

## § 12

## Ermächtigung

(1) 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.

(2) Ambulanzen an Krankenhäusern jeglicher Trägerschaft werden im Einvernehmen mit den Krankenhausträgern zur kassenärztlichen Tätigkeit ermächtigt.

## § 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

(1) Für eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1991 können Anträge auf Zulassung als Kassenarzt nur von Ärzten gestellt werden, die am 1. Januar 1990 Bürger der DDR waren, ihren ständigen Wohnsitz in der DDR hatten und eine staatliche Erlaubnis zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit besitzen.

(2) 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. Begründete Ausnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung sind zulässig.

(3) Für Ausländer, die am 1. Januar 1990 ihren ständigen Wohnsitz in der DDR hatten, gilt Absatz 1 entsprechend.

## 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 pauschalierte 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 1990 haben.

## § 19

## Nichtverordnungsfähige Arzneimittel und rationeller Arzneimittelgebrauch

(1) Der Minister für Gesundheitswesen legt unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Arzneimittel fest, die nicht zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden dürfen. Die kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen werden in die Entscheidungsfindung mit einbezogen.

(2) Die Ärztekammer und die kassenärztlichen Vereinigungen sollen über geeignete Informations- und Qualitätssicherungsmaßnahmen mit dazu beitragen, daß eine rationale Arzneimittel-Verordnung und ein rationaler Arzneimittel-Gebrauch sichergestellt wird.

## § 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