

Volkskammer
der
Deutschen Demokratischen Republik
10. Wahlperiode

Drucksache Nr. 227

A n t r a g
des Ministerrates
der Deutschen Demokratischen Republik
vom 31. August 1990

Die Volkskammer wolle beschließen:

G e s e t z
über die vertraglichen Beziehungen der
Krankenversicherung zu den Leistungserbringern
- Krankenkassen-Vertragsgesetz -
vom

Lothar de Maizière
Ministerpräsident

E n t w u r f

des Gesetzes über die vertraglichen Beziehungen der Krankenversicherung zu den Leistungserbringern - Krankenkassen-Vertragsgesetz -

Gliederung

Abschnitt 1	Ziel des Gesetzes	§ 1
Abschnitt 2	Kassenärztliche Versorgung	§§ 2 - 15
Abschnitt 3	Kassenzahnärztliche Versorgung	§§ 16 - 17
Abschnitt 4	Versorgung mit Arzneimitteln	§§ 18 - 21
Abschnitt 5	Versorgung mit Hilfsmitteln	§ 22
Abschnitt 6	Versorgung mit Heilmitteln	§ 23
Abschnitt 7	Stationäre Versorgung	§ 24
Abschnitt 8	Versorgung mit Pflegeleistungen	§ 25
Abschnitt 9	Rettungseinsatz und Krankentransport	§ 26
Abschnitt 10	Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung	§ 27
Abschnitt 11	Übergangsregelung	§ 28
Abschnitt 12	Schlußbestimmungen	§ 29

Abschnitt 1

Ziel des Gesetzes

§ 1

Angleichung der Versorgungsstrukturen

Ziel des Gesetzes ist es, die auf der Grundlage des Artikels 22 des Vertrages über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Deutschen Demokratischen Republik und der Bundesrepublik Deutschland erforderlichen Regelungen zur schrittweisen Veränderung der medizinischen Versorgungsstrukturen in der Deutschen Demokratischen Republik zu schaffen, um das Versorgungsangebot an das der Bundesrepublik Deutschland heranzuführen.

Abschnitt 2

Kassenärztliche Versorgung

§ 2

Ambulante Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten wird im Rahmen des § 5 sichergestellt

1. durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte (Kassenärzte)
2. zur Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend § 11 durch bestehende ärztlich geleitete kommunale, staatliche und frei gemeinnützige Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken und Ambulatorien mit angestellten Fachärzten), soweit sie ambulant tätig werden.

§ 3

Bedarfsgerechte Versorgung

(1) Den Versicherten und ihren Familienangehörigen ist eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Verfügung zu stellen. Die Versorgung umfaßt auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst; die Kassenärzte und die in § 2 Nr. 2 genannten Einrichtungen sind zur Teilnahme verpflichtet.

(2) Die Tätigkeit als Kassenarzt schließt eine andere hauptberufliche Tätigkeit aus. Der Arzt muß in seiner Praxis den Patienten im erforderlichen Maße zur Verfügung stehen und die Tätigkeit persönlich ausüben.

§ 4

Förderung der Niederlassung in freier Praxis

Die Niederlassung von Ärzten in freier Praxis ist zu fördern mit dem Ziel, daß der freiberuflich tätige Arzt zum eigentlichen Träger der ambulanten Versorgung wird. Der Anteil der Einrichtungen nach § 2 Nr. 2 wird bei Umwandlung dieser Einrichtungen in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Laborgemeinschaften, Apparategemeinschaften, Arzt Häuser oder ähnliche Formen freier Arzttätigkeit entsprechend verringert.

§ 5

Kassenärztliche Vereinigungen; Sicherstellungsauftrag

(1) In jedem Land wird als Körperschaft des öffentlichen Rechts eine Kassenärztliche Vereinigung errichtet. Ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung sind

1. die vom Zulassungsausschuß nach § 6 zugelassenen Kassenärzte,
2. die in den Einrichtungen nach § 2 Nr. 2 angestellten Fachärzte, die in der kassenärztlichen Versorgung tätig sind.

(2) Außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung können ermächtigte Ärzte und Einrichtungen gemäß § 12 und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt werden. Sie sind in das Arztregister nach Absatz 7 als außerordentliche Mitglieder einzutragen. Ausserordentliche Mitglieder sind nicht stimmberechtigt.

(3) In den Organen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die in Absatz 1 Nr. 1 genannten Kassenärzte und die in Absatz 1 Nr. 2 genannten Ärzte je zur Hälfte vertreten. Die in Absatz 1 Nr. 2 genannten Ärzte setzen sich zu 60 vom Hundert aus den ärztlichen Leitern bzw. zahnärztlichen Leitern der im § 2 Abs. 2 genannten Einrichtungen zusammen.

(4) Die Bildung der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Bildung ihrer Organe werden durch Anordnung des Ministers für Gesundheitswesen geregelt.

(5) Dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen gehört zusätzlich ein außerordentliches Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung als beratendes, nicht stimmberechtigtes Mitglied an.

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die bedarfsgerechte Versorgung entsprechend § 3 sicherzustellen, den Not- und Bereitschaftsdienst zu organisieren und der Krankenversicherung gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die Versorgung der Versicherten den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen ein Arztregister, in das für jeden Zulassungsbezirk die zugelassenen Kassenärzte und die in Absatz 1 Nr. 2 genannten Ärzte sowie die ermächtigten Ärzte nach § 12 einzutragen sind. Das Arztregister muß die Angaben über die Person und die berufliche Qualifikation des Arztes enthalten, die für die Tätigkeit in der kassenärztlichen Versorgung von Bedeutung sind. Über die Einrichtungen nach § 2 Nr. 2 und die ermächtigten Einrichtungen nach § 12 ist ebenfalls ein Register zu führen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben eine Arbeitsgemeinschaft. Bis zur Errichtung Kassenärztlicher Vereinigungen in den Ländern nehmen die nach demokratischen Regeln entstandenen privatrechtlich organisierten vorläufigen Kassenärztlichen Vereinigungen nach Bestätigung durch das Ministerium für Gesundheitswesen die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen nach diesem Gesetz wahr.

§ 6

Zulassung als Kassenarzt, Zulassungsausschuß

(1) Über die Zulassung als Kassenarzt entscheidet der Zulassungsausschuß auf Antrag.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen errichten in jedem Land einen Zulassungsausschuß, dem die gleiche Zahl von Vertretern beider Seiten angehören. Die Vertreter der Ärzte sind ein Kassenarzt, ein Arzt, der in einer Einrichtung nach § 2, Nr. 2 beschäftigt ist sowie ein ausserordentliches Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung.

(3) Dem Antrag auf Zulassung als Kassenarzt sind beizufügen:

1. die Urkunde über die Approbation als Arzt,
2. die Facharztanerkennung,
3. Angaben über die bisher ausgeübte ärztliche Tätigkeit,
4. die Bestätigung der Ärztekammer über die Eintragung in das Verzeichnis der Mitglieder,
5. Polizeiliches Führungszeugnis,
6. Lebenslauf.

(4) Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Kassenarztsitz). Der Kassenarzt muß am Kassenarztsitz seine Sprechstunden abhalten und ärztliche Hausbesuche durchführen. Er hat seine Wohnung so zu wählen, daß er für die kassenärztliche Versorgung am Kassenarztsitz zur Verfügung steht und im ärztlichen Notfalldienst erreichbar ist.

(5) Der Zulassungsausschuß entscheidet auch über Anträge gemäß § 11 Abs. 4 und § 12.

§ 7

Ablehnung der Zulassung

(1) Der Antrag auf Zulassung für die Tätigkeit als Kassenarzt ist abzulehnen, wenn der Antragsteller für die Tätigkeit als Kassenarzt nicht geeignet ist. Nichteignung liegt insbesondere vor, wenn der Arzt wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder einer anderen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit für die ärztliche Versorgung persönlich nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung steht.

(2) Die Ablehnung des Antrags ist zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen.

(3) Wird ein Antrag abgelehnt, kann er bei Wegfall der Gründe erneut gestellt werden.

§ 8

Erlöschen der Zulassung

Die Zulassung für die Tätigkeit als Kassenarzt erlischt

1. bei Rücknahme der Approbation oder gerichtlich angeordnetem Berufsverbot,
2. bei schriftlich erklärtem Verzicht auf die Approbation oder Zulassung,
3. mit dem Tod des Arztes.

§ 9

Zurücknahme der Zulassung

Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung als Kassenarzt zurücknehmen, wenn

1. der Arzt die Zulassung durch wissentlich falsche oder unvollständige Angaben herbeigeführt hat,
2. der Arzt nicht binnen 6 Monaten nach Erteilung der Zulassung die Tätigkeit als Kassenarzt aufgenommen hat,
3. der Arzt wesentliche Pflichten als Kassenarzt verletzt.

§ 10

Beschwerde

(1) Gegen ablehnende Entscheidungen über Anträge gemäß §§ 6 und 7 und über die Zurücknahme der Zulassung gemäß § 9 ist die Beschwerde zulässig.

(2) Die Beschwerde ist innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Zugang der Entscheidung schriftlich beim Zulassungsausschuß, der die Entscheidung getroffen hat, einzulegen; über die Beschwerde ist innerhalb einer Frist von 2 Wochen nach ihrem Eingang zu entscheiden.

(3) Wurde der Beschwerde nicht abgeholfen, kann innerhalb von 2 Wochen nach Zugang der abschließenden Entscheidung Antrag auf Nachprüfung durch das Gericht gestellt werden. Das Gericht kann in der Sache selbst entscheiden. Für das Verfahren gelten die Bestimmungen des Gesetzes über die Zuständigkeit und das Verfahren der Gerichte zur Nachprüfung von Verwaltungsentscheidungen - GNV - vom 29. Juni 1990 (GBI. I Nr. 41 S. 595).

§ 11

Zugelassene Einrichtungen

(1) Die in § 2 Nr. 2 genannten Einrichtungen sind bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen.

(2) Der Zulassungsausschuß entscheidet über eine Verlängerung der Zulassung nach Absatz 1 in Abstimmung mit der Landesbehörde, insbesondere unter Berücksichtigung des Anteils der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte.

(3) Die Zulassung ist zu verlängern, wenn ohne die Einrichtung die kassenärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist.

(4) Die Einstellung von Assistenten (Ärzte in Weiterbildung zum Fach- oder Gebietsarzt) bei zugelassenen Kassenärzten oder an zugelassenen Einrichtungen nach § 2 Nr. 2 bedarf der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung. Sie ist zu erteilen, wenn sie für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung erforderlich ist oder zur Ableistung einer Vorbereitungszeit, Aus- oder Weiterbildung erfolgt.

§ 12

Ermächtigung

Der Zulassungsausschuß kann über den Kreis der zugelassenen Ärzte und Einrichtungen hinaus weitere Ärzte, insbesondere in den Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen oder in anderen ärztlich

geleiteten Einrichtungen zur kassenärztlichen Tätigkeit ermächtigen, soweit dies zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendig ist.

§ 13

Gesamtverträge

(1) Die Verbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen oder ihre Arbeitsgemeinschaften schließen für die beteiligten Krankenkassen, Kassenärzte und Einrichtungen Gesamtverträge, um die näheren Einzelheiten der kassenärztlichen Versorgung zu regeln.

(2) Mit den zugelassenen und ermächtigten Einrichtungen oder ihren Verbänden können die Verbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen besondere Verträge, insbesondere über die Vergütung, schließen.

§ 14

Gesamtvergütung

(1) Im Rahmen der Verträge nach § 13 vereinbaren die Vertragspartner die Höhe der Gesamtvergütung, die von den Krankenkassen für die gesamte kassenärztliche Versorgung ihrer Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu leisten ist.

(2) Bei Bemessung der Gesamtvergütung ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten.

(3) Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.

(4) Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Verbände der Krankenkassen schaffen gemeinsam die Voraussetzung dafür, daß der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bis zum 1. Januar 1991 als Grundlage für die Vergütung ärztlicher Leistungen in der ambulanten medizinischen Versorgung angewendet werden kann.

(5) Bis zur Einführung des EBM bemißt sich die Vergütung ambulanter Leistungen durch die Krankenversicherungen bis zum Inkrafttreten neuer Vergütungsvereinbarungen nach den bestehenden Regelungen.

(6) Die Abrechnung der in der kassenärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt vom 1. Januar 1991 an über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese haben die abgerechneten Leistungen vor Weiterleitung der Abrechnung an die jeweils leistungspflichtige Krankenkasse auf sachliche und rechnerische Richtigkeit sowie auf Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu prüfen.

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist in den Verträgen nach § 13 die Errichtung von Prüfungsausschüssen und das Prüfverfahren zu regeln.

§ 15

Vorrang für Ärzte mit Wohnsitz in der DDR

Für Ärzte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes eine Niederlassungserlaubnis gemäß der Anordnung vom 15. Februar 1961 über die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten in eigener Praxis besaßen, gilt die Zulassung nach § 6 als erteilt.

Abschnitt 3

Kassenzahnärztliche Versorgung

§ 16

Zahnärzte

(1) Die Bestimmungen des Abschnittes 2 gelten für Zahnärzte und Kassenzahnärztliche Vereinigungen entsprechend.

(2) Für die zahnmedizinischen Präventionsleistungen von Kassenzahnärzten und den zugelassenen Einrichtungen haben die Krankenkassen pauschalisierte Vergütungsformen außerhalb der Gesamtvergütung im Zusammenwirken mit den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen zu vereinbaren.

§ 17

Zahntechnische Leistungen

Die Krankenversicherung vereinbart im Benehmen mit der Arbeitsgemeinschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Zahntechnikern oder ihrem Verband ein einheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen und deren Vergütung; die vereinbarten Vergütungen, die nicht Bestandteil der zahnärztlichen Vergütungen sind, sind Höchstpreise. § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

Abschnitt 4

Versorgung mit Arzneimitteln

§ 18

Lieferberechtigung

Zur Lieferung der zu Lasten der Krankenversicherung verordneten Arzneimittel sind alle Apotheken berechtigt, die eine Erlaubnis der zuständigen Behörde nach § 1 der Verordnung über das Apothekenwesen vom 1. August 1970 haben.

§ 19

Nichtverordnungsfähige Arzneimittel

Der Minister für Gesundheitswesen legt unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Arzneimittel fest, die nicht zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden dürfen.

§ 20

Festbeträge für Arzneimittel

(1) Der Minister für Gesundheitswesen legt für Arzneimittel, die zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden können, Festbeträge fest. Für Arzneimittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, trägt die Krankenversicherung die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages. Die mögliche Differenz zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis ist vom Versicherten zu zahlen. Für alle Arzneimittel, für die keine Festbeträge festgesetzt sind, trägt die Krankenversicherung die Kosten in voller Höhe.

(2) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung ohne Zuzahlung des Versicherten gewährleisten.

(3) Festbeträge sind zunächst für Fertigarzneimittel mit chemisch identischen arzneilichen Inhaltsstoffen festzulegen. Bei Festsetzung der Festbeträge ist von den preisgünstigen Apothekenabgabepreisen auszugehen; die Festbeträge der BRD sind angemessen zu berücksichtigen.

(4) Der Minister für Gesundheitswesen kann auch Festbeträge für Verbandstoffe festlegen.

(5) Die Festbeträge werden in geeigneter Weise veröffentlicht.

(6) Verordnet der Arzt ein Arzneimittel, dessen Apothekenabgabepreis den Festbetrag überschreitet, hat der Arzt den Versicherten über die sich aus diesem Gesetz ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

§ 21

Beziehungen zu Apotheken, Versorgungsbetrieben für
Arzneimittel und Arzneimittelherstellern

- (1) Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte verpflichtet zur
- a) Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in Fällen, in denen der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen hat,
 - b) Abgabe auch von preisgünstigen importierten Arzneimitteln,
 - c) Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen,
 - d) Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.
- (2) Die Krankenversicherung und die Apotheker oder ihre Verbände regeln das Nähere in einem Vertrag.
- (3) Die Organisationen der Apotheker, die Versorgungsbetriebe für Arzneimittel und die Arzneimittelhersteller sind verpflichtet, die für die Festsetzung von Festbeträgen notwendigen Daten dem Minister für Gesundheitswesen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen.

Abschnitt 5

Versorgung mit Hilfsmitteln

§ 22

- (1) Der Minister für Gesundheitswesen legt für die in ihrer Funktion gleichartigen und gleichwertigen Hilfsmittel Festbeträge fest. Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten.
- (2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiederverwendung sowie über die Abrechnung von Festbeträgen schließt die Krankenversicherung mit Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge.
- (3) Soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können, schließt die Krankenversicherung mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Vereinbarungen über Preise, § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

- (4) Hilfsmittel dürfen an Versicherte abgegeben werden,
- a) von privat tätigen Leistungserbringern, sofern sie die Zulassungsvoraussetzungen in Absatz 5 erfüllen,
 - b) von bestehenden kommunalen, staatlichen und frei gemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens.
- (5) Zuzulassen ist, wer eine ausreichende, zweckmäßige funktionsgerechte und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet und die für die Versorgung geltenden Verträge anerkennt.

Abschnitt

Versorgung mit Heilmitteln

§ 23

(1) Heilmittel, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, werden abgegeben durch

- a) niedergelassene Heilmittelerbringer
- b) bestehende kommunale, staatliche und frei gemeinnützige Gesundheitseinrichtungen, einschließlich Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens.

(2) Niedergelassene Heilmittelerbringer bedürfen der Zulassung durch die Krankenversicherung, wenn sie zu Lasten der Krankenversicherung Leistungen erbringen wollen. Zuzulassen ist, wer die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Heilmittelerbringung, insbesondere im Hinblick auf Ausbildung und Praxisausstattung erfüllt und die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

(3) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung schließt die Krankenversicherung Verträge mit Leistungserbringern oder deren Verbänden; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

Abschnitt 7

Stationäre Versorgung

§ 24

(1) Die bestehenden Krankenhäuser sowie die bestehenden Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nehmen an der stationären Versorgung der Versicherten teil, soweit sie bedarfsnotwendig, wirtschaftlich und leistungsfähig sind.

(2) Die Vergütung der stationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser regelt sich nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Pflegesatzanordnung; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Vergütung der stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation werden zwischen der Krankenversicherung und dem Träger der einzelnen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung vereinbart. Die Vergütung muß die Leistungsfähigkeit der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Soweit die Investitionskosten der Einrichtungen öffentlich gefördert werden, ist dies bei der Bemessung der Vergütung zu berücksichtigen; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Für die Vergütung der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser einschließlich der Notfallbehandlung gelten die Festlegungen über die Vergütung nach den §§ 13 und 14.

(5) Alle übrigen Beziehungen zwischen den Erbringern stationärer Versorgungsleistungen oder ihren Verbänden und der Krankenversicherung, wie z.B. allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung, der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, werden durch Verträge geregelt.

Abschnitt 8

Versorgung mit Pflegeleistungen

§ 25

Die Krankenversicherung schließt mit fachlich geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen zur Erbringung ambulanter und stationärer pflegerischer Leistungen sowie Haushaltshilfe nach Bedarf, insbesondere über Art und Umfang, Qualität und Vergütung der Pflege, Verträge ab. Bei der Auswahl ist der Vielfalt der Leistungserbringer Rechnung zu tragen; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

Abschnitt 9

Rettungseinsatz und Krankentransport

§ 26

(1) Die Krankenversicherung schließt Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und über das Entgelt für Krankentransporte mit den Erbringern dieser Leistung oder ihren Verbänden; § 14 Absatz 2 gilt entsprechend.

(2) Leistungserbringer können öffentlich rechtliche, gemeinnützige oder private Anbieter von Rettungsdiensten und Krankentransporten sein.

Abschnitt 10

Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung

§ 27

(1) Durch Landesrecht kann geregelt werden, daß Kassenärzte und Gesundheitseinrichtungen gemäß § 2 Nr. 2 Aufgaben in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten, Zahnärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens übernehmen.

(2) Soweit durch die Aufgaben nach Absatz 1 zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung im Einvernehmen mit den Ärzte- und Zahnärztekammern bzw. den Berufsverbänden nichtärztlicher Fachkräfte des Gesundheitswesens zu gewährleisten.

Abschnitt 11

Übergangsregelung

§ 28

(1) Die bisherigen Gebührenregelungen und Rahmenverträge zwischen der Versicherung und den Leistungserbringern behalten bis zum Abschluß neuer vertraglicher Regelungen Gültigkeit.

(2) Für die Finanzierung der kommunalen, staatlichen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens gilt für die Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1990 die Richtlinie des Ministers für Gesundheitswesen zur Finanzierung der stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens vom 19. Juni 1990 (Verf. und Mitt. des MfGe Nr. 5 S. 27).

(3) Bis zur Einführung des gegliederten Systems der Krankenversicherung nimmt die Sozialversicherung der DDR die Aufgaben der Krankenversicherung wahr.

(4) Die Vergütung von medizinischen Leistungen für Versicherte, die in der Bundesrepublik Deutschland erbracht werden, erfolgt in der in der DDR zulässigen Höhe. Das gilt nicht, wenn

1. die Behandlung einer akuten Erkrankung unaufschiebbar ist;
2. die Behandlung einer Krankheit in der DDR nicht möglich ist und die Leistungserbringung in der BRD durch die Krankenkasse vorher genehmigt wurde.

Abschnitt 12
Schlußbestimmungen

§ 29

- (1) Dieses Gesetz tritt am ... in Kraft.
- (2) Gleichzeitig treten außer Kraft
 1. Anordnung vom 15. 2. 1961 über die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten in eigener Praxis (GBI II Nr. 18 S. 93)
 2. Anordnung vom 8. 2. 1962 über die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten in ambulanten staatlichen Gesundheitseinrichtungen (GBI II Nr. 12 S. 112).