

Ausführungsbestimmungen

zum Tarifvertrag über die Abgeltung der Leistungen der Orthopädie-Schuhmachermeister¹

1. Ärztliche Verordnung

Für jede erste Versorgung muss eine ärztliche Verordnung vorliegen. Für Folgeabgaben aufgrund einer bestehenden Verordnung ist keine neue ärztliche Verordnung erforderlich. Sind jedoch Änderungen in der Anfertigung notwendig, die sich gegenüber der Erstversorgung kostensteigernd auswirken, ist dem Versicherer erneut eine ärztliche Verordnung zuzustellen.

2. Kostenvoranschlag / Kostengutsprache

1 Ist eine ärztliche Verordnung erforderlich (Ziffer 1), ist ein Kostenvoranschlag einzureichen. Im Kostenvoranschlag sind der behandelnde Arzt, ein kurzer Befund, der Versorgungsumfang sowie die einzelnen Tarifpositionen aufzuführen. Die ärztliche Verordnung ist dem Kostenvoranschlag beizulegen.

2 Für Versicherte der Unfallversicherung und der Militärversicherung ist kein Kostenvoranschlag notwendig für die Abgabe von orthopädischen Schuheinlagen, orthopädischen Serienschuhen, Spezialschuhen, Schuhzurichtungen oder diversen Hilfsmitteln (vgl. Kapitel E des Tarifes). Bei Rechnungsstellung ist die ärztliche Verordnung beizufügen.

3 Der Kostenvoranschlag wird vom Atelierleiter erstellt. Er verwendet das zwischen dem SSOMV und den Versicherern vereinbarte Formular.

4 Die Versicherer teilen dem Lieferanten innert 60 Tagen ab Zustellung des Kostenvoranschlages mit, ob sie die Kosten übernehmen oder nicht. Eine Ablehnung ist zu begründen.

5 Kann ein Gesuch um Kostenübernahme nicht zeitgerecht behandelt werden, ist der Lieferant zu informieren.

6 Bei dringendem Bedarf eines vom Facharzt verordneten orthopädischen Hilfsmittels, ist der Vertragslieferant berechtigt, die Arbeit ohne vorgängige Kostengutsprache zu beginnen. Ein dringender Bedarf ist ausgewiesen, wenn der Versicherte das Spital nur dank dem orthopädischen Hilfsmittel verlassen oder seine Tätigkeit im Erwerbsleben wieder aufnehmen kann,

¹ Anmerkung: Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter. Aus Gründen der Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Form verwendet.

wenn das Hilfsmittel die Selbständigkeit bei täglichen Verrichtungen ermöglicht oder wenn es zur ärztlichen Therapie sofort eingesetzt werden muss.

1 Stirbt ein Versicherter, dessen Hilfsmittelversorgung durch den Facharzt als dringend bezeichnet wurde, bevor die zuständige Versicherung eine Kostengutsprache erteilen konnte, übernimmt der Versicherer die Kosten der begonnen Arbeiten, wie wenn sie das Hilfsmittel ordentlicherweise zugesprochen hätte. Stirbt ein Versicherter, für dessen Hilfsmittel bereits eine Kostengutsprache erteilt wurde, übernimmt der Versicherer die Kosten der bereits begonnen Arbeiten.

3. Abgabe von orthopädiesschuhtechnischen Hilfsmitteln

1 In den nachfolgenden Bestimmungen sind orthopädische Serienschuhe samt Fertigstellung den orthopädischen Massschuhen gleichgestellt.

2 Die UV-Versicherten haben Anspruch auf eine Erstversorgung von zwei Paar orthopädischen Massschuhen und danach auf ein Paar pro Jahr.

3 Für MV-Versicherte besteht Anspruch auf zwei Paar orthopädische Massschuhe pro Jahr.

4 IV-Versicherte haben pro Jahr Anspruch auf zwei Paar orthopädische Massschuhe, orthopädische Serienschuhe oder Spezialschuhe. Für orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen oder orthopädischen Spezialschuhen besteht der Anspruch auf vier Paare im ersten Jahr und in der Folge max. zwei Paare. Bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre werden jährlich Änderungen für vier Paare übernommen. Ein Mehrverbrauch ist eingehend zu begründen (z.B. Wachstum). Versicherte der IV haben Anspruch auf orthopädische Schuheinlagen, sofern diese eine notwendige Ergänzung einer medizinischen Massnahme darstellen. Zu beachten ist dabei der Artikel 1 Absatz 3 des Tarifvertrages.

5 AHV-Versicherte haben Anspruch auf einen Beitrag von 75% an die Kosten für ein Paar orthopädische Massschuhe oder orthopädische Serienschuhe. Der Beitrag kann alle zwei Jahre gewährt werden.

6 Orthopädiesschuhtechnische Hilfsmittel gemäss den Absätzen 2 - 5 können nur auf ausdrückliche Bestellung beim Vertragslieferanten abgeben werden. Ein allfälliger Mehrverbrauch ist eingehend zu begründen.

7 Bei der Erstversorgung darf das zweite Paar erst dann angefertigt werden, wenn das erste Paar während mindestens vier Monaten (drei Monaten bei Kindern) beschwerdefrei getragen wurde. Eine frühere Abgabe bei der Zweitausführung muss dem Versicherer begründet werden.

4. Selbstbehalte

- ¹ Kommt ein Selbstbehalt zur Anwendung, beträgt er in der Regel pro Paar Schuhe inkl. Mehrwertsteuer für Erwachsene CHF 120.-- und für Kinder bis zum vollendeten zwölften Altersjahr CHF 70.--. Die Ausnahmen sind in den Absätzen 2 bis 4 aufgelistet.
- ² Für AHV-Versicherte beträgt der Selbstbehalt 25% des Nettopreises.
- ³ IV-, UV- und MV-Versicherte haben orthopädisch anzupassende Konfektionsschuhe selbst zu begleichen.
- ⁴ Die Unfallversicherung und die Militärversicherung übernehmen die beiden ersten Versorgungsvollständigungen. Ab dem dritten Paar kommt der Selbstbehalt gemäss Absatz 1 zur Anwendung. Der Selbstbehalt entfällt, wenn ein vorzeitiger Ersatz aus somatischen Gründen notwendig ist (operative Eingriffe usw.).

5. Reparaturen

- ¹ Bei IV-Versicherten gehen Reparaturen nach Abzug eines Selbstbehaltes von CHF 70.-- pro Kalenderjahr zulasten der Versicherung.
- ² Bei UV- und MV-Versicherten gehen behinderungsbedingte Reparaturen vollumfänglich zulasten der Versicherer. Normale Abnützungen gehen zulasten der Versicherten.

6. Pflichten der Vertragslieferanten

- ¹ Die Vertragslieferanten verpflichten sich, die MepV und die dazu vom SSOMV erstellten Richtlinien einzuhalten (Anhang zum Qualitätssicherungsvertrag).
- ² Die Vertragslieferanten verpflichten sich, die Aufträge der Versicherer ohne Verzug auszuführen. Zu beachten ist Ziffer 2 "Kostenvoranschlag/Kostengutsprache".
- ³ Der zuständige Versicherer ist sofort zu informieren, wenn ein Hilfsmittel nicht abgegeben werden kann oder wenn eine gegenüber dem Auftrag stark abweichende Ausführung notwendig wird. Der Entscheid des Versicherers ist abzuwarten, ausser in besonders dringlichen Fällen.
- ⁴ Dem Versicherer wird auf Verlangen kostenlos Auskunft erteilt. Die Aufbewahrungspflicht für sämtliche Akten beträgt fünf Jahre (vgl. Anhang zum Qualitätssicherungsvertrag Ziff. 4.3).
- ⁵ Leisten und Modelle bleiben im Besitz des Vertragslieferanten. Sie sind nach der letzten Abgabe fünf Jahre aufzubewahren. Wechselt der Versicherte den Leistungserbringer, müssen Leisten und Modelle dem neuen Vertragslieferanten kostenlos übergeben werden.

⁶ Verpackungs- und Versandkosten gehen zu Lasten des Vertragslieferanten. (Im Tarifmodell berücksichtigt.)

7. Garantiarbeiten

¹ Die Garantiezeit beträgt vier Monate vom Lieferdatum an gerechnet. Die Garantie umfasst insbesondere notwendige Anpassungsarbeiten. Sie erstreckt sich auch auf Konstruktionsfehler, Materialfehler und Verarbeitungsfehler.

² Von der Garantie ausgeschlossen sind die normalen und durch die Invalidität verursachten typischen Abnützungserscheinungen, alle Nachkorrekturen sowie Änderungen wegen Wachstum, Gewichtszunahme oder -abnahme, Atrophien oder Schwellungen, Veränderungen der Gesundheitsschädigung oder des Heilungsprozesses und chirurgischen Eingriffen. Nicht unter die Garantie fallen Beschädigungen mechanischer oder chemischer Art, Verderben durch Medikamente oder Sekrete nach Abgabe des Hilfsmittels.

8. Rechnungsstellung

¹ Die Rechnungsstellung erfolgt nach definitiver Abgabe des Hilfsmittels.

² Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

- a) Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum und Versichertennummer des Patienten, Verfügungsnummer der IV
- b) Name und Adresse des Lieferanten mit Zulassungs-Nummer, NIF-Nummer, EAN und, falls vorhanden, die ZSR-Nummer
- c) Verordnender Arzt und dessen EAN
- d) Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen)
- e) Unfalldatum
- f) Kalendarium der Leistungen
- g) Tarifposition, Nr. und Bezeichnung
- h) Taxpunkte, Taxpunktwert, Total der mit Taxpunkten bewerteten Leistungen
- i) Mehrwertsteuer
- j) Rechnungstotal
- k) Rechnungsdatum

9. Vergütungsregelung

¹ Die Versicherer verpflichten sich, die Rechnungen innert 60 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen. Kann diese Frist nicht eingehalten werden, ist der Leistungserbringer zu orientieren.

² Nichtpflichtleistungen gehen zu Lasten des Versicherten.

³ Ende März müssen alle Bestellungen aus dem Vorjahr geliefert sein, damit sie noch für das Vorjahr angerechnet werden können.

10. Elektronische Datenübermittlung

¹ Die Vertragsparteien fördern die elektronische Datenübermittlung.

² Die Vertragsparteien setzen sich für einheitliche Normen und Abläufe im Zusammenhang mit der elektronischen Datenübermittlung gemäss den Standards des Forums Datenaustausch ein (www.forum-datenaustausch.ch).

11. Aufnahme ins Lieferantenverzeichnis

Um ins Lieferantenverzeichnis aufgenommen zu werden, hat der Bewerber nach der Grundausbildung generell eine Praxistätigkeit (Gesellentätigkeit) zu 100 % von vier Jahren in einem OSM-Betrieb nachzuweisen, entsprechend der Prüfungsordnung über die Höhere Fachprüfung für Orthopädie-Schuhmacher Ziffer 3.3 ‚Zulassung‘.

Zürich/Luzern/Bern, 15. April 2009/rev. 18. Mai 2010