

Vereinbarung über die Ausführungsbestimmungen zum Tarifvertrag vom 1.7.2017

zwischen

dem Schweizer Medizintechnikverband (SWISS MEDTECH),

dem Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker (SVOT)

(nachfolgend Leistungserbringer genannt) und

der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK),

der Militärversicherung (MV)

vertreten durch die

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva),
Abteilung Militärversicherung,**

der Invalidenversicherung (IV),

vertreten durch das

das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

(nachfolgend Versicherer genannt)

Anmerkung: Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter. Aus Gründen der Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Form verwendet. Referenzen auf Artikel (Art.) und Absätze beziehen sich auf die vorliegende Vereinbarung über die Ausführungsbestimmungen soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt. Bei Unklarheiten in der Interpretation ist die deutsche Version massgebend.

Art. 1 Ärztliche Verordnung

¹ Für jede Neuversorgung muss eine ärztliche Verordnung vorliegen. Für diese ist, wenn immer möglich, das einheitliche Ordnungsformular (medizinisches Formular „Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls“) zu verwenden. Bestehen Unklarheiten hinsichtlich der ärztlichen Verordnung, so muss jene Partei, die eine Unklarheit reklamiert, diese mit dem verordnenden Arzt klären.

² Für Folgeabgaben aufgrund einer bestehenden Verordnung ist keine neue ärztliche Verordnung erforderlich. Sind jedoch Änderungen in der Ausführung notwendig, die sich gegenüber der Erstversorgung kostensteigernd auswirken, ist dem Versicherer eine neue ärztliche Verordnung zuzustellen.

Art. 2 Kostengutsprachegesuch

¹ Ein Kostengutsprachegesuch ist immer dann einzureichen, wenn gemäss Artikel 1 eine ärztliche Verordnung notwendig ist. Im Kostengutsprachegesuch sind der verordnende Arzt sowie die einzelnen Tarifpositionen aufzuführen. Die ärztliche Verordnung ist dem Kostengutsprachegesuch beizulegen. Im UV-/MV-Bereich erfolgt das Kostengutsprachegesuch als Kostenvoranschlag.

² Die Versicherer teilen dem Vertragslieferanten innert 60 Tagen ab Zustellung des Kostengutsprachegesuchs mit, ob sie die Kosten übernehmen oder nicht. Eine Ablehnung oder eine Teilausschüttung ist gleichzeitig schriftlich zu begründen.

³ Kann ein Gesuch um Kostenübernahme nicht zeitgerecht behandelt werden, ist der Vertragslieferant umgehend über den Grund zu informieren.

⁵ Bei dringendem Bedarf an einem Hilfsmittel, das durch einen Arzt verordnet wurde, ist der Vertragslieferant berechtigt, mit der Arbeit unverzüglich zu beginnen. Dies gilt insbesondere für Versicherte der Unfallversicherung oder der Militärversicherung. Bei IV-Versicherten ist mit der IV-Stelle Rücksprache zu nehmen. Ein dringender Bedarf ist dann ausgewiesen, wenn der Versicherte das Spital oder die Reha-Einrichtung nur dank dem Hilfsmittel verlassen oder seine Tätigkeit im Erwerbsleben wieder aufnehmen kann, wenn das Hilfsmittel die Selbständigkeit bei täglichen Verrichtungen ermöglicht oder wenn es zur ärztlichen Therapie sofort eingesetzt werden muss.

⁶ Stirbt ein Versicherter, dessen Hilfsmittelversorgung durch den Arzt als dringend bezeichnet wurde, bevor die zuständige Versicherung eine Kostengutsprache erteilen konnte, übernimmt der Versicherer die Kosten der begonnenen Arbeiten wie wenn sie das Hilfsmittel ordentlicher Weise zugesprochen hätte. Stirbt ein Versicherter, für dessen Hilfsmittel bereits eine Kostengutsprache erteilt wurde, übernimmt der Versicherer die Kosten der bereits begonnenen Arbeiten.

Art. 3 Pflichten der Vertragslieferanten

¹ Die Vertragslieferanten verpflichten sich, die Medizinprodukteverordnung (MepV) sowie die Vereinbarung zur Qualitätssicherung einzuhalten. Sie verpflichten sich, für alle Leistungen eine qualitativ einwandfreie Arbeit zu leisten.

² Die Vertragslieferanten verpflichten sich, die Aufträge der Versicherer ohne Verzug auszuführen. Das Gleiche gilt für Reparaturen.

³ Der zuständige Versicherer ist sofort zu informieren, wenn ein Hilfsmittel nicht in der bewilligten Ausführung abgegeben werden kann. Der Entscheid des Versicherers ist abzuwarten, ausser in besonders dringlichen Fällen.

⁴ Dem Versicherer ist auf Verlangen gemäss UVG Artikel 54a und IVG Artikel 6a Auskunft zu erteilen. Die Auskunft ist kostenlos. Darunter fallen jene Akten, die im Kundendossier geführt werden müssen. Vom Versicherer verlangte nicht formalisierte und formalisierte Berichte sind zu vergüten. Die Aufbewahrungspflicht für sämtliche Akten beträgt zehn Jahre.

Art. 4 Pflichten der Versicherer

Die Versicherer gewährleisten, dass die Vertragspartner über Änderungen in den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und in den massgebenden Verordnungen, Richtlinien und Weisungen innert nützlicher Frist (vor Inkrafttreten) informiert werden.

Art. 5 Garantiewerke

¹ Die Garantiezeit beträgt für Neuanfertigungen (Erst- und Folgeversorgungen) vier Monate vom Lieferdatum an gerechnet für das definitiv fertiggestellte Hilfsmittel. Die Garantie bezieht sich auf Fehler in der Konstruktion, bei der Materialwahl und in der Verarbeitung. Bei Fehlern im Material richtet sich die Garantie in zeitlicher und finanzieller Hinsicht nach den Garantieleistungen des Herstellers.

² Von der Garantie ausgeschlossen sind die normalen und für die Invalidität typischen Abnützungen sowie Änderungen wegen Wachstums, Gewichtszunahme oder -abnahme, Atrophien oder Schwellungen, Veränderungen durch Fortschreiten der Krankheit oder des Heilungsprozesses und chirurgischen Eingriffen. Nicht unter die Garantie fallen auch Beschädigungen mechanischer, chemischer oder gewaltsamer Art (durch den Versicherten oder Dritte) oder durch Sekrete sowie Konstruktionsänderungen infolge Allergien und sämtliche Verschleisssteile.

Art. 6 Nachträgliche Anpassungen

¹ Nachträgliche Anpassungen sind Adaptionen, welche nach der Garantiezeit anfallen und nicht die Erstversorgung betreffen (dort gelten Pauschalen (Zubehör) bzw. Durchschnittspreise (BO)).

² Für behinderungsbedingte Optionen ist eine ärztliche Verordnung notwendig. Die Vergütung richtet sich nach Publikumspreisen plus der aufgewendeten Arbeit zum aktuell gültigen Stundenkostensatz.

³ Für behinderungsbedingte Optionen ist ab einem Totalbetrag (Arbeit und Material) von CHF 1'200.- (exkl. MWST) ein Kostengutsprachege such notwendig.

⁴ Eine nachträgliche Nachrüstung von Pauschalzubehör geht zu Lasten der Leistungserbringer und kann den Kostenträgern nicht in Rechnung gestellt werden. Dies gilt für die gesamte Lebensdauer des Rollstuhls bzw. bis zur Übergabe des Rollstuhls an das IV-Depot. Ausgenommen sind die etwaigen Reisekosten des Patienten zum ursprünglichen Leistungserbringer.

⁵ Die in Absatz 3 genannte Limite für Kostengutsprachege suchesuche kann durch die TK angepasst werden.

Art. 7 Reparaturen

Bei Reparaturen beschränkt sich die Garantie von vier Monaten auf die zu ersetzenden neuen Teile. Die Garantie umfasst die notwendigen Anpassungsarbeiten und bezieht sich auch auf Fehler in der Konstruktion, bei der Materialwahl und in der Verarbeitung. Bei Fehlern im Material richtet sich die Garantie in zeitlicher und finanzieller Hinsicht nach den Garantieleistungen des Herstellers.

Art. 8 Interimsversorgungen

¹ Für Interimsversorgungen bei Neuversorgungen muss eine ärztliche Verordnung vorliegen. Eine der Versorgung vorangehende Absprache mit dem betreffenden Versicherer ist zwingend.

² Bei Reparaturen muss eine Verfügung bzw. Verordnung für den zu überbrückenden Hand- oder Elektrorollstuhl vorliegen. Die Reparatur muss in der schnellstmöglichen Zeit durchgeführt werden. Die Zeitdauer der Reparatur ist zu begründen. Zudem müssen folgende Voraussetzungen für eine Vergütung kumulativ erfüllt sein:

1. Der Versicherte hat nur *einen* Hand- bzw. Elektrorollstuhl.
2. Die Reparatur kann nicht vor Ort durchgeführt werden.

Art. 9 Vergütung notwendiger Autofahrten

Die Vergütung medizinisch oder versorgungsorganisatorisch notwendiger Autofahrten ist im Tarif geregelt. Dafür ist keine zusätzliche ärztliche Verordnung notwendig.

Art. 10 Rechnungsstellung

¹ Die Rechnungsstellung erfolgt nach definitiver Abgabe des Hilfsmittels mittels des offiziellen Rechnungsformulars.

² Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

1. Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum und Versichertennummer des Patienten, Verfügungsnummer der IV
2. Name und Adresse des Lieferanten mit Zulassungs-Nummer, NIF-Nummer (nur IV), GLN und, falls vorhanden, die ZSR-Nummer
3. Verordnender Arzt und wenn möglich, dessen GLN
4. Grund der Behandlung, wenn möglich (Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen)
5. Unfalldatum, falls vorhanden
6. Kalendarium der Leistungen und Abgabedatum des Hilfsmittels (nur IV)
7. Tarifposition, Nr. und Bezeichnung des Teiles
8. Anzahl der Leistungen, Taxpunkte (inkl. MWST), Taxpunktwert
9. Mehrwertsteuer total pro MWST-Satz
10. Rechnungstotal und Zahlungskkoordinaten
11. Rechnungsdatum
12. Abgabedatum des Hilfsmittels
13. Nummerierung des Hilfsmittels (Seriennummer), falls möglich
14. Bei Reparaturen muss ersichtlich sein, um welches Hilfsmittel es sich handelt (Erstabgabedatum oder Nummer des Hilfsmittels (Seriennummer)).
15. Verweis auf die Kostengutsprache, Identifikation der Kostengutsprache und Datum

Art. 11 Vergütungsregelung

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

² Versorgung von Nichtpflichtleistungen der IV gehen zu Lasten der Versicherten und werden diesen direkt in Rechnung gestellt.

Art. 12 Elektronische Datenübermittlung

¹ Die Vertragsparteien setzen im Rahmen einer Projektvereinbarung die elektronische Datenübermittlung um. Projektbeginn ist der Inkraftsetzungstermin des Tarifvertrages. Für die Umsetzung von einheitlichen Normen/Abläufen im Zusammenhang mit der elektronischen Datenübermittlung sind die Standards und Empfehlungen des Forums Datenaustausch massgebend. Die Umsetzung dieses Projektes hat innert 3 Jahren zu erfolgen.

² Die Angaben im Tarif verstehen sich ohne Mehrwertsteuer. Auf dem Abrechnungsformular werden die Taxpunkte inkl. Mehrwertsteuer angegeben.

³ Bei einer Änderung der Mehrwertsteuersätze erfolgt eine automatische Anpassung der Taxpunkte auf dem Abrechnungsformular

Art. 13 Inkrafttreten und Kündigung

¹ Diese Ausführungsbestimmungen treten am 01.01.2018 in Kraft.

² Die vorliegende Vereinbarung kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten jeweils auf den 30. Juni oder den 31. Dezember gekündigt werden, erstmals nach Ablauf von 24 Monaten nach der Inkraftsetzung.

³ Die Vertragsparteien verpflichten sich, nach einer Kündigung der Vereinbarung unverzüglich Neuverhandlungen aufzunehmen. Kommt innerhalb der Kündigungsfrist keine Einigung zustande, so bleibt die Vereinbarung bis zum Zustandekommen einer neuen Vereinbarung, höchstens jedoch für die Dauer von weiteren zwölf Monaten in Kraft.

⁴ Die Kündigung der Vereinbarung hat keinen Einfluss auf die Gültigkeit und den Bestand des Tarifvertrags oder dessen anderen Bestandteilen.

⁵ Änderungen an dieser Vereinbarung können in gegenseitigem Einvernehmen der Vertragsparteien jederzeit schriftlich erfolgen.

Bern, Luzern, Zürich 01. Juli 2017

**Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker
(SVOT)**

Der Präsident

Der Sekretär

Andreas Grimm

Christoph Lüssi

**Schweizer Medizintechnikverband
(SWISS MEDTECH)**

Der Co-Präsident

Der General Counsel

Urs Gasche

Jörg Baumann

Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)

**Schweiz. Unfallversicherungsanstalt (Suva)
Abteilung Militärversicherung**

Der Präsident

Der Direktor

Daniel Roscher

Stefan A. Dettwiler

**Bundesamt für Sozialversicherungen
Geschäftsfeld Invalidenversicherung (IV)**

Der Vizedirektor

Stefan Rittler