

Vertrag über die Versorgung mit Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung nach § 31 SGB V

zwischen der

BIG direkt gesund

vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch Frau Dr. Andrea Mischker
Markgrafenstraße 22
10117 Berlin
Institutionskennzeichen (IK) 103501080

- im Folgenden "**Krankenkasse**" genannt

und der /dem

vertreten durch

Institutionskennzeichen (IK)

- im Folgenden "**Leistungserbringer**" genannt

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Vertragsgegenstand.....	3
§ 2 Grundsätze der Leistungserbringung.....	4
§ 3 Ergänzende Bestimmungen	6
§ 5 Zuzahlung.....	6
§ 6 Rechnungslegung und Abrechnung	7
§ 7 Imageverarbeitung und Rezeptversand.....	8
§ 8 Rechnungsbegleichung.....	9
§ 9 Sachliche und rechnerische Beanstandungen	9
§ 10 Datenschutz.....	10
§ 11 Werbung	11
§ 12 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	11
§ 13 Fusion der Krankenkasse	12
§ 14 In-Kraft-Treten und Kündigung	13
§ 15 Schlussbestimmungen.....	13
Anlage 1 Leistungsbeschreibung.....	14
Anlage 2 Preisvereinbarung.....	19

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der Krankenkasse mit Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung nach § 31 SGB V einschließlich aller mit der Versorgung im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen im Rahmen des § 31 SGB V sowie die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu den Preisen nach diesem Vertrag. Ausgenommen von diesem Vertrag sind alle apothekenpflichtigen Produkte nach Medizinprodukteabgabe-Verordnung (MPAV).
- (2) Mit Abschluss dieses Vertrages werden mit Ausnahme des Abs. 4 anderslautende Regelungen oder Abrechnungsvereinbarungen in Bezug auf Verbandmittel ersetzt.
- (3) Die Regelungen dieses Vertrages gelten für die Versorgung von Versicherten der Krankenkasse im ambulanten (häuslichen) sowie teil- und vollstationären Bereich (z. B. Pflegeeinrichtung, Tages- oder Nachtpflege, sonstige Wohnformen), sofern die Versorgung nicht vom Träger der teil- oder vollstationären Versorgung zu stellen ist.
- (4) Von diesem Vertrag ausgenommen sind Versorgungen mit Verbandmitteln nach § 31 SGB V, die
 - im Rahmen einer speziellen ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V,
 - im Rahmen des Sprechstundenbedarfs erbracht werden, oder
 - bereits Bestandteil anderer Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V sind (Vertrag enterale Ernährung, Vertrag parenterale Ernährung und Schmerztherapie).Alle Verträge der Krankenkasse nach § 127 Abs. 1 SGB V sind für präqualifizierte Leistungserbringer gemäß § 126 SGB V über folgenden Link abrufbar: <https://www.big-direkt.de/de/geschaeftpartner/hilfsmittelanbieter/vertragsunterlagen>.
- (5) Die Anlagen 1 und 2 sind Bestandteil dieses Vertrages.

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anlage 2	Preisvereinbarung
- (6) Zeichnet ein Leistungserbringer diesen Vertrag, so werden seine Kontaktdaten auf den Webseiten zur Vertragspartnersuche veröffentlicht. Überdies wird der Leistungserbringer als Vertragspartner dem Abrechnungszentrum der Krankenkasse nach § 300 SGB V gemeldet.
- (7) Zur Erbringung von Leistungen nach § 31 Abs. 1 SGB V sind alle sonstigen Leistungserbringer gleichermaßen nach den nachfolgenden Grundsätzen und Regelungen berechtigt.
- (8) Ein Recht auf eine exklusive Versorgung seitens eines Leistungserbringers besteht nicht.

§ 2 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 SGB V müssen den grundlegenden Anforderungen an Medizinprodukte gemäß der aktuellen Medizinprodukte-Richtlinie der EU entsprechen und ein gültiges CE-Kennzeichen aufweisen.
- (2) Abgabe- und abrechnungsfähig im Rahmen des vorliegenden Vertrages sind nur Produkte, die in der Großen Deutschen Arzneimittelspezialitätentaxe (sogenannte Lauer-Taxe) zum Zeitpunkt der Abgabe mit dem Kennzeichen Verbandstoff/Pflaster gelistet sind und die der Verbandmitteldefinition nach § 31 SGB V entsprechen und die gemäß der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V als Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung verordnungsfähig sind.
- (3) Die Versorgung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die auf der vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16) aufgeführten Produkte abzugeben und abzurechnen. Im Übrigen sind die Grundsätze der §§ 12, 70 und 135a SGB V zu beachten.
- (4) Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass vertragsärztliche Verordnungen (Muster 16) ausschließlich für Verbandmittel bzw. sonstige Produkte zur Wundbehandlung im Sinne gemäß der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V ausgestellt werden, da Mischverordnungen nicht zulässig sind. Werden auf derselben Verordnung auch andere Artikel (wie z.B. Hilfsmittel, Arzneimittel) verordnet (Mischverordnungen), dürfen entweder nur die Verbandmittel oder die anderen Artikel abgegeben werden.

In diesem Fall sind die jeweils nicht abgegebenen Artikel auf der vertragsärztlichen Verordnung vom Vertragsarzt zu streichen. Für die auf der Verordnung gestrichenen Artikel muss eine gesonderte Verordnung durch den Vertragsarzt ausgestellt werden, andernfalls kann die Abgabe dieser Artikel nicht abgerechnet werden. Vertragsärztliche Verordnungen, die sogenannte Mischverordnungen darstellen (Hilfsmittel oder Arzneimittel und Verbandmittel), werden unbearbeitet zurückgewiesen.
- (5) Für die Verordnung und Versorgung der Versicherten ist der Abschnitt P und Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie vom 2. Dezember 2020 in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.
- (6) Für Erstversorgungen im Zusammenhang mit Klinikentlassungen sind die Regelungen des Entlassmanagements zu beachten. Für Klinikverordnungen gelten die Anforderungen an die Inhalte einer ausgestellten Verordnung gemäß Abs. 7 entsprechend.

- (7) Eine vertragsärztliche Verordnung ist ordnungsgemäß ausgestellt, wenn sie den Anforderungen gemäß § 2 der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) sowie der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung entspricht. Hierzu gehören neben Angaben zu den verordneten Produkten und der Menge insbesondere folgende weitere Angaben:
- a) Namen der Krankenkasse,
 - b) Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse,
 - c) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
 - d) Versicherten-Nummer (EKVNR),
 - e) Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslange Arzt-Nummer (LANR),
 - f) Ausstellungsdatum,
 - g) Status des Versicherten,
 - h) Kennzeichnung der Gebührenpflicht oder der Gebührenbefreiung,
 - i) Unterschrift des Vertragsarztes,
 - j) Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck,
 - k) Abgabedatum,
 - l) ggfls. Telefonnummer des Vertragsarztes
- (8) Ein Fehlen der Angaben nach Abs. 7 Buchstaben a) oder b) oder h) berechtigt nicht zur Zurückweisung des Ordnungsblattes bei der Abgabe. Bei Anwendung des Ersatzverfahrens genügen Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der/s Versicherten als Angabe zu Buchstabe d).
- (9) Fehlen auf dem Ordnungsblatt die Angaben nach Abs. 7 Buchstaben c) und d) bzw. f), i) oder j) bzw. Angaben zum Produkt, darf das Rezept nicht beliefert werden. Ansonsten ist die Krankenkasse berechtigt, den Rezeptbetrag im Wege der Retaxation auf 0,00 EUR zu kürzen.
- (10) Fehlt auf der Verordnung die Angabe der Betriebsstättennummer (im Arztfeld) oder die lebenslange Arztnummer bzw. besteht keine Übereinstimmung der Betriebsstättennummer, die auf das Rezept aufgedruckt ist mit dem Arztstempel, ist das Rezept dem Arzt zur Korrektur zurückzugeben. Eine Beanstandung nach erfolgter Abrechnung durch die Krankenkasse ist möglich. Eine Heilung auf dem Image im Rahmen des Einspruchsverfahrens wird zugelassen.
- (11) Eine Verordnung darf nur innerhalb eines Monats nach der Ausstellung beliefert werden, es sei denn, die Fristüberschreitung kam in Folge der Beschaffung zustande. Bei Fristüberschreitung ist die Krankenkasse berechtigt, den Rezeptbetrag im Wege der Retaxation auf 0,00 EUR zu kürzen.
- (12) Dauerverordnungen werden im Rahmen der Wundversorgung für maximal ein Quartal akzeptiert.
- (13) Die Leistung (Produkte nach § 31 SGB V) hat der vertragsärztlichen Verordnung zu entsprechen. Jede Änderung und/oder Ergänzung auf der Verordnung bezüglich der Leistung bedarf der erneuten Unterschrift und Datumsangabe des verordnenden Arztes bei Änderung. Anderenfalls besteht kein Vergütungsanspruch.
- (14) Die vertragsärztliche Verordnung gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar.

- (15) Bei Notversorgungen (Feiertagen, Wochenenden, Freitagnachmittag) sind ausnahmsweise Lieferungen vor der Ausstellung einer Verordnung/Genehmigung zulässig, sofern diese vom Arzt telefonisch oder per Fax oder per E-Mail veranlasst wurden. Die Verordnungen müssen unverzüglich nachgeholt und vorgelegt werden.
- (16) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen und hat die durchgängige Versorgung aller Anspruchsberechtigten der Krankenkasse mit den verordneten Produkten im vom verordnenden Arzt vorgegebenen Umfang sicherzustellen. Eine Risikoselektion in Hinsicht auf die Schwere der Erkrankung der Versicherten ist unzulässig. Wählt ein/e Versicherte/r den Leistungserbringer für die Leistungserbringung aus oder beauftragt die Krankenkasse den Leistungserbringer im Namen der/s Versicherten mit der Versorgung, so ist der Leistungserbringer grundsätzlich zur umfassenden Versorgung entsprechend den vertraglichen Regelungen verpflichtet.

§ 3 Ergänzende Bestimmungen

- (1) Verordnungsblätter sind Urkunden. In begründeten Ausnahmefällen ist der Leistungserbringer berechtigt, Änderungen hinsichtlich der Art und Menge nachvollziehbar auf dem Verordnungsblatt nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu dokumentieren. Der Arzt muss gegenzeichnen. Die Gegenzeichnung des Arztes muss vor Abrechnung erfolgen. Eine Heilung nach Rezeptabrechnung wird nicht anerkannt. Änderungen und Ergänzungen auf Verordnungsblättern sind grundsätzlich mit schwarzer oder blauer Farbe vorzunehmen.
- (2) Fehlt auf der Verordnung die Angabe zur Menge, so ist die Packung mit der kleinsten verkehrsfähigen Stückzahl abgabe- und abrechnungsfähig.
- (3) Leistungen nach diesem Vertrag können direkt gemäß den Preisbestimmungen nach Anlage 2 abgerechnet werden. Eine Genehmigung ist nicht erforderlich.
- (4) Gebühren wie z.B. Porto- und Beschaffungskosten, sind nicht abrechenbar und können weder den Versicherten noch der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden.
- (5) Den Versicherten steht die Wahl unter den Leistungserbringern frei. Leistungserbringer dürfen mit Vertragsärzten oder anderen Personen keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen zum Zwecke der Zuführung von Versicherten oder der Zuweisung von Verordnungen zu Lasten der Krankenkasse treffen, vgl. hierzu § 128 SGB V.
- (6) Eine über die übliche fachliche Beratung hinausgehende Beeinflussung der Anspruchsberechtigten, sich bestimmte Mittel bzw. Mengen zu Lasten der Krankenkasse verordnen zu lassen, ist unzulässig.
- (7) Die Krankenkasse ist berechtigt, die Leistungserbringung zu überprüfen.

§ 5 Zuzahlung

- (1) Der Leistungserbringer erhebt den von der/dem Versicherte/n zu zahlenden gesetzlichen Zuzahlungsbetrag. Die einbehaltenen Beträge sind bei der Rechnungslegung mit der Krankenkasse zu verrechnen.
- (2) Hat der Leistungserbringer Zweifel an der Rechtmäßigkeit des auf der Verordnung aufgetragenen Befreiungsstatus, überprüft er das Vorliegen eines Befreiungsausweises.

- (3) Hat der Vertragsarzt trotz Vorliegens eines gültigen Befreiungsbescheides keine Befreiung nach §§ 61, 62 SGB V auf der Verordnung vermerkt, so überprüft der Leistungserbringer die Versichertendaten des vorgelegten gültigen Befreiungsausweises mit denen der eingereichten Verordnung. Stellt er die inhaltliche Übereinstimmung fest, wird keine Zuzahlung erhoben und die Zuzahlung mit „Null“ gekennzeichnet. Änderungen des Befreiungsstatus dürfen vom Leistungserbringer nur vorgenommen werden, wenn der/die Versicherte/n den Befreiungsausweis vorgelegt hat. Die Änderungen auf der Verordnung werden mit dem Vermerk „Befreiungsausweis hat vorgelegen“ dokumentiert und abgezeichnet.
- (4) Leistet der/die Versicherte die erforderliche Zuzahlung zum Zeitpunkt der Abgabe des Produktes nicht oder nicht in voller Höhe, erhält er/sie durch den Leistungserbringer eine schriftliche Zahlungsaufforderung mit einer Zahlungsfrist. Erfolgt innerhalb von vierzehn Tagen nach Zahlungsaufforderung keine Zahlung durch den/die Versicherte/n, kann der Leistungserbringer das Verordnungsblatt mit dem Vermerk "anhängiges Mahnverfahren nach § 43b SGB V" oder einem sonstigen eindeutigen Vermerk abrechnen. Dabei bleibt die entsprechende Verordnung als gebührenpflichtig gekennzeichnet, die ausstehende Zuzahlung ist auf dem Verordnungsblatt mit dem Betrag „0,00 EUR“ im Zuzahlungsfeld auszuweisen.
- (5) Gemäß § 43b Abs. 1 SGB V erfolgt die Einziehung der noch ausstehenden Forderung gegen den/die Versicherte/n durch die Krankenkasse. Der komplette Schriftwechsel zum Mahnverfahren ist der Krankenkasse zu übergeben. Der Zahlungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse bleibt hiervon unberührt.
- (6) Zuzahlungsforderungen vom Leistungserbringer gegenüber der Krankenkasse werden nach erfolgter Abrechnung nur dann akzeptiert, wenn die Zuzahlung auf der Verordnung durch die Bedruckung des entsprechenden Feldes mit 0,00 EUR als nicht einbehalten ausgewiesen wurde. Eine nachträgliche Korrektur der Bedruckung in Höhe der Zuzahlung ist nicht mehr möglich.

§ 6 Rechnungslegung und Abrechnung

- (1) Die Rechnungen sind gemäß der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung gemäß § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erstellen. Es gelten die Bestimmungen der Technischen Anlagen zum Datenträgeraustausch nach § 300 SGBV in der jeweils gültigen Fassung. Eine unvollständige Abrechnung des Leistungserbringers bzw. des von ihm beauftragten Rechenzentrums berechtigt die Krankenkasse zur Zurückweisung der Abrechnung.
- (2) Der Leistungserbringer versieht die Verordnung zum Zwecke der Abrechnung mit folgenden Angaben in maschinenlesbarer Form:
 - Pharmazentralnummer (PZN)
 - Packungseinheit gemäß PZN = Faktor
 - Bruttopreis je Zeile
 - Gesamtbrutto
 - Zuzahlung gesamt
 - Abgabedatum
 - Institutionskennzeichen der abgebenden Stelle (IK)
 - Namensaufdruck des Leistungserbringers.

Das Fehlen des Abgabedatums und/oder der PZN berechtigt die Krankenkasse, den Rezeptbetrag im Wege der Retaxation auf 0,00 EUR zu kürzen. Eine erneute Abrechnung ist nach unverzüglicher Heilung möglich.

- (3) Der Leistungsanspruch entsteht nicht vor Ausstellung der Verordnung. Eine Belieferung vor Ausstellungsdatum ist nicht zulässig und führt zu einer Retaxation der Abrechnung auf 0,00 EUR. Ein Vergütungsanspruch besteht in diesen Fällen nicht. Eine Ausnahme hiervon stellt die Notfallversorgung nach § 2 Abs. 15 dar.
- (4) Erfolgt die Abrechnung des Leistungserbringers durch ein beauftragtes Rechenzentrum, so zahlt die Krankenkasse an dieses mit befreiender Wirkung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der Krankenkasse eingegangen ist. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse ist nur an ein Rechenzentrum zulässig (§§ 398, 399 BGB). Eine Erklärung, dass die Zahlungen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen, ist der Krankenkasse bzw. dem von der Krankenkasse beauftragten Abrechnungszentrum vorher schriftlich zu übermitteln. Der Leistungserbringer haftet für Fehlverhalten des von ihm beauftragten Rechenzentrums in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.
- (5) Es gelten die Bestimmungen des § 303 SGB V.

§ 7 Imageverarbeitung und Rezeptversand

- (1) Der Leistungserbringer oder das von ihm beauftragte Abrechnungszentrum hat die Verpflichtung, die Abrechnungsdaten an das von der Krankenkasse beauftragte Abrechnungszentrum unmittelbar in verwertbarer Form unter Berücksichtigung der Vorgaben der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung nebst zugehörigen technischen Anlagen vollständig zu liefern.
- (2) Der Leistungserbringer oder das von ihm beauftragte Rechenzentrum digitalisiert die Verordnungsblätter zu Images (gemäß TA 4) kostenfrei.
- (3) Die auf den Verordnungsblättern aufgebrachten Daten werden im Rahmen der Imageverarbeitung nach Maßgabe der aktuell gültigen Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V durch den Leistungserbringer oder das von ihm beauftragte Rechenzentrum erfasst und diese in digitalisierter Form der Krankenkasse zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Images sind gemeinsam mit den RECP- und ABRP-Daten an die durch die Krankenkasse benannte Abrechnungsstelle zu übermitteln (siehe LINK). Soweit sich nachträglich Änderungen ergeben, informiert die Krankenkasse den Leistungserbringer.

- (5) Der Leistungserbringer oder das von ihm beauftragte Rechenzentrum ist vom Empfänger (siehe Anlage 2) über festgestellte Mängel der Datenlieferung (Satzart RECP) entsprechend der Technischen Anlage 3 der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V unverzüglich zu unterrichten. Die Begründungen für die Zurückweisung sind dem Leistungserbringer oder dem von ihm beauftragten Rechenzentrum – soweit möglich – in nachvollziehbarer Form mitzuteilen. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln.

§ 8 Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen sind innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei der Krankenkasse bzw. bei der von ihr benannten Abrechnungsstelle zu begleichen. Mit Eingang der vollständigen Rechnung beginnt die Zahlungsfrist für die Krankenkasse bzw. das durch sie beauftragte Abrechnungszentrum. In den Fällen, in denen vertraglich eine Neueinreichung der Rechnung vorgesehen ist, beginnt die Frist mit Eingang der vollständigen Unterlagen neu zu laufen.
- (2) Zahlungen der Krankenkasse an das vom Leistungserbringer mit der Rezeptabrechnung beauftragte Rechenzentrum haben befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer. Alle Zahlungen an einen Leistungserbringer oder ein von diesem beauftragtes Rechenzentrum erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.

§ 9 Sachliche und rechnerische Beanstandungen

- (1) Sachliche und rechnerische Beanstandungen haben innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V durch die Krankenkasse zu erfolgen. Sachliche und rechnerische Berichtigungen werden schriftlich gegenüber dem Leistungserbringer geltend gemacht. Geeignete Beweismittel (Kopien, Print-Images o.ä.) sind beizufügen.
- (2) Die Vergütung ist ausgeschlossen, wenn die Rechnungslegung nicht innerhalb von drei Monaten nach Abgabe der Verbandmittel an den Versicherten gegenüber der Krankenkasse erfolgt (vertragliche Ausschlussfrist). Für Rezepte, die drei Monate nach dem ausgewiesenen Abgabedatum abgerechnet werden, ist die Krankenkasse berechtigt, den Rezeptbetrag auf 0,00 EUR zu kürzen. Im Fall einer vertraglich zugelassenen Heilungsmöglichkeit beginnt die Frist nach Satz 1 mit dem Tag der Rückgabe an den Leistungserbringer bzw. an die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle.
- (3) Sachliche und rechnerische Berichtigungen der Rechnung können von der Krankenkasse sofort, Taxbeanstandungen können nach Ablauf der Einspruchsfrist oder nach Anerkennung durch den Leistungserbringer mit der nächsten laufenden Forderung des Leistungserbringers verrechnet werden.
- (4) Einwände des Leistungserbringers gegen Beanstandungen der Krankenkasse sind belegbezogen (mit PIC-Nummer) unter Angabe der Gründe innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung bei der Krankenkasse schriftlich zu erheben. Andernfalls gilt die Beanstandung als anerkannt. Erneute Abrechnungen beanstandeter Sachverhalte durch den Leistungserbringer sind nicht statthaft und stellen einen schwerwiegenden Vertragsverstoß nach § 12 Abs. 3 des Vertrages dar.

- (5) Die Prüfung des Einspruchs des Leistungserbringers durch die Krankenkasse hat innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der Krankenkasse zu erfolgen. Das Ergebnis der Einspruchsbearbeitung wird dem Leistungserbringer schriftlich mitgeteilt. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine schriftliche Stellungnahme der Krankenkasse, gilt der Einspruch des Leistungserbringers als anerkannt. Es erfolgt eine Rücknahme der Korrektur in den Daten und die Vergütung des ausstehenden Betrages. Ist der Einspruch nicht berechtigt, wird das vom Leistungserbringer beauftragte Rechenzentrum über die Höhe der Verrechnung schriftlich informiert.
- (6) Verordnungsblätter, die kein oder ein anderes gültiges Institutionskennzeichen als das der Krankenkasse aufweisen, werden von der Krankenkasse grundsätzlich nicht vergütet und an den Leistungserbringer bzw. an das von ihm beauftragte Rechenzentrum zurückgesendet. Beträge für bereits bezahlte Verordnungen mit einem Institutionskennzeichen, das nicht dem der Krankenkasse entspricht, werden dem Leistungserbringer bzw. dem von ihm beauftragenden Rechenzentrum gegenüber mit der laufenden Forderung verrechnet. Soweit Verordnungsblätter mit keinem oder einem anderen IK als das der Krankenkasse abgerechnet werden, sind diese gesondert als gelieferte Irrläufer zu kennzeichnen. Für das Heraussuchen dieser Rezeptoriginale stehen der Krankenkasse pauschale Aufwandserstattungsforderungen in Höhe von 0,50 EUR pro Verordnungsblatt, mindestens aber 10,00 EUR pro Suchauftrag zu, die dem Leistungserbringer bzw. dem von ihm beauftragten Rechenzentrum gegenüber mit der laufenden Forderung verrechnet werden.

§ 10 Datenschutz

- (1) Die Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung, der Sozialgesetzbücher SGB I, V und X sowie die bundes- und landesdatenschutzrechtlichen Regelungen gelten für die Anwendung und Durchführung dieses Vertrages.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 EU- DSGVO und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Personenbezogene Daten von Versicherten (wie z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen wie z.B. Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse darf der Leistungserbringer zur Erfüllung der gesetzlichen und der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes verarbeiten.
- (4) Die Informationen sind vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Datenweitergabe an ein Abrechnungszentrum im Rahmen des § 300 Abs. 2 SGB V bleibt davon unberührt. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (5) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der personenbezogenen Daten des Versicherten und des Arztes der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind die zur Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber der Krankenkasse und Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen.
- (7) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (8) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Krankenkasse für alle materiellen und immateriellen Schäden, die durch Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen, wenn der Leistungserbringer diese zu verantworten hat.
- (9) Bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen hat der Leistungserbringer die Krankenkasse unverzüglich zu informieren. Der Datenschutzbeauftragte der Krankenkasse oder sein Beauftragter ist berechtigt, die Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten nach vorheriger Terminabsprache mit dem Leistungserbringer zu überprüfen.

§ 11 Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung beziehen.
- (2) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Leistungserbringer von sich aus den Vertragsarzt in seiner Ordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind schwerwiegende Vertragsverstöße gegen diesen Vertrag (vgl. § 12).
- (3) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Versorgung mit Verbandmitteln dieses Vertrages sind nicht ausgeschlossen.

§ 12 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei der Versorgung der Versicherten nach diesem Vertrag zu einem kassenneutralen Verhalten gegenüber Versicherten.
- (2) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Krankenkasse für die Verletzung von Pflichten aus diesem Vertrag, die auf ihr Verschulden zurückzuführen sind, nach den gesetzlichen Vorschriften, unbeschadet der folgenden Regelungen.
- (3) Bei Verdacht auf einen Vertragsverstoß wird der Leistungserbringer durch die Krankenkasse angehört. Im Anhörungsverfahren legt die Krankenkasse alle Einzelheiten dar, die den Verdacht auf einen Vertragsverstoß begründen. Dem Leistungserbringer ist daraufhin eine Frist von drei Wochen zur Möglichkeit der Stellungnahme einzuräumen. Bei festgestellten Verstößen gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten wird nach Anhörung des Leistungserbringers eine Verwarnung ausgesprochen.

- (4) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann eine angemessene Vertragsstrafe bis zur Höhe von 25.000 EUR auch ohne vorherige Verwarnung festgesetzt werden. Zudem behält sich die Krankenkasse das Recht vor, gemäß § 14 Abs. 3 eine außerordentliche Kündigung auszusprechen und gemäß § 128 Abs. 3 SGB V den Leistungserbringer für die Dauer von zwei Jahren von der Vertragsteilnahme auszuschließen. Nach Ablauf der Sperrfrist werden die Voraussetzungen zur Vertragsteilnahme, insbesondere die Eignung und Zuverlässigkeit des Leistungserbringers, erneut durch die Krankenkasse geprüft.
- (5) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
- a. Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung,
 - b. Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt,
 - c. Abrechnung nicht erbrachter Leistung,
 - d. Ablehnung vertraglich vereinbarter Leistung,
 - e. Manipulation von Abrechnungsdaten,
 - f. Aufnahme von Leistungen von Nichtvertragspartnern in die eigene Abrechnung,
 - g. Verstöße nach § 128 SGB V,
 - h. wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz,
 - i. nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
 - j. wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die Versorgungsstandards aus diesem Vertrag.
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 3 oder 4 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch den Leistungserbringer zu ersetzen.
- (7) Gemäß § 197a Abs. 4 SGB V hat die Krankenkasse bzw. haben die Krankenkassenverbände die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu unterrichten, wenn die Überprüfung eines Leistungserbringers ergibt, dass ein Anfangsverdacht strafbarer Handlungen mit nicht geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

§ 13 Fusion der Krankenkasse

Sowohl die Krankenkasse als auch der Leistungserbringer erhalten bei Fusion der erstunterzeichnenden Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht. Eine Kündigung ist fristlos zum Fusionsbeginn möglich und hat mit einem eingeschriebenen Brief gegenüber der erstunterzeichnenden Krankenkasse beziehungsweise im Fall der Kündigung durch die Krankenkasse gegenüber dem erstunterzeichnenden Leistungserbringer zu erfolgen.

§ 14 In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Der Vertrag kann mit einer Frist von acht Wochen zum Monatsende ordentlich gekündigt werden. Die ordentliche Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.
- (2) Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt für beide Parteien unberührt. Auch die außerordentliche Kündigung bedarf der Schriftform.
- (4) Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung. Wird der Vertrag von der Aufsichtsbehörde beanstandet, treten die Parteien in neue Verhandlungen ein.

§ 15 Schlussbestimmungen

- (1) Falls einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sind oder unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des übrigen Vertragsinhaltes nicht berührt. Rechtsunwirksame Bestimmungen sollen, soweit irgend möglich, durch wirksame Bestimmungen ersetzt werden, die auf anderem Wege zum gleichen, ähnlichen oder nächstgelegenen Ergebnis führen. Entsprechend verfahren wird, wenn sich bei Durchführung des Vertrages eine ergänzungsbedürftige Lücke ergibt.
- (2) Änderungen und Ergänzungen des Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Einvernehmlichkeit der erstunterzeichnenden Vertragsparteien und der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung dieser Schriftformklausel. Die elektronische Form gemäß § 126a BGB bzw. §127 Abs. 3 BGB wahrt diese Schriftform nicht.

_____	_____	_____
Ort	Datum	Leistungserbringer
_____	_____	_____
Ort	Datum	BIG direkt gesund

Anlage 1 Leistungsbeschreibung

gemäß Anlage Va zum Abschnitt P der Arzneimittel-Richtlinie für
Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung in der Fassung vom 02.12.2020

Teil 1 - Produktgruppen nach § 53 Absatz 2 Arzneimittel-Richtlinie

Nachfolgend findet sich eine Zusammenstellung von Produktgruppen nach § 53 Absatz 2 Arzneimittel-Richtlinie.

Sofern Zweckbestimmung und Eigenschaft der in den nachfolgenden Produktgruppen zusammengefassten Produkte der Definition nach § 53 Absatz 2 Arzneimittel-Richtlinie entsprechen, sind diese als Verbandmittel verordnungsfähig (eineindeutige Verbandmittel).

Die Zuordnung von Produkten zu den im medizinischen Sprachgebrauch allgemein verwendeten Oberbegriffen für Produktgruppen begründet deren Verbandmitteleigenschaft entsprechend § 53 Absatz 2 Arzneimittel-Richtlinie. Sind Produkte verschiedenen Produktgruppen zuordenbar, ist dies unschädlich, sofern die Produkte nicht über die Zwecke nach § 53 Absatz 2 hinausgehende Eigenschaften verfügen (§ 53 Absatz 2 Satz 3). Gleiches gilt für Kombinationen aus eineindeutigen Verbandmitteln in einem Produkt.

Die bloße Bezeichnung eines Produktes entsprechend einem der unten genannten Oberbegriffe begründet jedoch keine Verbandmitteleigenschaft im Sinne des § 53 Absatz 2 Arzneimittel-Richtlinie. Dies gilt insbesondere, wenn das Produkt über darüberhinausgehende Eigenschaften verfügt.

Die Produkte dürfen nicht geeignet sein, als Gegenstände des täglichen Bedarfs verwendet zu werden. Sie dürfen auch keine Hilfsmittel sein.

Produktgruppen Teil 1	Produktarten
Binden	<ul style="list-style-type: none"> ○ Augen- und Ohrenbinden ○ Dauerbinden ○ Fixierbinden ○ Gipsbinden ○ Idealbinden ○ Kompressionsbinden (Kurz-, Mittel-, Langzugbinden, auch in Kombination) ○ Mullbinden ○ Papierbinden ○ Pflasterbinden ○ Schaumgummi-/Schaumstoffbinden ○ Steifgazebinden ○ Tamponadebinden ○ Trikotschlauchbinden ○ Universalbinden ○ Zinkleimbinden
Kompressen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mullkompressen (aus Verbandmull) ○ Saugkompressen ○ Schaumgummikompressen ○ Schaum(-stoff-)kompressen ○ Schlitzkompressen ○ Vliesstoffkompressen ○ Zellstoff-Mull-Kompressen ○ Zellstoff-Vlies-Kompressen
Pflaster	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fixierpflaster ○ Heftpflaster ○ Klammer-/Wundverschlusspflaster ○ Sprühpflaster ○ Wundschnellverbände ○ Wundverbände
Tupfer	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mulltupfer ○ Zellstofftupfer
Watte	<ul style="list-style-type: none"> ○ Synthetikwatte ○ Verbandwatte ○ Wattetampons
sonstige	<ul style="list-style-type: none"> ○ Augenverbände (z.B. Augenkompressen) ○ Cast-Verbände (zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden) ○ Mullverbände ○ Netzverbände ○ Tapeverbände (keine kinesiologischen Tapeverbände) ○ Schlauchverbände ○ Stützverbände ○ Zellstoffverbände ○ Postoperative/posttraumatische Stütz- und Entlastungsverbände ○ Synthetisches Stützverbandsmaterial, ggf. Schiene mit Alu-Kern ○ Klebemull und Klebevlies ○ Verbandklammern ○ Semipermeable Folien ○ Polstermaterial (zur individuellen Erstellung einmaliger Verbände) ○ Wunddistanzgitter

Teil 2 - Produktgruppen nach § 53 Absatz 3 Arzneimittel-Richtlinie

Nachfolgend findet sich eine beispielhafte Zusammenstellung von Produktgruppen mit ergänzenden Eigenschaften, deren Hauptwirkung in den in Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Zwecken besteht (§ 53 Absatz 3 Arzneimittel-Richtlinie).

Sofern die in den nachfolgenden Produktgruppen zusammengefassten Produkte durch die genannte Beschaffenheit die jeweiligen ergänzenden Eigenschaften aufweisen und keine darüber hinausgehenden Eigenschaften besitzen, sind diese als Verbandmittel verordnungsfähig.

Die bloße Bezeichnung eines Produktes entsprechend einem der unten genannten Oberbegriffe oder Wiedergabe der unten aufgeführten Beschreibung der ergänzenden Eigenschaft in der Gebrauchsinformation entsprechender Produkte begründet für sich genommen keine Verbandmitteleigenschaft im Sinne des § 53 Absatz 3 Arzneimittel-Richtlinie. Dies gilt insbesondere, wenn das Produkt über darüberhinausgehende Eigenschaften verfügt.

Die Produkte dürfen nicht geeignet sein, als Gegenstände des täglichen Bedarfs verwendet zu werden. Sie dürfen auch keine Hilfsmittel sein.

Die nachfolgend genannten Produktgruppen werden (bezogen auf deren Zwecke nach § 53 Absatz 2) in der Regel als Kompressen, Tamponaden, Binden, Pflaster, Verbände angewandt.

Nachfolgende Eigenschaften der Produktgruppen können produktbezogen jeweils einzeln oder in Kombination auftreten. Dies ist unschädlich für die Einordnung als Verbandmittel.

Ergänzende Eigenschaften	Beschreibung / Zusammensetzung	Beispiele
Feucht haltend	<p>ergänzende Eigenschaft, die unter Zusatz folgender hydroaktiver Substanzen erreicht wird:</p> <p>Calcium-, Calcium-Natrium-Alginate: gewonnen aus Algen ggf. unter Zusatz von Carboxymethylcellulose</p> <p>Hydro(Gel)-/Aquafasern: (Bikomponenten-) Fasern mit hydrophiler Komponente bestehend aus Polymeren</p> <p>Hydrogele: wasserunlösliche, fettfreie Polymere (Zellulose-Derivate, Stärkopolymere, Polyurethan, Acrylpolymer, Guargummi) mit einem hohen Wasseranteil bis zu 95 %; ggf. unter Zusatz weiterer, den Feuchtigkeitsgehalt oder die Konsistenz beeinflussende Stoffe (Alginate, Glycole, Glycerin, Pektine, Gelatine)</p> <p>Hydrokolloide: stark quellende Partikel (z. B. Zellulose-Derivate, Alginate, Gelatine, Pektin). Diese sind in der Regel in eine Trägersubstanz suspendiert und sind auf ein Trägermaterial (wie Gaze, Film, Folie, Membran) aufgebracht.</p> <p>Die ergänzende Eigenschaft wird erreicht, indem die hydroaktive Substanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - auf Trägermaterial aufgetragen, - in mehrschichtig/mehrteilig aufgebauten Wundauflagen eingegliedert ist oder - bei formstabiler Aufbereitung der hydroaktiven Substanzen isoliert angewandt wird. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alginate - Hydrofasern/ - Aquafasern - Hydrogele (in Kompressenform) - Hydrokolloide - Hydropolymere

Ergänzende Eigenschaften	Beschreibung / Zusammensetzung	Beispiele
Antiadhäsiv	ergänzende Eigenschaft, die unter Zusatz folgender Substanzen/Substanzgemische ein Verkleben mit der Wunde verhindert beziehungsweise einen atraumatischen Verbandwechsel ermöglicht: <ul style="list-style-type: none"> - Salbengrundlagen (z. B. Vaseline, Paraffin) - Emulsionen - antiadhäsiv aufbereitete Silikone - Aluminiumbedampfung - Polyethylen, Polyamid Diese ergänzende Eigenschaft wird erreicht durch Imprägnierung/Beschichtung der Wundauflage.	<ul style="list-style-type: none"> - Salbenkompressen/ - Salbentamponaden/ - Aluminiumbedampfte - Kompressen/Pflaster - Silikonbeschichtete - Wunddistanzgitter
Gerüche bindend	ergänzende Eigenschaft, die unter Zusatz folgender Substanzen Gerüche bindet: <ul style="list-style-type: none"> - Aktivkohle - absorbierende Polyacrylate (Superabsorber) Die ergänzende Eigenschaft wird ggf. auch erreicht durch mehrschichtigen Aufbau.	<ul style="list-style-type: none"> - aktivkohlehaltige Wundauflagen - Saugkompressen mit Polyacrylaten (Superabsorber)
Wundexsudat bindend / antimikrobiel	ergänzende Eigenschaft, die unter Zusatz folgender Substanzen Wundexsudat und damit unter anderem auch Keime und Proteasen bindet: <ul style="list-style-type: none"> - Aktivkohle - absorbierende Polyacrylate, Polyurethane (Superabsorber) - Dialkylcarbamoylchlorid (DACC)-beschichtet - Antimikrobielle Stoffe, ohne direkten Wundkontakt und ohne Abgabe der jeweiligen antimikrobiellen Stoffe in die Wunde Die ergänzende Eigenschaft wird ggf. auch erreicht durch mehrschichtigen Aufbau absorbierender Wundauflagen sowie ggf. durch die Imprägnierung/Beschichtung der Wundauflage.	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivkohlehaltige Wundauflagen - Saugkompressen mit Polyacrylaten (Superabsorber) - silberhaltige Wundauflagen
Reinigend	ergänzende Eigenschaft, die durch den Zusatz von Substanzen reinigt, welche allein oder in Kombination: <ul style="list-style-type: none"> - feucht halten - Gerüche binden - Wundexsudat bindend 	
Metall-beschichtungen	Abweichend von den vorgenannten Eigenschaften definiert Metallbeschichtung eine Beschaffenheit. Diese Beschaffenheit dient mit der folgenden ergänzenden Eigenschaft der Wundheilung <ul style="list-style-type: none"> - antiadhäsiv 	<ul style="list-style-type: none"> - aluminiumbedampfte Wundauflagen

Teil 3 - Produktgruppen nach § 54 Arzneimittel-Richtlinie (Sonstige Produkte zur Wundbehandlung)

Nachfolgend findet sich eine beispielhafte Zusammenstellung von Produktgruppen, deren zugehörige Produkte als sonstige Produkte zur Wundbehandlung anzusehen sind (§ 54 Absatz 3 Arzneimittel-Richtlinie).

Der Versorgungsanspruch auf sonstige Produkte zur Wundbehandlung besteht, soweit diese nach den Bestimmungen des Abschnitt J dieser Richtlinie (Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten) in medizinisch notwendigen Fällen ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung nach § 31 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V einbezogen sind.

Aktuell fallen sonstige Produkte zur Wundbehandlung gemäß der Übergangsregelung § 31 Abs. 1a S. 5 SGB V der AM-RL: Abschnitt P und Anlage Va.

Produktgruppen	Beschreibung / Zusammensetzung
<i>(zur Zeit noch unbesetzt)</i>	

Anlage 2 Preisvereinbarung

Die vereinbarten Preise gelten für Verordnungen von Vertragsärzten für Verbandmittel / sonstige Produkte zur Wundbehandlung, gemäß der G-BA-Gruppierung Teil 1,2 und 3 sowie für Produkte, die unter die Übergangsregelung gemäß § 31 Abs. 1a S. 5 SGB V fallen der AM-RL: Abschnitt P und Anlage Va.

Produktgruppe Teil 1 Binden, Kompressen, Pflaster, Tupfer, Watte,	Apothekeneinkaufspreis AEP	Mehrwertsteuer zzgl.
Produktgruppe Teil 2 Feucht haltend Insb. Alginate, Hydrofasern/ Aquafasern, Hydrogele (in Kompressenform), Hydrokolloide, Hydropolymere Antiadhäsiv Salbenkompressen/Salbentamponaden/ Aluminiumbedampfte, Kompressen/Pflaster, silikonbeschichtete Wunddistanzgitter Gerüche bindend aktivkohlehaltige Wundauflagen, Saugkompressen mit Polyacrylaten (Superabsorber) Wundexsudat bindend / antimikrobiel aktivkohlehaltige Wundauflagen, Saugkompressen mit Polyacrylaten (Superabsorber), silberhaltige Wundauflagen	Apothekeneinkaufspreis AEP	Mehrwertsteuer zzgl.
Produktgruppe Teil 3 sonstige Produkte zur Wundbehandlung	Apothekeneinkaufspreis AEP	Mehrwertsteuer zzgl.