8) 第2項第1文第1号または第3項第1文によるデータへのアクセスを、第4項第1文に挙げられた者以外の者に、または診療目的のために提供された供給された給付の請求を含め、加入者の診療目的以外の目的で、許可することをカードの所有者は要求してはならない；そのような要求を許可することをカードの所有者と協定してはならない。カードの所有者は、アクセスを実行または拒否したからといって、後退されたり、冷遇されたりしてはならない。(9) 第2項第1号及び第3項第1号及び第3号による費用の検査については、連邦保健省はデータ保護のための連邦委員と合意の上で、第5項による制限付きの署名の要件並びに6ヶ月までの期間に処方形態に関する薬剤師法及び医薬品法の相応する規定との期間を限定された例外を許可することができる。この場合、個人データの保護及びその他の方法によるデータの安全性が確保されなければならない。第63条第3a項第2文から第4文までが準用される。

第29b条 情報通信網のための団体

- (1) 第29a条第7項第2文による義務の範囲内で、情報通信網のための団体は、
 1. 安全性概念を含めた技術的基準を作成し、
 2. その準備及び利用のためのデータレコードの内容及び構成を決定し、並びに必要な試験対策及び公式証明対策を確保しなければならない。情報通信網のための団体は、患者の利益を守り、個人データの保護のための規定の順守を確保しなければならない。情報通信網のための団体は、相互利用が可能な、互換性のある情報通信網のインフラを構築するために必要な限りにおいてのみ、義務を引き受けなければならない。各共同経営者または第三に情報通信網のための団体の義務の一部を委託することができる；この

b) ある者が、第4項によるその他のアクセス権者に属すること
州は第1文による義務を引き受けるため、共同の機関を定めることができる。職業の行使、職業名の使用の権限または第4項によるアクセス権がなくなつた場合、第1文第2号または第2文によるそれぞれの機関は執行する機関を知らせなければならない；これらの機関は運営なく、電子的医療職証明または職業証明の確認機能の停止を指示しなければならない。

(6) 第2項第1文第1号及び第3項第1文によるデータは、加入者が要求すれば消去されなければならない；請求目的のための第2項第1文第1号によるデータの処理及び利用は、そのままである。技術上の予防策により、少なくともデータ保護管理の目的のため第2項または第3項によるデータの最近50回のアクセスは記録されることが保証されなければならない。他の目的のための記録データの利用は認められない。記録データは、適切な予防策により目的外的利用及びその他の乱用から保護されなければならない。

(7) 疾病金庫中央団体連盟、連邦保険協会、連邦保険科医協会、連邦医師会、連邦歯科医師会、ドイツ病協協会並びに薬剤師の経済的利益を守るために設立された連邦レベルの標準的中央組織は、特に電子化された保健カード、電子化されたレセプト及び電子化された患者記録の導入のために必要な情報・コミュニケーション・完全インフラ(情報通信網のインフラ)を構築する。疾病金庫の中央団体、連邦保険協会、連邦保険科医協会、連邦医師会、連邦歯科医師会、ドイツ病協協会並びに薬剤師の経済的利益を守るために設立された連邦レベルの標準的中央組織は、第29b条の基準によりこれらの義務を引き受ける。本編による電子化されたデータ送信のための構築及び運営を引き受ける団体によりこれらの義務を与える前に、データ保護のその規定と調和している協定及び特許は、情報通信網のインフラに関する限り、承認を受ける。次の費用を賄うための協定を行う。

1. 情報通信網のインフラの決定期、試行期及び導入期に給付提供者に発生する必要な最初の設備費用並びに
2. 第7a項及び第7b項に挙げられた給付部門へのこれらの費用の配分を含め、情報通信網のインフラの運営において給付提供者に発生する費用。

情報通信網のための団体の取次のため、疾病金庫中央団体連盟は、2008年7月1日から2008年12月31日までの期間、公的病病保険の被保険者1人当たり、0.5ユーロの金額を情報通信網のための団体に支払い、2009年以降は毎年、公的病病保険の被保険者1人当たり1ユーロの金額を支払う；支払は四半期毎に、遅くともそれぞれの四半期の開始3週間前までに注視して連邦参議院の同意のない法規命令により調整することができる。第4文及び第5文による費用は、第4条第4項第9文による支出には数えられない。(2008年7月1日施行)」)

(7a) (「病院において発生する第7項第4文第1号及び第2号による設備投資及び経営費用は、加算によつて賄われる(情報通信網加算)。第1文による加算は、病院の会計において、それぞれ別に証明される；第1文による加算は、連邦参議院の同意のない法規命令により調整され、第1文に挙げられた期間内にまたは、翌年以降それぞれ6月30日までに成立しない場合、病院財政法第18a条第6項による仲裁機関が契約当事者の一方の申請に基づき、2カ月以内に決定する。(2008年7月1日施行)」)

(7b) 第7項第4文による費用の調整のため、本項に挙げられた給付提供者は利用のみに関係した加算を疾病金庫から受け取る。保険医診療に参加する医師、歯科医師、心理療法士並びに資料センタについて第7項第4文による協定の規定の言語は、疾病金庫中央団体連盟及び連邦保険協会が連邦参議院に協定する。医薬品供給についての第7項第4文による協定の規定の言語は、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に設立された連邦レベルにおける標準的中央組織が第129条第2項による枠組み契約において協定する。第2文による協定が連邦保健省の定めた期間内に成立しない場合、または翌年以降、毎年6月30日までに成立しない場合、第89条第4項によるそのつど担当する仲裁機関が契約当事者の申請に基づき2カ月の期限内に決定する。第3文による協定が連邦保健省の定めた期間内に成立しない場合、翌年以降、毎年6月30日までに成立しない場合、第129条第8項による仲裁機関が契約当事者の申請に基づき2カ月の期限内に決定する。

際、情報通信網のための団体により情報通信網のインフラの相互利用可能性、互換性及び必要な安全水準が保証されなければならない。

(la) 情報通信網のインフラの構成要素及び業務は情報通信網のための団体により許可される。構成要素及び業務が機能的で、相互利用可能で、信頼に足る場合、許可は与えられる。情報通信網のための団体は、機能的及び相互利用可能性を団体が公表した審査基準に基づいて審査する。信頼性の審査は、情報技術における安全性のための連邦事務所の基準により行われる。許可手続及び審査基準についての詳細は、情報通信網のための団体により決定される。情報通信網のための団体は、許可された構成要素及び業務を備えたリストを公表する。

(lb) 経営成敗は、情報通信網のための団体により決定されるべき枠組み条件に基づいて提供されなければならない。情報通信網のインフラの構成要素、業務及びインターフェースの実効性ある経営の実施のため、情報通信網のための団体または、個々の共同出資者または第1項第4文前半による第三者が委託されている限り、受託者は責務を委託しなければならない。これらの共同出資者または第1項第4文前半による第三者が委託されている限り、受託者は競争の制限に対する法律の第4節並びに委託令及び社会保険における会計制度に関する命令第22条並びに給付請負令 (00/L) 第A部第1節が適用されなければならない。給付請負令A部第3条第4号p) に従った給付の直接委託については、連邦保健省により定められ、電子連邦公報に公表される。第2文から第4文までとは異なる、遅くとも2009年1月1日以降、情報通信網のための団体の情報通信網のインフラの構成要素、業務及びインターフェースの実効性のある経営の実施のための提供者または、個々の共同出資者または第1項第4文前半による第三者は、次の場合、受託者により透明で差別のない方法で許可されることを委託されている。

1. 第1a項に従って使用されるべき構成要素及び業務が許可される場合、
2. 提供者が経営給付の自由裁量及び信頼性が保証されている証明を提供する場合及び
3. 提供者が契約上、情報通信網のための団体の経営給付についての枠組み条件を遵守することを義務づけられている場合。

情報通信網のための団体またはこれから委託された組織は、相互利用可能性、互換性及び必要な信頼性水準を守るための必要な限り、許可数を制限することができる。情報通信網のための団体またはこれから委託された組織は、次の各号を公表する。

1. 第5文第2号による証明のために満たされているべき専門的及び実態的前提条件並びに
2. 許可された提供者を伴うリスト。
 - (c) 情報通信網のための団体またはこれから委託された組織は、第1a項及び第1b項の許可について報酬を要求することができる。報酬目録は連邦保健省の同意を必要とする。
 - (d) 団体契約は連邦保健省の同意を必要とし、次の原則により構築されなければならない：
 1. 第29a条第7項第1文に挙げられた中央組織は、情報通信網のための団体の共同経営者である。業務割合は、50%は疾病金庫中央団体連盟に、50%はその他の第29a条第7項第1文に挙げられた中央組織に割り当てられる。連邦保健省の同意により、共同経営者は連邦レベルにおける給付提供者の更なる中央組織及び民間疾病保険団体の参加を議決することができる；参加の場合に、費用負担者及び給付提供者の集団内における業務割合は、相応に調整されなければならない；
 2. 強制的な法律上の過半数必要条件には関わらず、団体契約がより少ない多数規定していない限り、共同経営者は業務割合から生じる投票権の67%の多数で決定する；
 3. 連邦保健省は、共同経営者の集まりに投票権のない代表を派遣する；
 4. 専門的案件において団体に助言する審議会が設置されなければならない。審議会は原則的意義を有する共同経営者の会議の原則的意義を有する案件を取り扱うために提出することができる。原則的意義を有する案件に関する審議会の会議の原則的意義を有するべきではない。審議会は、州の代表4名、患者及び慢性疾患患者及び障害者の自助の利益を守るための標準的組織の代表3名、学者の代表3名、情報技術の分野からの産業の利益を守るための標準的連邦団体並びにデータ保護及び情報自由のための連邦委員及び患者の利益のための委員の代表3名から成る。更なる集団及び連邦官庁の代表を任命することができる。審議会の委員は、連邦保健省と合意の上で、共同経営者の会議により任命される；州の代表は州により指名される。共同経営者、

団体の事務局長並びに連邦保健省は、審議会の会議に参加できる。

(3) 情報通信網のための団体が、連邦保健省が定めた期限内に設立されなければいかに、情報通信網のための団体が解散した場合、連邦保健省は第29a条第7項第1文に挙げられた中央組織のひとつまたはいくつかに情報通信網のための団体の設立を義務づけることができる；その他の中央組織は、連邦保健省の同意を得て、共同経営者として情報通信網のための団体に加盟することができる。（第1文による情報通信網のための団体の財政については、第29a条第7項第5文から第7文までが準用される。（2008年7月1日施行））

(4) 情報通信網のインフラの規定、構造及び経営についての情報通信網のための団体の議決は、それが法律またはその他の法に反する限り、1ヵ月以内に異議申し立てできる連邦保健省に提出されなければならない；議決の審査の際、連邦保健省はデータ保護及び情報自由のための連邦委員に意見表明の機会を与えなければならない。理由のある個々のケースにおいては、特に議決の審査が1ヵ月以内に終了することができない場合、連邦保健省は期間をそれを超す前に最大1ヵ月延長することができる。異議申し立てが行われなければならない。異議申し立ての期間の経過後、給付提供者及び疾病金庫並びにその団体を拘束する。必要は議決が成立しないか、連邦保健省の定めた期間内に成立しない場合、または連邦保健省の異議申し立てが自ら定めた期限内に撤回されない場合、連邦保健省は州の担当最上級官庁の承認を得て、連邦参議院の同意を得ない法規命令によりその内容を定める。情報通信網のための団体は、法規命令を準備するため、速滞なくその指示により連邦保健省の仕事を手伝えることを義務づけられている。

(6) 連邦保健省及びその業務分掌により第4項による法規命令の準備のため引き起こされた費用は、速滞なく情報通信網のための団体の資金から支払われなければならない；法規命令を準備するための仕事が研究開発活動の範囲内で実施される限り、同様である。

(6) 2004年11月1日から2005年6月27日までの期間に連邦保健省により附随する情報通信網のインフラ整備のための研究開発活動の費用は、疾病金庫の中央団体により返済されなければならない。第3項第2文及び第3項第2文が準用される。

第292条 給付の前提条件に関する記載事項

疾病金庫は、事後における給付認可の前提条件の審査に必要な給付に関する記載事項を記録しなければならぬ。記載事項には、特に入院治療の際における給付請求権の前提条件の確認と予防及びリハビリのための医療給付並びに費用償還の前提条件の確認と補助金の給付に関する記載事項が含まれる。業務不能の場合には、診断も記録されなければならない。

第293条 給付実施機関と給付提供者のための記号

(1) 疾病金庫は電子化されたデータ送信または機械で読み取り可能な電子媒体の利用を含む文書による通信の中で、社会保険の他の保険者、連邦雇用庁及び州の医療行政並びにその構成員を含む契約相手との清算目的のため、及び医療の質を確保する対策のために、データ通信の際に連邦統一記号を使用する。（「疾病金庫中央団体連盟、連邦雇用庁及び州の医療行政は、第1文による記号の授与のため共同事業体を設立する。（2008年7月1日施行））

(2) 第1項第2文による共同事業体のメンバーは共同で、給付提供者の中央組織と、記号の形式及び構成並びに交付方法及びその利用について統一協定を締結する。

(3) 第2項による協定が成立しないか、連邦保健省が定めた期間内に成立しない場合、連邦保健省は連邦労働社会省と合意の上で、関係者の意見聴取後、記号の形式及び構成並びに交付方法及びその利用に関する諸規定の詳細を、連邦参議院の同意を得た法規命令により定める。

(4) 連邦保険協会及び連邦参議院連邦医師会、保険医診療に参加する医師及び歯科医並びに医師及び歯科医師が管理する施設の一覧表を作成する。一覧表には、次の記載事項が含まれる：

1. 医師番号または歯科医師番号（番号解読化された）、
2. 家庭医または専門医の記号、

患者援護法にいう傷害若しくは伝染病予防法にいう接種障害の結果または後遺症であるか、第三者による健康被害と関連がある場合、保険医、医師が管理する施設及び第108条による病院は、原因及び可能性のある張本人に関する記載を含め必要なデータを疾病金庫に報告することを義務づけられている。第10編第116条により疾病金庫に移行する損害賠償請求権の行使については、保険医協会が疾病金庫に必要な記載事項を加入者毎に伝達する。

第295条 医師による給付の清算

- (1) 保険医診療に参加する医師及び医師が管理する施設は、
1. 疾病金庫が受け取る労働不能証明の部分には診断名を、
2. 保険医診療についての請求資料は、医師による治療の場合は診断名とともに、歯科医による治療の場合は歯に関する資料及び所見とともに、治療の日付を含め医師が行った給付を、
3. 保険医診療の請求資料及び記入用紙には医師番号、転医した場合は転医させた医師の医師番号及び第291条第2項第1号から第10号までによる記載事項を機械で読み取り可能なように、記録し、送付しなければならぬ。

第1文第1号及び第2号による診断名は、連邦保健省の委託によりドイツ医療情報研究所から出版されたドイツ語版において、国際疾病分類の4桁の番号によりコード化されなければならない。連邦保健省は、第2文に挙げられた疾病金庫の真務を果たすために必要なコード番号の発行力を守るための追加記号を補充することをドイツ医療情報研究所に委託することができる。保険医により行われた手術及びその他の処置は、ドイツ医療情報研究所が連邦保健省の委託により出版した番号によりコード化されなければならない。連邦保健省は、第2文による診断番号及び第4文による処置番号の改定の実施時期をその都度、連邦公報に公示する。

(1a) 第106a条第2項による責務を遂行するために、保険医診療に参加する医師は、保険医協会の要求があれば、審査に必要な所見を提出する義務があり、権限がある。

(1b) 保険医協会の参加なしに、疾病金庫またはその団体と診療ネットワーク形態（第140a条）または第73b条または第79c条による診療に関する契約を締結した医師、医師が管理する施設及び医療センター、並びに第116b条第2項に従って外来治療に参加する病院は、第1項に挙げられた記載事項を、病院においてはその施設名を含め、各疾病金庫に電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で伝達する。（「その詳細は、疾病金庫中央団体連盟が規定する。（2008年7月1日施行）」）

(2) 報酬の請求については、保険医協会は疾病金庫に、電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で、四半期毎に、症例ごとに次のデータを送信する：

1. 第291条第2項第1号、第6号及び第7号による記載事項、
2. 医師番号または歯科医師番号、転医の場合は転医を指示した医師番号または歯科医師番号、
3. 請求の種類、
4. 治療の種類、
5. 治療日、
6. 第1項第5文による基準とともに請求された報酬項目、歯科医師による治療の場合は歯に関する資料（Zahnbezug）及び所見とともに、
7. 治療費用、
8. 第28条第4項による自己負担、
9. 医師以外による透折給付については、リスク構造調整（第266条第4項、第267条第1項から第6項まで）及びリスク基金（第269条第3項）の目的のために必要な記録は加入者毎に2002年第1四半期から2002年10月1日までの間に初めて報告されなければならないという条件で第1文が適用される。保険医協会は、第137g条によるプログラムの実施のために第266条第7項による法規命令に定められた記録を、これらのプログラムの実施に参加している限り、加入者毎に疾病金庫に報告する。保険医協会は第137i条によるプログラムに参加する加入者のために第1文による記録を加入者毎に疾病金庫に報告する。第137i条第3項第2文は、なお効力を有する。

(2a) 保険医診療に参加する医師及び医師が管理する施設並びに保険医協会の参加なしに疾病金庫またはその団

3. 参加資格、
4. 医師または歯科医師の性別、
5. 医師または歯科医師の肩書き、
6. 医師または歯科医師の名前、
7. 医師または歯科医師の呼称、
8. 医師または歯科医師の生年月日、
9. 医師若しくは歯科医師の診療所または施設の通り、
10. 医師若しくは歯科医師の診療所または施設の家屋番号、
11. 医師若しくは歯科医師の診療所または施設の郵便番号、
12. 医師若しくは歯科医師の診療所または施設の仕事、
13. 医師番号及び歯科医師番号の有効期間の開始、
14. 医師番号及び歯科医師番号の有効期間の終了。

一覽表は毎月、またはより短い間隔で更新されなければならない。医師番号及び歯科医師番号は、医師または歯科医師に関する追加データなしでは特定の医師または歯科医師に分類できないように構成されなければならない。その際、医師番号及び歯科医師番号が疾病金庫及びその団体のためにも、保険医活動または保険医活動の全期間、医師または歯科医師の認識を可能にすることが、保証されなければならない。連邦保険医協会及び連邦保険歯科医師協会は、一覽表に第2節の規定により提供及び処方された給付の疾病金庫との清算の範囲内で保険医及び保険歯科医が使用した医師番号及び歯科医師番号が含まれることを保証する。連邦保険医協会及び連邦保険歯科医師協会は疾病金庫中央団体連盟に、2004年3月31日までは電子化されたデータ送信でまたは機械で読み取り可能な電子媒体で一覽表を自由に利用させる；一覽表の修正は、毎月またはそれより短い間隔で疾病金庫中央団体連盟に無償で報告されなければならない。疾病金庫中央団体連盟はその会員団体及び疾病金庫に、特に医療の質及び経済性の保証分野及びそれに必要なデータ基礎の分野におけるその責務を果たすため、一覽表を自由に利用させる；疾病金庫中央団体連盟は他の目的のために一覽表を使用してはならない。

(5) 薬剤師の経済的利益を守るために設立された標準的中央組織は、薬局に関する連邦統一覽表を作成し、疾病金庫中央団体連盟に電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読取り可能な電子媒体により無償で自由に利用させる。一覽表には、薬剤師の名称、薬局の住所及び番号が含まれる；一覽表は、毎月またはそれより短い間隔で更新されなければならない。疾病金庫中央団体連盟はその会員団体及び疾病金庫に、薬局の請求、第129条及び第300条に定められた規定並びにそれと関連するデータ検索との関連においてその責務を果たすために一覽表を自由に利用させる；疾病金庫中央団体連盟は他の目的のために一覽表を使用してはならない。第1文による薬局は、一覽表に必要な情報を提供することを義務づけられている。それ以外の医薬品提供者は、疾病金庫中央団体連盟に対し同じように情報提供を義務づけられている。

第2節 給付データの送信及び、データの透明性

第1款 給付データの送信

第294条 給付提供者の義務

保険医診療に参加する医師及びその他の給付提供者は、保険給付の実施、処方及び提供から生じる、疾病金庫及び保険医協会の責務を遂行するために必要な記載事項を記録し、以下の諸規定に従って、疾病金庫、保険医協会またはデータ処理を委託された機関に報告することを義務づけられている。

第294a条 疾病原因及び第三者による健康被害の報告

疾病が公的災害保険にいう職業若しくはその後遺症または労働災害、その他の事故、身体障害、連邦戦争犠

体と診療ネットワーク形態（第140a条）または第70b条または第70c条による診療に関する契約を締結した給付提供若しくは第110b条第2項に従って外来治療に参加する病院は、第292条による記載事項を記録し、疾病金庫に送信する義務がある。

(3) 第82条第1項及び第87条第1項による契約の契約当事者は、これらの契約の構成要素として、次の各号に関する詳細について協定する。

1. 保険医給付についての請求資料の形式と内容、
2. 保険医診療の範囲内で必要な用紙の形式と内容、
3. 第1項による保険医の義務の遂行、
4. 第2項による保険医協会の義務の遂行、特に疾病金庫またはその連合会への請求資料の送付形式、期間及び範囲、
5. 第296条及び第297条による請求資料のデータ送信及び評価の詳細。

第1文による契約当事者は、最初は2009年6月30日までに、保険医による給付の請求及び報酬支払のため第1項第5文による基準の交付及び記録についての指針を協定する（調整指針）；第87条第6項が準用される。

(4) 保険医診療に参加する医師、医師が管理する施設及び医療センターは、給付の請求に必要な記載事項を電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で送信しなければならない。その詳細は、連邦保険医協会が規定する。

第296条 平均値による審査（2008年1月1日施行）

(1) 第106条による医師ごとの審査のため、保険医協会は電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で、第106条第4a項による審査機関に四半期毎に保険医の請求資料から次のデータを送信する：

1. 第293条第1項第2号、第3号、第6号、第7号及び第9号から第14号までによる記載事項及び重点標識及び追加標識並びに追加請求許可についての記載事項を含む医師番号
2. 金庫番号、
3. 被保険者、年金受給者及びその家族により分類された請求された治療症例並びにその数、
4. 紹介症例並びに救急症例及び管理症例並びにその数、それぞれ第3号による分類において、
5. 第3号及び第4号による分類における比較可能な専門集団の平均症例数、
6. ふさわしい専門集団平均を記録して請求された報酬項目の頻度、
7. 紹介症例における紹介した医師の医師番号。

第106条第5b項の基準による指針の順守の審査に関し必要な限り、第1文第3号によるデータはそれぞれ第295条第1項第2文により暗号化された診断名の記載のもと送信されなければならない。

(2) 第106条による医師毎の審査のために、疾病金庫は電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で、第106条第4a項による審査機関に全保険医が処方した給付（医薬品、包装材料、治療手段及び輔具並びに精神治療）に関する次のデータを四半期毎に送信する：

1. 処方した医師の医師番号、
2. 疾病金庫番号、
3. 被保険者、年金受給者及び家族別に区分され、または第84条第6項第2文により定められた区分で、処方された医薬品、包装材料または治療手段の種類、量及び費用、医薬品の場合は第300条第3項第1号による表示を含む
4. 入院指示の頻度並びに入院治療の期間。

第106条第5a項による取り上げ基準を一人の医師が超える場合、審査機関には被保険者番号も医師毎に送信されなければならない。

(3) 連邦保険医協会及び疾病金庫中央団体連盟は、第295条第3項第5号による契約に第2項第3号により記載された薬剤、包装材料及び治療手段の種類と集団に関する詳細を定める。連邦保険医協会及び疾病金庫の中央団体

体は、個々に、またはその記号により記載するよう協定することもできる。さらに、第1項及び第2項によるデータ送信の期限並びにこれらの期限を順守しない場合の結果に関する詳細が協定されなければならない。

(4) 第106条第5項による審査については、保険医診療に参加する医師は、第106条第4a項による事務局の要求があれば、審査に必要な所見を提出することを義務づけられており、その権限を有する。

第297条 抽出調査

(1) 保険医協会は第106条第4a項による審査機関に、四半期毎に第106条第3項より第106条第2項第1文第2号による審査に関連する医師のリストを送信する。

(2) 保険医協会は、電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で、第106条第4a項による審査機関に審査の対象となった保険医の請求資料から次のデータを送信する：

1. 医師番号、
2. 疾病金庫番号、
3. 疾病保険加入者番号、

医師による治療の場合は第295条第1項第2文に挙げられた番号によりコード化された診断名とともに、歯科医による治療の場合は種に関する資料及び所見とともに、転医の場合は転医を指示した医師の指示とともに、治療の日付を含む治療ケース毎の請求された報酬項目。データは、その年度1年の期間、送信されなければならない。

(3) 疾病金庫は、電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で、第106条第4a項による審査機関に、第106条第2項第1文第2号による審査の対象となった保険医が処方した給付並びに労働不能の認定に関するデータを送信する。それぞれ医師番号、金庫番号及び疾病保険加入者番号の記載のもと、送信する。

処方された医薬品に関するデータは、さらにそれぞれ第300条第3項第1号による記号を含む。入院治療の処方に関するデータは、さらにそれぞれ第301条により送付された入院日及びその原因に関する記載事項、入院の指示の診断、入院の診断、行われた手術及びその他の処置並びに入院治療の期間を含む。労働不能の認定に関するデータは、さらに第295条により送付される診断名並びに労働不能の期間を含む。

(4) 保険医給付に関するデータ及び処方された給付に関するデータは、それらが被保険者に関するものである限り、第106条第2項第1文第2号による審査に必要ない限りにおいてのみ機械で読み取り可能な電子媒体に集めることができる。

第298条 加入者毎のデータの送信

審査方法の範囲において、医師給付または医師が処方した給付に関する記載事項の加入者毎の送信は、医師の治療方法または処方方法の経済性または質が個々のケースで詳細されなければならない限り、許される。

第299条 質確保のためのデータ調査、データ処理及びデータ利用

(1) 第135a条第2項または第136条第2項による質確保の目的のために加入者の社会保険データが調査、処理及び利用される場合、連邦同委員会の第136条第2項第2文及び第137条第1項第1文及び第3項による指針及び効法並びに第137d条による協定は、次の各号を確保しなければならない。

1. 通常、データ調査が被患者の抽出調査に限定され、加入者毎のデータは匿名化されること、
2. 保険医協会による質審査の範囲内で行われない限り、データの詳細は、独立した機関により行われること及び
3. 当該患者の質の高い情報が適切な方法で行われること。

第1文第1号とは異なり、指針、決定及び協定の構成部分として説明されなければならない重大な医学専門的または重大な方法上の理由から必要な限り、指針、決定及び協定は、全該患者のデータの悉く調査を規定することができる。調査されるべきデータ並びに抽出調査の選択、範囲及び方法は、第1文による指針及び効法並びに協定において定められなければならない。保険医診療に参加する医師及びその他の給付提供者により調査され、

送信されなければならない。疾病金庫、保険医協会またはそれぞれの団体が、第 295 条、第 300 条、第 301 条、第 301a 条及び第 302 条により送信されるべきデータの範囲を超えるデータを要求することは、除外されなければならない。

(2) データの匿名化方法は、保険医診療に参加する医師及びその他の委託提供者により使用される。それは第 1 項第 1 文による指針及び対応並びに協定において、情報技術における安全性のための連邦事務所の勧告を考慮に入れて定められなければならない。第 1 文とは異なり、第 1 項第 2 文による匿名化の場合における匿名化は、疾病金庫、保険医協会またはそれぞれの団体の空間的、組織的及び人的に区分された情報機関により行われなければならない。

(3) 第 135a 条第 2 項による質確保の目的のために調査されたデータを評価するため、第 137 条第 1 項第 1 文及び第 3 項の場合には連邦共同委員会が、及び第 137d 条の場合には協定当事者が独立機関を定める。独立機関は、前以て指針、決定または協定に定められた評価目標を持つ質確保方法のためにのみ評価を実施してよい。第 135a 条第 2 項による質確保目的のため質確保方法について処理されるデータは、質確保以外の他の目的のため調査されたデータと結合されてはならず、評価されてはならない。

第 300 条 薬品請求

(1) 薬局及びその他の医薬品提供者は、自己負担の額（または自己負担割合）とは無関係に、次の各号を義務づけられている。

1. 被保険者に対し既製薬を提供する際、第 3 項第 1 号により利用されるべき記号を、機械で読み取り可能なように保険医診療ご義務づけられた処方せんにまたは電子化された処方データに転写すること、
2. 処方せんにまたは電子化された処方データを疾病金庫に転送すること及び第 3 項第 2 号により行われた協定の基準により必要な請求データを疾病金庫に送信すること。

(2) 薬局及びその他の医薬品提供者が第 1 項による義務を遂行するため、電算機センターの協力を要求することができる。電算機センターは、権限を有する機関から委託されている限り、社会法典に定められた目的のためにデータを処理し、利用して良い；匿名化されたデータは他の目的のために処理し、利用して良い。

(3) 疾病金庫中央団体連盟及び業教師の経済的利益を守るための標準的中央組織は、薬品請求協定の中に特に次の各号に関する詳細を規定する。

1. 処方された既製薬のために、連邦統一記号を、その薬剤の商品名、製造者、交付形態、成分濃度及び包装の大きさの基準として利用すること、
 2. 記号の転写及び請求の詳細、電子化されたデータ送信の方法または機械で読み取り可能なように電子媒体で、請求データの送付の詳細と前提条件並びに疾病金庫への処方せんの転送、遅くとも 2006 年 1 月 1 日には電子化された処方データの送信も、
 3. 第 293 条第 5 項による薬局一覧の送信。
- (4) 第 3 項による協定が成立しないか、連邦保健省により定められた期間内に成立しない場合、その内容は第 129 条第 8 項による仲裁機関により定められる。

第 301 条 病院

(1) 第 108 条により許可された病院は、入院治療の際に次の記載事項を電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で、疾病金庫に送信することが義務づけられている：

1. 第 291 条第 2 項第 1 号から第 10 号までによる記載事項及び加入者の病院内における記号、
2. 病院及び疾病金庫の施設記号、
3. 入院の日付、時刻及び理由並びに入院の指示の診断名、入院の診断名、入院の診断名に変更があった場合はその後の診断名、入院見込み期間及び、これを超過した場合は疾病金庫の要求によるその医学的理由、1 歳未満の小児の場合は収容時の体重、
4. 医師が入院治療を処方した場合は入院を指示した医師の医師番号、ほかの病院へ移した場合はそれを指示し

た病院の施設記号、緊急入院の場合は入院を指示した機関、

5. 入院している専門科名、病院を移った場合は引き続きいて治療にあたっての専門科名、
6. それぞれの病院で実施された手術及びその他の処置のデータと種類、
7. 退院またはほかの病院へ移った場合の日付と時刻及び理由、外部の病院への転院の場合は受け入れられた施設の施設記号、退院または転院の場合は、入院治療の理由となった主たる診断名及び併発した診断名、

それぞれが病院内で実施されたリハビリ措置に関する記載並びに労働不能に対する意見及び相応しい施設の記載を伴う継続治療の種類についての提案、

第 115 a 条及び第 115 b 条並びに病院組織法及び連邦入院診療費法及び第 1 文第 8 号による記載事項の送信は、機械で読み取れない形式でも許される。

(2) 第 1 項第 1 文第 3 号及び第 7 号による診断名は、国際疾病分類表の 4 桁の番号により、連邦保健省の委託でドイツ医学情報研究所により出版されたドイツ語版においてコード化されなければならない。第 1 項第 1 文第 6 号による手術及びその他の処置は、連邦保健省の委託でドイツ医学情報研究所により出版された番号によりコード化されなければならない；番号には、病院財政法第 17 b 条により請求できるその他の処置を包括しなければならない。連邦保健省は、第 1 文による診断名番号及び第 2 文による処置番号の各版の発効時点を連邦公開に公示する；ドイツ医学情報研究所は、第 1 文に挙げられた番号を疾病金庫の責務を遂行するために必要な番号の証明能力を守るための追加番号により補充することを委託することができる。

(3) 必要な書式の形態及び内容、第 1 項による記載事項の送信についての間隔及び電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体での請求方法に関する詳細については、疾病金庫中央団体連盟がドイツ病院協会または病院経営者連邦連合会と協定する。

(4) 第 111 条による診察契約が結ばれている予防施設またはリハビリ施設は、次の記載事項を入院治療の際、電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で、疾病金庫に送信することを義務づけられている：

1. 第 291 条第 2 項第 1 号から第 10 号までによる記載事項及び加入者についての施設の内部記号、
2. 予防施設またはリハビリ施設及び疾病金庫の施設記号、
3. 入院の日付、入院の指示の診断名、入院の診断名、治療見込み期間及びこれを上回った場合の疾病金庫の要求によるその医学的理由、
4. 医師による予防処置またはリハビリ処置の処方の際において指示した医師の医師番号
5. 退院または外部移管の日付、時刻及び理由並びに退院または転院または転院の診断名；外部如何の場合は受け入れ機関の施設番号、
6. 実施された予防措置及びリハビリ措置に関する記載並びに相応しい施設の記載を伴う継続治療の種類についての提案、
7. 計算された報酬。

第 1 文第 3 号による期間の延長の医学的理由及び第 1 文第 6 号による記載事項の送信は、機械で読み取り可能な形式でなくとも許される。第 1 文第 3 号及び第 5 号による診断名の記載については第 2 号が準用される。第 3 項が準用される。

(6) 権限を与えられた病院の医師は、第 120 条第 1 項第 3 文による手続きの範囲内で保険医による給付の請求に必要な資料を病院経営者に通知することを義務づけられている；第 295 条が準用される。病院経営者は保険医協会に、清算目的のために請求資料を提出しなければならない。第 1 文及び第 2 文は選択医による給付の清算に準用される。

第 301a 条 産婆及び助産師

自由業として活動する産婆及び助産師は、疾病金庫に第 134 条第 1 項により発令された法規命令にしたがって請求のために記入された記載事項を電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒

体で送信することを義務づけられている。

第 302 条 その他の給付提供者の請求

(1) 治療手段及び補装具の分野における給付提供者並びにその他の給付提供者は、自らが発供した給付の種類、量及び価格に従って電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で疾病金庫に示し、給付提供の日付並びに処方した医師の医師番号、診断名とともに医師の処方及び所見と第 291 条第 2 項第 1 号から第 10 号までによる記載事項に関する必要な記載事項を記載しなければならない；補装具の提供に関する請求の際には、第 128 条による補装具一覧の記号が使用されなければならない。

(2) 請求方法及び内容に関する詳細は、疾病金庫中央団体連盟が、給付契約または納入契約において留意されるべき指針において定める。第 1 項による給付提供者は、その義務を遂行するために計算センターを利用することができる。計算センターは、権限を与えられた機関から委託されている限り、社会法典に定められた目的のためにデータを処理し、利用してよい；匿名化されたデータは、他の目的のために処理し、利用してよい。

(3) 指針には、電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体での請求に参入する際の前提条件及び方法も規定されなければならない。

第 303 条 補足規定

(1) 疾病金庫州連合会及び補充金庫連合会は給付提供者またはその団体と、それにより執行ある請求及び疾病金庫の法律に基づく義務の遂行が阻害されない場合、次の各号を協定することができる。

1. 送信されるべき請求書類の範囲が制限されること、

2. 給付の清算の際に個々の記載事項の一部または全部が除外されること。

(2) 疾病金庫は、第 84 条による協定の実現の準備及び管理のため、第 112 条第 2 項第 1 文第 2 号及び第 113 条による審査の準備のため、第 305 条による加入者への情報提供の準備のため、並びに第 305a 条による保険医の助言の準備及び実現のため、必要なデータの保存、処理及び利用を第 219 条による共同事業体に委託することができる。共同事業体に送信される加入者毎のデータは、送信する前に匿名化されなければならない。疾病金庫による加入者の確認はその際、可能となる；第 1 文に挙げられた目的のために加入者の確認が必要な限り、加入者の確認認められる。第 286 条が準用される。

(3) 第 291 条第 2 項第 1 号から第 10 号まで、第 295 条第 1 項及び第 2 項、第 300 条第 1 項、第 301 条第 1 項、第 301a 条及び第 302 条第 1 項により疾病金庫に送信されるべきデータが、電子化されたデータ送信の方法でまたは機械で読み取り可能なように電子媒体で送信されない場合、疾病金庫はそのデータを事後把握しななければならない。機械で読み取り可能なように電子媒体で送信されない場合、給付提供者が許しななければならない理由から行われた場合、疾病金庫は事後把握と関連する費用を当該給付提供者に請求額の 5% までの包括的請求減額により計算しななければならない。第 295 条第 1 項による診断名の記載事項については、第 295 条第 3 文にしたがって修正された番号の第 10 版の発効時点から第 1 文が適用される。

第 2 款 データの透明性

第 303a 条 データの透明性の義務のための共同事業体

(1) 疾病金庫中央団体連盟及び連邦保険医協会は、データの透明性の義務のための共同事業体を設置する。共同事業体が 2004 年 6 月 30 日までに設置されない場合、連邦保健省は連邦参議院の同意を得ない法規命令により共同事業体を設置することができる。

(2) データの透明性の義務のための共同事業体は、信任機関（第 303c 条）及びデータ評価機関（第 303d 条）の義務の遂行を保証しなければならない。

(3) データの透明性の義務のための共同事業体は、公的疾病保険におけるデータ交換のための統一かつ分野を超えたデータ定義のための要求を練り上げなければならない。共同事業体は連邦保健省に、2006 年 12 月 31 日ま

でに報告書提出する。給付提供者の連邦レベルにおける標準的中央組織には、その要求に関わる限り、意見表明の機会が与えられなければならない。意見表明は報告書に取り入れられなければならない。

第 303b 条 協議会

データの透明性の義務のための共同事業体においては、第 303c 条及び第 303f 条による義務のために、共同事業体、連邦レベルにおける給付提供者の経済的利害を守るために設立された標準的中央組織、データ保護のため連邦から委託された者、患者の利害のため連邦政府から委託された者並びに患者及び慢性疾患患者及び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、公的疾病保険を担当する連邦の最上級官庁及び州官庁の代表から成る審議会が設置される。手続きの詳細は審議会のメンバーが規定する。

第 303c 条 信任機関

(1) 信任機関は、疾病金庫及び保険医協会から第 303e 条第 2 項により送信された給付データ及び請求データの加入者関係及び給付提供者関係を、第 2 項による方法の使用により匿名化しなければならない。加入者または給付提供者を、信任機関、データ評価機関または第 303f 条第 1 項により利用資格のある機関におけるデータの処理及び利用により再確認できることは、排除されなければならない。

(2) 信任機関から統一的に適用される匿名化の方法は、第 303a 条第 1 項による共同事業体から情報技術における安全のための連邦事務所の了承を得て定められなければならない。匿名は、全給付分野について連邦全体の一義的な機関を超えた給付を請求した加入者及び給付を提供し、処方した給付提供者に関する請求データ及び給付データの関連が構築できるように構成されなければならない；さらに加入者に関する匿名化は、生年、性別、加入者資格並びに郵便番号の最初の二桁に関する記載事項、給付提供者については、給付提供者、専門の種類に関する記載事項並びに郵便番号の最初の二桁を含まれなければならない。これらの記載事項による加入者及び給付提供者の確認は排除されなければならない。信任機関によるデータの調査により直接、匿名化されるべき個人毎のデータは、給付データ及び請求データとは区分されなければならない。生み出された匿名化されたデータのデータ評価機関への送信後、信任機関におけるデータは消去されなければならない。

(3) 信任機関は、データの透明性のための共同事業体の運営者及びそのメンバー並びに第 303f 条第 1 項により利用資格のある機関とは、空間的、組織的及び人的に区別されなければならない。信任機関は公的機関と見なされ、第 1 編第 35 条による社会保障データの守秘義務のもとにある。社会保障データの守秘義務は、連邦保健省の法的監視下にある。第 274 条第 1 項第 2 文が準用される。

第 303d 条 データ評価機関

(1) データ評価機関は、信任機関から送信された第 303f 条第 2 項に挙げられた目的のためのデータ基盤の構築に関するデータを評価し、第 303f 条第 1 項に挙げられた利用資格のある者に自由に利用させなければならない。データは、データ評価機関の義務の遂行のためには必要でなくなるや否や、消去されなければならない。

(2) データ評価機関は、データの透明性のための義務の共同事業体の運営者及びそのメンバー並びに第 303f 条第 1 項により利用資格のある機関から空間的、組織的及び人的に区別されなければならない。データ評価機関は公的機関と見なされ、第 1 編第 35 条による社会保障データの守秘義務が課せられている。社会保障データの守秘義務は、連邦保健省の法的監視下にある。第 274 条第 1 項第 2 文が準用される。

第 303e 条 データ送信及びびデータ調査

(1) データの透明性のための義務の共同事業体は審議会を待て 2004 年 12 月 31 日までに第 303f 条による目的の遂行に必要なデータの選択に関する指針、請求データ及び給付データの信任機関への送信の構造、審査の質及び方法を決定しなければならない。調査されるべきデータの範囲（審査調査または抽出調剤）は、第 1 文による目的の遂行を保証しなければならない；抽出調査が十分かどうかは審査されなければならない。指針は

連邦保健省に提出されなければならぬ。連邦保健省は2ヵ月以内に異議申し立てすることができる。指針が第1文による期間内に成立しないか、連邦保健省が定めた期間内に異議申し立てが撤回されない場合、連邦保健省がデータ調査のための指針を公布する。

(2) 疾病金庫及び連邦保険医協会の委員は、第303条第2項第2文による目的の遂行のために給付データ及び請求データ等を第1項による指針に従って信任機関に送信することを義務づけられている。データの送信は疾病金庫及び連邦保険医協会の会員によるデータの審査後、遅滞なく、ただし、遅くとも給付提供者による送信後、12ヵ月以内に行われなければならない。

(3) 地域についてのデータが期限どおりに送信されない場合、各疾病金庫及びその州団体及び連邦団体、連邦保険医協会及び連邦保険医協会の各会員は、データ評価機関におけるこの地域の全データの処理し、利用する権限から除外されている。

(4) 審議会は2006年12月31日までに、連邦保健省に第1項から第3項までによるデータ調査の経緯に関し報告する。

第303f条 データ処理及びデータ利用

(1) データ評価機関において保存されたデータは、疾病金庫中央団体連盟、疾病金庫連邦連合会及び疾病金庫州連合会、疾病金庫、連邦保険医協会及びその会員、経済的利益を守るために設立された給付提供者の連邦レベル標準的中央組織、連邦及び州の健康報告機関、健康管理研究機関、大学及び中立的学術研究の責務を有するその他の施設、データが学術的意図に役立つ限り、医療制度における質と経済性に関する研究所、並びに公的医療保険を担当する最上級連邦官庁及び州官庁、並びに能属する分野がその責務を遂行するのに必要な限り、処理し、利用することができる。

(2) 利用権限を有する者は、特に次の目的のためにデータを処理し、利用することができる：

1. 団体契約相手により指導責務を守ること、
2. 診療の質の改善、
3. 給付資源の計画（病院計画等）、
4. 長期間に関する縦断的分析、治療経過の分析、誤った発展及び改革のため根拠の認識に関する診療事象の分析（過剰診療、過少診療及び医療過誤）、
5. 公的医療保険の更なる発展に関する政治的決定過程の支援、
6. 分野を超えた診療形態の分析及び開発。

データの透明性責務のための共同事業体は2004年12月31日までに、審議会の了解を得て、データ評価機関において集計されたデータを何のために処理し、利用してよいかという目的並びに利用範囲の計算に関する調査及び方法を定める目標を作成する。目標は連邦保健省に提出しなければならない。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2文による期間内に目標が成立しない場合または異議申し立てが連邦保健省が定めた期間内に撤回されない場合、連邦保健省は州の承認を得て目標を公布する。

(3) データ評価機関は、第1項により責務を与えられた機関の問い合わせの際、データの処理及び採用に関する目的が第2項による目標に相応しいかどうか及びデータの範囲及び構造がこの目的のために十分であり必要かどうかを審査しなければならない。第303e条第2項によるデータ保存機関が準備したデータを使用したいか、その団体による利用を許可した限り、第1文による審査は行われぬ。

第3節 データ消去、情報提供義務

第304条 疾病金庫、保険医協会及び審査委員会の事務局におけるデータの保存

(1) 疾病金庫、保険医協会及び審査委員会において公的医療保険の責務のために保存された社会保険データの消去については、第10編の第84条第2項以下の条件で準用される：

1. 第292条によるデータは、遅くとも10年後には消去すべきこと、

2. 第295条第1a項、第1b項及び第2項によるデータ並びに審査委員会及びその事務局にとって第106条による審査のために必要なデータは、遅くとも4年後、第266条第7項第1文により発令された法規命令に基づきリスク構造調整（第266条、第267条）またはリスク基金（第269条）の実施に必要なデータは法規命令に挙げられた期間後には消去すべきこと。

保存期間は、給付が提供または清算された事業年度の終了とともに開始する。疾病金庫は、医師及び加入者との関係がもはや修復できないことが確定した場合、疾病保険の目的のために給付データをより長期に保存することができる。

(2) 疾病金庫を替わる場合は、新しい疾病金庫の要求があれば、それまで担当していた疾病金庫は保険継続のために必要な第288条及び第292条による記載事項を報告することを義務づけられている。

(3) 薬剤、包装材料、治療手段及び輔具のための処方せんを含め、給付請求に必要な疾病保険受診券及びその他の資格証明書の保存期間については、第10編第84条第2項及び第6項が適用される。

第305条 加入者への情報提供

(1) 疾病金庫は加入者の申請に基づき、前事業年度に行われた給付請求及びその費用に関する情報を加入者に提供する。保険医協会及び保険医科医協会は第1文の場合に、加入者が行った医師及び歯科医への給付請求及びその費用に関する記載事項を加入者毎に、疾病金庫による閲覧ができない形式で疾病金庫に送付する。疾病金庫はその記載事項を加入者に転送する。疾病金庫はその規約に、情報提供に関する詳細を規定することができる。

(2) 保険医診療に参加する医師、医師が管理する施設及び医療センターは、要求があれば、理解できる形式で治療に続いて直接、または給付が請求された四半期の締過後4週間以内に、疾病金庫の負担が請求された給付及びその見込費用（患者領収書）に関する情報を、文書により加入者に提供しなければならない。第1文は保険医科医にも適用される。加入者は第1文による四半期の文書の報告に対する包括的費用として、郵送料に加えて1ユーロの費用を支払う。その詳細については、連邦保険医協会が規定する。病院は、要求があれば、提供された給付及び疾病金庫から支払われる報酬に関する情報を、入院治療の終了後4週間以内に理解できる形式で文書により加入者に提供する。詳細は、疾病金庫中央団体連盟がドイツ保険協会との契約により定める。第4文及び第6文による規定が2004年6月30日までに成立しない場合、連邦保健省は連邦参議院の同意を得た法規命令によりその詳細を定めることができる。

(3) 疾病金庫はその加入者に、要求があれば、医療センター及び診療ネットワークにおける給付提供者を含む公的医療保険において許可された給付提供者並びに第73条第8項、第127条第3項による情報を含む処方可能な給付及び受給原因に関する情報を包括的に提供する。疾病金庫は加入者に、第53条第3項による選択保険料表における特別な診療帯への参加に関するその決定の前、その中で提供される給付及び参加給付提供者に関し包括的に情報を提供しなければならない。第69条第4文が準用される。

第305a条 保険医の助言

保険医協会及び疾病金庫は、1年間またはより短い期間に保険医から提供され、処方され、または指示された給付に関する一覧表に基づき、経済性問題に関し保険医に助言する。保険医は保険医協会に、補充的に保険医が処方した給付に関するデータを加入者毎ではなく送信することができる。保険医協会はこれらのデータを保険医への助言のために評価し、これらのデータに基づき作成された比較一覧表を保険医に医師毎ではなく自由に使用させる。保険医及び保険医協会は、第2文によるデータを社会法典に定められた目的のためのみ、処理し、利用してよい。

法律上または第130d条第8項による協定により別段の定めがない場合、保険医は処方した医薬品に関するデータをもつばら保険医協会におけるまたは最低でもそれぞれ30万人の住民またはそれぞれ最低で1300人の医師を有する地域内において提供された給付のための証明として並びに個々の薬局について、保険医協会内において地域的格差を有するこれらのデータの処理は、許されていない。第4文は、本編により処方可能な医薬品に関するデータの薬局、卸売り、疾病金庫並びに計算センターによる送信についても適用される。第4文とは異なり、給

付提供者及び疾病金庫は、処方された医薬品に関するデータを第 63 条、第 70b 条、第 73c 条、第 137f 条または第 140a 条による契約による診療形態において利用してよい。

第 305b 条 財源の使用に関する説明

疾病金庫はその被保険者向け雑誌に毎年、前年における財源の使用に関する説明を簡潔明瞭に行い、同時に事務費を保険料率に占める割合も含め証明しなければならぬ。

第 11 章 罰則規定及び罰金規定

第 306 条 規則違反の訴追と懲罰のための協力

規則違反の訴追と懲罰のため、疾病金庫は個々のケースで次の各号についての具体的根拠が生じた場合、特に連邦雇用庁、滞在法第 71 条に挙げられた官庁、税務署、州法により不法就労防止法による規則違反の訴追と懲罰を担当する官庁、災害保険の保険者及び労災防止を担当する州官庁と協力する。

1. 不法就労防止法違反、
2. 滞在法第 4 条第 3 項による必要な滞在資格、滞在許可または就労を行う資格を与える容認、または第 3 編第 284 条第 1 項による許可を持たないドイツ人以外の被用者の就労と活動、
3. 連邦雇用庁の業務権限、公的災害保険若しくは公的年金保険の保険者または公的扶助実施機関に対する第 1 編第 60 条第 1 項第 1 文第 2 号による協力義務違反または移民法第 8 a 条による報告義務違反、
4. 被用者派遣法違反、
5. 第 1 号から第 4 号までの違反に関連する保険料納付義務に関する第 4 編及び第 7 編の規定違反、
6. 税法違反、
7. 滞在法違反。

疾病金庫は、訴追と懲罰を担当する官庁、社会扶担当機関及び滞在法第 71 条による官庁に情報を与える。情報は、疾病保険及び年金保険の保険料徴収にとって必要な事実に関する記載も含めることができる。第 284 条から第 302 条までにより被保険者から集められた社会保障データの送信は許されていない。

第 307 条 罰金規定

(1) 第 291a 条第 8 項第 1 文に反し、そこに挙げられた許可を要求するか、カードの所有者とそのような許可を協定する者は、規則違反と見なされる。

(2) 次の者は規則違反と見なされる。

1. a) 使用者として第 204 条第 1 項第 1 文及び第 2 項第 1 文に反するか、
b) 第 204 条第 1 項第 3 文及び第 2 項第 1 文または第 205 条第 3 号に反するか、または
c) 支払場所に責任のある者として第 202 条第 1 文に反し、
故意または過失により、報告をしないか、正しくしないか、完全にしないか、または過時にしない者、
第 206 条第 1 項第 1 文に反し、故意または過失により情報または変更を与えないか伝えないか、完全に与えないか伝えない者、または
2. 第 206 条第 1 項第 2 文に反し、故意または過失により必要な資料を提出しないか、完全に提出しないか、または過時に提出しない者。
(3) 規則違反には、第 1 項の場合 50,000 ユーロまでの罰金、その他の場合 2,500 ユーロまでの罰金を課すことができる。

第 307a 条 罰則規定

(1) 第 291a 条第 4 項第 1 文に反しそこに挙げられたデータにアクセスした者は、1 年までの自由（東独）刑または罰金刑で罰せられる。

(2) 実行者が報酬のためにまたは自分が他者を富ますか、他者に損害を与える意図で行動する場合、刑は 3 年までの自由刑または罰金刑となる。

(3) 犯罪は申告のみにおいて訴追される。該当事者、データ保護のための連邦政府の委託者または担当監督官庁が申告権限を有する。

第 12 章 統一ドイツ連成に伴う経過規定

第 308 条 (削除)

第 309 条 加入者の適用範囲

(1) 本編の規定が、

1. 平均報酬額に関する限り、2001 年 1 月 1 日からは統一条約第 3 条に挙げられた地域においても第 4 編第 18 条第 1 項による平均報酬額が適用され、
2. 一般年金保険における保険料算定報酬限度額に関する限り、統一条約第 3 条に挙げられた地域においても第 6 編第 159 条による保険料算定報酬限度額が第 1 号により基準となる時点から適用される。第 6 条第 1 項第 1 号による年間労働報酬限度額は、統一条約第 3 条に挙げられた地域に基準となる保険料算定報酬限度額から算出されなければならない。

(2) (削除)

(3) (削除)

(4) (削除)

(5) 統一条約第 3 条に挙げられた地域において 1990 年 12 月 31 日まで社会保険またはかつてのドイツ民主共和国の国家による任意医療費保険あるいは特別援助制度（請求権及び期待権証明法第 1 条第 3 項）において経過した保険期間が、本編という疾病金庫における強制加入期間と見なされる。第 5 条第 1 項第 11 号の適用については、単に第 1 項による年間労働報酬限度額の超過を理由としてのみ保険加入が任意で、第 6 条第 1 項第 1 号による年間労働報酬限度額を超えていない場合、1990 年 10 月 2 日までの状況によるドイツ連邦共和国階級内に住所及び保険を有し、統一条約第 3 条に挙げられた地域内に就労している者に、第 1 文は 1991 年 1 月 1 日から準用される。

(6) (削除)

第 310 条 給付

(1) (削除)

(2) (削除)

(3) 第 30 条第 2 項第 2 文及び第 7 項による必要な調査が、1989 年から 1991 年までの期間に請求されたものと見なされる。

(4) から (11) まで (削除)

第 311 条 疾病金庫と給付提供者との関係

(1) (削除)

(2) 企業の保健医療施設を含む東ドイツ地域に存在する医師が管理する市町村立、国立及び公益団体の保健医療施設（外来病院、外来診療施設等）並びに調剤を委託されている糖尿病、腎臓病、腫瘍及びリウマチの専門外来診療施設は、2003 年 12 月 31 日に保険医療の許可を得ている範囲内において、引き続き保険医療診療に参加する。その他、第 1 文による施設については、医療センターに関する本法の規定が準用される。

(2 a) (削除)

(3) (削除)

(4) (削除)

(6) 疾病金庫の団体は権限を有する施設またはその団体と保険医協会の同意を得て特別契約を締結することができることである。第 83 条が適用される。

(7) 第 95 条を適用する際、この規定の第 2 項第 3 文の要件は次の者については適用されない。

- a) 本法の施行時に統一条第 3 条に挙げられた地域において専門医認定を有する医師
- b) 統一条第 3 条に挙げられた地域において既に 2 年間、歯科医として活動している歯科医
- (8) 第 5 項及び第 7 項は、統一条第 3 条に挙げられたベルリン特別市の一部においては適用されない。
- (9) から (11) まで (削除)

第 311a 条 (削除)

第 311b 条 (削除)

第 312 条

第 313 条 (削除)

第 313a 条 リスク構造調整 (2008 年 1 月 1 日施行)

リスク構造調整 (第 266 条) は、2001 年以降、2007 調整年までは第 313 条第 10 項 a 及び保健医療制度構造法第 35 箇条第 9 項とは異なり、次の基準で実施される：

1. 年齢格差指数及び基準給付費 (第 266 条第 2 項第 3 文) 並びに所要保険料 (第 266 条第 2 項第 2 文) は、統一条第 1 条第 1 項に挙げられた地域における加入者については別に調査し、基礎としなければならない。
2. 調整所要額率 (第 266 条第 3 項) の調査については、連邦地域全体の全疾病金庫における被保険者の保険料納付義務のある合計収入及び全所要保険料を基礎としなければならない。
3. 年齢格差指数及び基準給付費 (第 266 条第 2 項第 3 文) 並びに所要保険料 (第 266 条第 2 項第 2 文) は、統一条第 3 条に挙げられたベルリン特別市の一部を含む 1990 年 10 月 2 日の状態によるドイツ連邦共和国の地域における加入者については別に調査し、基礎としなければならない。
4. 第 3 号による値は、連邦地域全体における全疾病金庫の加入者について追加して調査しなければならない。
5. 第 1 号に挙げられた地域における疾病金庫の調整交付金及び調整拠出金 (第 266 条第 2 項) の決定については、第 1 号により調査された基準給付費は、第 7 号による要素を加味して、第 4 号及び第 1 号による値の間の差額だけ引き上げられる。
6. 第 3 号に挙げられた地域における疾病金庫の調整交付金及び調整拠出金 (第 266 条第 2 項) の決定については、第 3 号により調査された基準給付費は、第 7 号による要素を加味して、第 3 号及び第 4 号による値の間の差額だけ引き下げられる。
7. 評価要素は 2001 年においては 25% であり、2007 年まで毎年 12.5 ポイントだけ引き上げられる。

第 13 章 更なる経過規定 (2009 年 1 月 1 日施行)

第 314 条 被雇用者のための保険料補助 (2009 年 1 月 1 日施行)

(1) 2008 年 12 月 31 日まで適用される版における第 257 条第 2a 項による標準保険料表を対象とする保険契約は、加入者の申請に基づき、保険監視法第 12 条第 1a 項に従った基本料金表による保険契約に切り替えられる。

(2) 2008 年 12 月 31 日まで適用される版における第 257 条第 1 文第 2 号及び第 2a 号から第 2c 号において挙げられた制限を保證するため、第 257 条第 2 項により補助を受ける資格のある疾病保険を經營する全保険会社は、2009 年 1 月 1 日以降、さらに標準料金表にある加入者に関して、財務サービス監督進捗施設及び民間疾病

保険団体との間で、参加企業に効力を有する標準保険料表の請細と合わせ、その形が協定されるべきで、これらの企業の同等の負担を引き起こす財政的中央調整に参加することを義務付けられている。重度障害者を労働、職業及び社会に編入するための法律第 4 条第 1 項による障害が確認されている。2008 年 12 月 31 日まで適用される版における第 2a 項第 1 文第 2c 号に挙げられた者については、第 1 文による調整に取り入れられる 100% の版定加算が総体保険料へ算入される。

第 315 条 保険の保護のない者のための標準保険料表 (2007 年 7 月 1 日施行)

(1) 次の者は、2008 年 12 月 31 日まで第 257 条第 2a 項に従った標準保険料表における保険による保護を要求でき；第 4 号及び第 5 号の場合、ひと月未満の給付受給の中断期間は、相応の請求権を生じさせない。

1. 公的疫病保険に加入していないか、保険加入義務がない者、
 2. 民間完全医療保険を利用できない者、
 3. 無料の治療扶助に対する請求権を持たないか、補助金受給資格がないか、同様の請求権を持たない者、
 4. 亡命申請者給付法による給付に対する請求権を持たない者、
 5. 第 12 編第 3 章、第 4 章、第 6 章及び第 7 章による給付を受給しない者、
- 申請は拒否されてはならない。第 257 条第 2a 項第 2b 号に挙げられた前提条件は、第 1 文による者には適用されない；リスク加算は、第 1 文による者については、要求されてはならない。第 1 文第 3 号とは異なり、それまで補助給付の補完に限定された民間疫病保険を利用できず、公的疫病保険において任意加入もしていなかった官吏法上の原則による補助給付に対する請求権を有する者も、第 257 条第 2a 項第 2b 号に従った標準保険料表における補助給付を補完する保障を要求できる。

(2) 標準料金表において保険の対象となる者の保険料は、第 257 条第 2a 項第 1 文第 2 号に従った公的疫病保険の平均最高保険料を超えてはならない；配偶者または生活パートナーのためにそこで予定された特別の保険料制限は、第 1 項により保険の対象となる者には適用されない。2009 年 1 月 1 日以降適用される版における保険監視法第 12 条第 1c 項第 4 文から第 6 文までは、第 1 項により標準保険料表において保険の対象となる者に準用される。

(3) リスク審査は、第 257 条第 2b 項による最終財政調整の目的のためまたは後の保険料表変更のため必要な場合のみ、許されている。第 257 条第 2b 項とは異なり、第 1 項による加入者のための標準料金表の最終的財政調整において第 2 項に従った制限並びに第 1 項第 3 文に従ったリスク加算の禁止により発生する超過費用が考慮に入られなければならない。

(4) 第 1 項に従って締結された標準料金表における保険契約は、2009 年 1 月 1 日に保険監視法第 12 条第 1a 項による基本料金表における契約に交換される。