

## **Nachtrag zum Vertrag**

**zwischen dem Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV)**

**und dem VdAK/AEV vom 01.01.2006**

Mit Wirkung ab **01.11.2006** gilt der Rahmenvertrag zwischen dem BIV und dem VdAK/AEV einschl. Vergütungsanhang auch für

- die Landesarbeitsgemeinschaft der fünf Innungen in Nordrhein-Westfalen:

Innung für Orthopädie-Technik für den Regierungsbezirk Arnsberg,  
Innung für Orthopädie-Technik für den Regierungsbezirk Detmold,  
Innung für Orthopädie-Technik für den Regierungsbezirk Düsseldorf,  
Innung für Orthopädie-Technik für den Regierungsbezirk Köln,  
Innung für Orthopädie-Technik für den Regierungsbezirk Münster

sowie

- die Interessengemeinschaft Hilfsmittel e.V. IGH (handelnd für die zugelassenen Betriebe nach Gruppe 2, die Mitglieder der Interessengemeinschaft Hilfsmittel e.V. sind).

Mit Wirkung ab **01.12.2006** gilt der Rahmenvertrag zwischen dem BIV und dem VdAK/AEV einschl. Vergütungsanhang auch für die

- Innung für Orthopädie-Technik Niedersachsen/Bremen,
- Innung für Orthopädie-Technik Nord,
- Innung für Orthopädie-Technik Sachsen-Anhalt,
- Fachverband Nord für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel e.V..

## Nachtrag zur Vereinbarung

### über die Lieferung von Bandagen

zwischen dem VdAK/AEV und dem BIV vom 01.01.2006

Mit Wirkung ab dem 01.12.2006 wird § 5 der Vereinbarung über die Lieferung von Bandagen (Produktgruppe 05) zwischen dem VdAK/AEV und dem BIV vom 01.01.2006 um die folgenden Preise ergänzt:

Hilfsmittel- positionsnummer	Kennzeichen "Hilfsmittel"	Produktart	Preis
05.11.04.0002 <sup>1</sup>	00	Fredericks Brusthalter POLYTECH	146,55
05.11.04.0003 <sup>1</sup>	00	Anita Postop Compression Bra Nr. 1094	137,90

<sup>1</sup> Die aufgeführten Einzelprodukte finden nach brusterhaltender oder brustaufbauender Operation Anwendung zur mittelfristigen Sicherung des OP-Ergebnisses. Sie sind insbesondere nicht indiziert nach Probeexzession mit geringem Gewebedefekt oder zur kurzfristigen Anwendung.

**Erläuterungen zum Rahmenvertrag  
zwischen dem BIV und dem VdAK/AEV vom 01.01.2006**

	<b>Regelung im Rahmenvertrag</b>  <small>(nachstehend RV genannt)</small>	<b>Erläuterung</b>
<b>§ 2 Abs. 2 RV</b>	<p>"Um diese Ziele zu erreichen, sind nachfolgend und in den einzelnen Anhängen umfangreiche Pflichten festgelegt, deren Einhaltung die Vertragspartner <b>garantieren</b>...."</p>	<p>Die Formulierung "garantieren" stellt keine Garantieübernahme im rechtlichen Sinne dar, sondern ist im untechnischen Sinne auf die Einhaltung der vereinbarten Verpflichtungen der Vertragspartner als Voraussetzung für die Erreichung der mit dem Vertrag intendierten gemeinsamen Ziele ausgerichtet.</p>
<b>§ 2 Abs. 4 RV</b>	<p>"Kann die Betreuung aufgrund Beauftragung Dritter nicht durch den Leistungserbringer fortgeführt werden, übernimmt der Leistungserbringer für diese Fälle keine durchgehende Versorgungsgewährleistung. Es gilt jedoch § 4 Abs.7."</p>	<p>Ein Leistungserbringer muss gem. den allgemeinen rechtlichen Vorschriften im Falle der Fortführung einer Versorgung durch einen anderen Leistungserbringer keine Gewährleistung für dessen Leistungen übernehmen. Die Gewährleistungspflicht geht in diesem Fall auf den die Versorgung fortführenden Leistungserbringer über.</p> <p>Einer gesonderten vertraglichen Regelung bedarf es aufgrund der uneingeschränkten Geltung der allgemeinen Rechtsvorschriften nicht.</p>
<b>§ 4 Abs. 5 RV</b>	<p>"Die Firma verpflichtet sich, den Service einschließlich Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel ohne zusätzliche Kosten für den Versicherten zu gewährleisten (s. § 7</p>	<p>Liegt ein Gewährleistungsfall vor, sind Reparaturen und Ersatzlieferungen kostenlos vom Leistungserbringer zu übernehmen. Handelt es sich nicht um einen Fall der Gewährleistung, sind Repa-</p>

	Abs.1). Zum Service gehört auch die ggf. erforderliche Anpassung oder Anprobe der Hilfsmittel vor Ort."	aturen und Ersatzlieferungen ohne zusätzliche Kosten für den Versicherten vorzunehmen. Die Abrechnung erfolgt nach den mit den Krankenkassen in den Vergütungsregelungen für Reparaturen und Ersatzlieferungen getroffenen Regelungen (s. § 7 Abs. 1 RV).
<b>§ 4 Abs. 7 RV</b>	"Der Leistungserbringer stellt sicher, dass in Ausnahmefällen (z. B. Urlaubsreisen, Notfälle und Umzug des Versicherten) anfallende Reparaturen durch kooperierende Betriebe durchgeführt werden können. Bei derartigen Aufträgen durch den Leistungserbringer gilt – in Abgrenzung zu § 2 Abs. 4 - die durchgängige Versorgungsgarantie."	Zielsetzung des Vertrages ist es, soweit möglich, durch Kooperation der am Vertrag teilnehmenden Betriebe eine durchgängige, den Qualitätsanforderungen des Vertrages entsprechende Versorgung der Versicherten zu erreichen. Die Vertragsteilnehmer werden jedoch durch den Vertrag nicht zu einer Kooperation gezwungen.  Die Bezahlung von Reparaturen erfolgt gem. § 7 Abs. 1 RV nach den vertraglichen Regelungen zu den Produktgruppen. Zusätzliche Kosten für den Versicherten dürfen nicht entstehen (§ 4 Abs. 5 RV). Hat eine Ersatzkasse für eine Versorgung im Rahmen eines Versorgungskonzeptes eine Vergütung gezahlt, die auch Reparaturleistungen umfasst, ist ein finanzieller Ausgleich zwischen den an der Versorgung beteiligten Betrieben herbeizuführen. Zusätzliche Kosten werden von der Ersatzkasse nicht übernommen.
<b>§ 4 Abs.1 RV</b>	"[...] Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der	Verordnet der Arzt ein Einzelprodukt, ggf. unter Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer, ist der Leistungserbringer ausschließlich zu einer formalen Prüfung verpflichtet, ob der Arzt eine medizinische Be-

	<p>jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Hierzu gehört insbesondere die Einhaltung der auf der Verordnung angegebenen Anzahl und Produktart. Weiterhin sind die verordnete Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung) sowie ggf. weitere Hinweise des Arztes zu beachten. Hat der Arzt ein konkretes Produkt, ggf. unter Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer verordnet, ist der Leistungserbringer zur Abgabe dieses Produktes nur dann verpflichtet, wenn der Arzt eine <b>medizinische Begründung</b> für die Versorgung mit diesem Produkt auf der Verordnung angegeben hat."</p>	<p>gründung für die Verordnung des Einzelproduktes angegeben hat. Eine Verpflichtung des Leistungserbringers zur inhaltlichen Prüfung der ärztlichen Begründung sieht der Vertrag nicht vor.</p> <p>Hat der Arzt keine medizinische Begründung für die Verordnung eines konkreten Produktes abgegeben, hat der Leistungserbringer gem. Vertrag die Wahl unter verfügbaren Produkten der verordneten Produktart. Es steht dem Leistungserbringer frei, vor der Abgabe eines anderen Produktes derselben Produktart Rücksprache mit dem Arzt zu nehmen, eine vertragliche Verpflichtung hierzu besteht jedoch für den Leistungserbringer nicht.</p>
§ 4 Abs. 2 RV	<p>"Ist vor der Durchführung einer Versorgung ein Kostenvoranschlag gem. § 4 Abs. 1 oder § 7 Abs. 2 erforderlich, sind der Ersatzkasse die vollständigen Daten gem. Anlage 3 unter Beifügung der ärztlichen Verordnung <b>im Original</b> zu übermitteln."</p>	<p>Der Leistungserbringer ist gem. Rechtsprechung (Urteil des Landgerichtes Bremen Az. 12 – 0 - 216/99 vom 22.07.1999) zur Herausgabe der Verordnung im Original verpflichtet.</p>
§ 4 Abs. 5 RV	<p>"Die Firma verpflichtet sich, den Service einschließlich Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel ohne zusätzliche Kosten für den Versicherten zu <b>gewährleisten</b> (s. § 7 Abs.1). Zum Service gehört auch die ggf. erforderliche Anpassung oder Anprobe der Hilfsmittel vor Ort. [...]"</p>	<p>Gem. den allgemeinen rechtlichen Vorschriften übernimmt der Leistungserbringer keine Gewährleistung, wenn Schäden auf einen unsachgemäßen Gebrauch eines Hilfsmittels durch den Versicherten oder einen Dritten zurückzuführen sind.</p> <p>Einer gesonderten vertraglichen Regelung bedarf es aufgrund der uneinge-</p>

		schränkten Geltung der allgemeinen Rechtsvorschriften nicht.
§ 4 Abs. 8 RV	"Der Leistungserbringer übernimmt unabhängig von der Versorgungsform alle Verpflichtungen einschließlich der personellen Anforderungen, die sich für die Versorgung mit Hilfsmitteln aus dem Medizinprodukte-Gesetz und den sonstigen Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung ergeben."	<p>Mit der vertraglichen Regelung übernehmen Leistungserbringer auch Verpflichtungen, die durch das Medizinproduktegesetz (MPG) originär den Krankenkassen zugewiesen sind. Die Erfüllung der Pflichten durch die Krankenkassen würde jedoch zu unverhältnismäßig hohen Aufwänden im Vergleich zu den entstehenden Aufwänden bei der Übernahme der Verpflichtungen durch die Leistungsanbieter führen. Die gesetzlich nicht ausgeschlossene Übertragung der aus dem MPG resultierenden Verpflichtungen auf die Leistungsanbieter entbindet die Ersatzkassen jedoch nicht von der Notwendigkeit der Überwachung der gesetzeskonformen Aufgabenerfüllung durch die Leistungserbringer.</p> <p>Die Abgeltung der bei den Leistungserbringern entstehenden Kosten für die Übernahme der originär den Krankenkassen zugewiesenen Verpflichtungen aus dem MPG ist nicht im Rahmenvertrag, sondern produktspezifisch an geeigneter Stelle zu regeln.</p>
§ 4 Abs. 9 RV	"Für die gelieferten Hilfsmittel gilt, sofern sich aus den Anhängen zu den vereinbarten Produktgruppen nichts anderes ergibt, eine <b>Gewährleistungsfrist von 2 Jahren</b> ab Auslieferung durch den Leistungserbringer, es sei denn die Hilfsmittel-	Bei der Gewährleistungsverpflichtung nach dem Vertrag ist die Lebensdauer eines Hilfsmittels zu berücksichtigen. In der Konsequenz fällt die Abnutzung des Hilfsmittels nicht in die Gewährleistung des Leistungserbringer-

	tel sind zum einmaligen Verbrauch bestimmt."	gers.  Einer gesonderten vertraglichen Regelung bedarf es aufgrund der uneingeschränkten Geltung der allgemeinen Rechtsvorschriften nicht, nach denen Gewährleistungsansprüche nach zwei Jahren verjähren.
§ 7 Abs. 1 RV	"[...] <b>Eigenwünsche des Versicherten</b> , die nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen unterliegen, müssen direkt mit dem Versicherten abgerechnet werden. Dies ist vorab über Kostenvoranschlag (wirtschaftliche Versorgung mit zusätzlichem gesondertem Ausweis der vom Versicherten höherwertig gewünschten Versorgung) <b>mit der Ersatzkasse abzustimmen.</b> "	Eigenwünsche des Versicherten können von der Ersatzkasse nicht unterbunden werden, welches durch die explizite Regelung in § 7 Abs. 1 RV unterstrichen wird.  Die Ersatzkasse muss jedoch über Eigenwünsche des Versicherten unterrichtet werden, da sie auf Basis der vollständigen Informationen über die geplante Versorgung ihre leistungsrechtliche Entscheidung im Einzelfall treffen muss. Des Weiteren wird durch die Abstimmung zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse dem Versicherten verdeutlicht, dass er die Kosten für seine Eigenwünsche selbst zu übernehmen hat.
§ 7 Abs. 3 RV	"[...] Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können weder beim Versicherten noch bei der leistungspflichtigen Ersatzkasse geltend gemacht werden. <b>Privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten</b> mit dem Ziel, diese Regelungen zu umgehen, sind unzulässig und gelten als schwer wiegender Vertragsverstoß, der zur sofortigen Vertragskündigung durch den Vertragspartner (Ersatzkassen) berechtigt. Abwei-	Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Kostenerstattung,</li> <li>• des § 13 Abs. 3 SGB V sowie</li> <li>• des § 9 Abs. 2 SGB IX</li> </ul> sind von diesem Vertrag nicht umfasst, da ausschließlich Sachleistungen auf Basis einer vertragsärztlichen Verordnung geregelt

	chendes gilt, wenn der Versicherte nach ausdrücklichem Hinweis über die vertraglichen Regularien (insbes. Genehmigungspflicht) auf sofortiger Belieferung besteht und eine entsprechende Erklärung unterzeichnet hat."	werden.
§ 8 Abs. 1 RV	"Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen."	Der Leistungserbringer erkennt die ansonsten für die Kostenträger geltenden Vorschriften auch für sich an, um die Bedeutung des Datenschutzes für die Versorgung der Versicherten zu unterstreichen. Er unterstützt damit die Kostenträger bei der Erfüllung der Bestimmung zum Schutz der Sozialdaten, soweit dies für ihn möglich ist. § 8 Abs. 1 RV verpflichtet den Leistungserbringer jedoch nicht zur Prüfung, ob die Angaben zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben von Ärzten, MDK oder leistungspflichtigen Ersatzkasse erforderlich sind, weil diese in eigener Zuständigkeit zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet sind.
§ 10 Abs. 1 RV	"Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben. Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig. Ebenso unzulässig sind <b>regelmäßige, vorterminierte Sprechstunden</b> von Leistungserbringern in Arztpraxen.  Eine Beeinflussung der Versicherten ist nicht zulässig. Als Beeinflussung gelten auch <b>Beratungen und Versorgungsleistungen in Arztpraxen, stationären oder sonstigen</b>	Der Vertrag schließt vorterminierte Sprechstunden aus, die nicht der themenbezogenen, interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Arzt und Leistungserbringer, sondern ausschließlich einer zeitlich gebündelten Abgabe von Hilfsmitteln für unterschiedliche Diagnosen dienen.  Nicht ausgeschlossen sind hingegen diagnosespezifische Sprechstunden, beispielsweise für Skoliose- oder Spina bifida-Patienten, deren Behandlung einer en-

	<b>außerbetrieblichen Einrichtungen über den Einzelfall/Notfall hinaus."</b>	gen und kontinuierlichen Verzahnung zwischen ärztlicher Therapie und Hilfsmittelversorgung bedarf.
<b>Anlage 2 zum RV, Ziffer 8</b>	"[...] Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Zugelassenen - <b>mit der nächsten</b> Abrechnung verrechnet werden ..."	Die Formulierung "mit der nächsten Abrechnung" bedeutet, dass die Rückforderungen mit der nächsten, auf die Geltendmachung der Beanstandung folgenden Abrechnung erhoben werden.