

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 6

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