

Allgemeine Geschäftsbedingungen RezeptCheck und RezeptCheck PLUS („AGB“)

1. Gegenstand und Grundlagen des Vertrages

- 1.1. *RezeptCheck* bzw. *RezeptCheck PLUS* stellt eine zusätzliche Leistung bzw. Zusatzleistung zur Abrechnungsvereinbarung dar.
- 1.2. Vertragsvoraussetzung ist eine zwischen NHC und dem Vertragspartner bestehende Abrechnungsvereinbarung.
- 1.3. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur bestehenden Abrechnungsvereinbarung (Abrechnungs-AGB) Teil 1 und 3 in ihrer jeweiligen Fassung entsprechend, soweit sich aus diesen AGB nicht ein anderes ergibt. Hat der Vertragspartner sowohl Kassenabrechnung (GKV) als auch Privatliquidation vereinbart, so gelten ergänzend ausschließlich die oben genannten Teile der AGB zur Kassenabrechnung (GKV) Gesundheitsfachberufe. Bei Widersprüchen geht die vorliegende AGB vor.
- 1.4. § 312i Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis Nr. 3, Satz 2 BGB finden keine Anwendung.

2. [derzeit nicht belegt]

3. Leistungsumfang

- 3.1. Die Leistung umfasst nur Verordnungen, die nach Bestätigung des Vertragsschlusses eingereicht werden und gilt nicht für bereits eingereichte Verordnungen; die Leistung greift jedoch frühestens fünf Werktage nach dem Antrag des Vertragspartners. Die Leistung umfasst außerdem nur Forderungen, die der Verität entsprechen. Nachrechnungen werden von der Leistung nicht erfasst.
- 3.2. Der Vertragspartner beauftragt NHC im Rahmen von *RezeptCheck* mit der Vorprüfung von Heilmittelrezept Muster 13 und Z 13, gemäß des in Ziff. 3.4 umschriebenen Vorprüfungsumfangs. Innerhalb des definierten Vorprüfungsumfangs stellt *RezeptCheck* sicher, dass es nicht zu Absetzungen oder Verordnungs-Einbehalten durch den öffentlich-rechtlichen Kostenträger („Schuldner“) kommt („finanzieller Ausfall“). Die Vorprüfung umfasst alle vom Vertragspartner eingereichten Verordnungen.
- 3.3. Die Vorprüfung ist der Abrechnung unmittelbar vorgeschaltet. Der Vertragspartner muss NHC Heilmittelrezepte in Anbetracht der mit den Schuldnern vereinbarten Einreichungsfristen rechtzeitig zur Verfügung stellen, sodass NHC Zeit zur Vorprüfung und anschließenden Abrechnung gegenüber den Kostenträgern verbleibt; dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der Vertragspartner Heilmittelrezepte ggf. (mehrfach) korrigieren muss. Die Zurverfügungstellung (insb. auch korrigierter) Heilmittelrezepte durch den Vertragspartner bei NHC ist nur rechtzeitig, wenn NHC ab dem Auszahlungsziel an den Vertragspartner noch weitere zehn Werktage zur Abrechnung gegenüber den Schuldnern verbleiben, ohne dass insoweit die mit den Schuldnern vereinbarte (Wieder-)Einreichungsfrist überschritten würde.
- 3.4. Die Prüfkriterien für *RezeptCheck* sind in Anlage 1 „Prüfkriterien“ geregelt. Die erfassten Schuldner sind in Anlage 2 „Geprüfte Kostenträger“ geregelt. Anlage 1 und 2 richten sich nach dem Prüfverhalten der Schuldner, das sich i.d.R. nach den Heilmittel-Rahmenverträgen richtet. Hierzu wird das Einbehalt- und Prüfverhalten der Schuld-

ner monatlich durch NHC überprüft. Ergeben sich insoweit Änderungen des Prüfverhaltens, kann NHC jederzeit Schuldner in die Prüfung aufnehmen oder aus der Prüfung herausnehmen bzw. Prüfkriterien streichen oder ergänzen. Derartige Anpassungen der Anlagen 1 bzw. 2 zählen nicht als Vertrags- oder Leistungsänderung. NHC stellt dem Vertragspartner bei Änderungen die Anlagen 1 bzw. 2 in aktualisierter Fassung unaufgefordert elektronisch zur Verfügung.

- 3.5. Ergibt die Vorprüfung Fehler des Heilmittelrezeptes im Sinne des Vorprüfungsumfangs, wird das Heilmittelrezept unter Angabe der Beanstandungsgründe an den Vertragspartner zurückgeschickt.
- 3.6. Rechnet NHC Heilmittelrezepte ab, die der Vorprüfung unterzogen wurden, ohne dass sich aus Sicht der NHC ein Fehler im Sinne des Vorprüfungsumfangs ergeben hat, und zeigt sich im Nachgang bei Abrechnung ein solcher Fehler, der zu einem finanziellen Ausfall führt, gewährt NHC dem Vertragspartner einen Ausfallschutz. Der Vertragspartner erhält im Rahmen des Ausfallschutzes den Betrag, den er ohne den Ausfall erhalten hätte („Ausfallschutzbetrag“).
- 3.7. Der Vertragspartner kann *RezeptCheck* für einzelne Heilmittelverordnungen aussetzen. Dazu gibt er NHC zu verstehen, dass eine (weitere) Prüfung nicht erfolgen soll; hierzu kann er der Verordnung, die nicht geprüft werden soll, z.B. das Abschaltformular beifügt, das NHC zur Verfügung stellt. Setzt der Vertragspartner *RezeptCheck* aus, entfällt der Ausfallschutz nach Ziff. 3.6.
- 3.8. Für *RezeptCheck PLUS* gelten die Ziffern 3.1 bis 3.6 entsprechend, soweit sich aus Satz 2 bis 4 nichts anderes ergibt. Voraussetzung für *RezeptCheck PLUS* ist ein bestehender Vertrag über *RezeptCheck*. *RezeptCheck PLUS* steht nur für Physiotherapeuten zur Verfügung. Im Rahmen von *RezeptCheck PLUS* wird ausschließlich das Muster 13 geprüft. Kommt es zu einem finanziellen Ausfall, gewährt NHC unabhängig vom Vorprüfungsumfang einen Ausfallschutz.

4. Laufzeit und Kündigung

- 4.1. Die Beauftragung von *RezeptCheck* bzw. *RezeptCheck PLUS* erfolgt auf unbestimmte Zeit. Sie ist jeweils mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Kalendermonats in Textform kündbar.
- 4.2. Ein wichtiger Grund zur fristlosen Kündigung durch NOVENTI stellen Verstöße des Vertragspartners gegen seine Sorgfaltspflichten dar, indem wiederholt und in erhöhtem Maße Verordnungen, die offensichtliche Fehler aufweisen, bei NHC eingereicht werden. Als offensichtliche Fehler zählen insbesondere fehlende Patientenunterschriften oder Angaben zur erbrachten Leistung oder fehlende Stempel bzw. Unterschriften des Leistungserbringers.
- 4.3. Die Kündigung dieser zusätzlichen Leistung lässt den Abrechnungsvertrag und/oder andere zusätzliche Leistungen unberührt (Teilkündigung). *RezeptCheck PLUS* ist separat kündbar. Endet *RezeptCheck*, endet automatisch auch *RezeptCheck PLUS*, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- 4.4. Besteht kein Abrechnungsvertrag mehr, enden automatisch auch *RezeptCheck* und *RezeptCheck PLUS* zum selben Zeitpunkt, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedürfte.

Anlage 1 - Prüfkriterien

1. Ausstellungsdatum fehlt
2. Frequenzempfehlung fehlt
3. Diagnose fehlt (keine inhaltliche Prüfung)
4. Behandlungsdaten fehlen
5. Versichertenunterschriften fehlen
6. Leistungen nicht verordnet
7. Hausbesuch nicht verordnet
8. Maßnahmen stimmen nicht mit der verordneten Leistung überein
9. Behandlungsunterbrechung ohne Begründung
10. Stempel und/oder Unterschrift des Leistungserbringers fehlt
11. Stempel und/oder Unterschrift des Arztes fehlt
12. Altersüberschreitung bei ZNS-KG für Kinder
13. Behandlungsbeginn vor Ausstellungsdatum
14. Fristverletzung bei dringlichem Behandlungsbedarf
15. Diagnosegruppe fehlt oder ist ungültig
16. Diagnosegruppe und Leitsymptomatik passen nicht zur verordneten Leistung
17. Heilmittelkombinationen gemäß HMR unzulässig
18. Ergänzendes Heilmittel als alleinige Leistung (Ausnahme: Elektrotherapie, Elektrostimulation, Ultraschall-Wärmetherapie)
19. Höchstmenge pro Verordnung gemäß HMR überschritten
20. Fristüberschreitung zwischen erstem Behandlungsdatum und Ausstellungsdatum
21. Diagnosegruppe für Heilmittelbereich nicht zulässig
22. Leitsymptomatik für Diagnosegruppe nicht zulässig
23. Entlassmanagement-Vorgaben: Behandlungsbeginn nicht erfüllt
24. Indikationsschlüssel fehlerhaft oder nicht vorhanden (nur für zahnärztliche Heilmittelverordnungen)
25. Indikationsschlüssel nicht zulässig für verordnete Leistung (nur für zahnärztliche Heilmittelverordnungen)
26. Leistungserbringer-Unterschriften je Maßnahme sind unvollständig (nur für Podologie und Logopädie)
27. Personalfeld nicht vollständig
28. Angabe der Abrechnungsmenge ist fehlerhaft
29. Behandlungsdaten entsprechen nicht der Frequenzempfehlung (Hinweis: Nicht für Podologie)
30. Altersangabe bei LHB und BVB nicht berücksichtigt
31. Datum bzw. Unterschrift fehlt bei Änderung durch den Arzt
32. Änderungen im Bestätigungsfeld nicht korrekt
33. Korrekturmittel wurden verwendet
34. Entlassmanagement-Vorgaben: Behandlungsende nicht erfüllt
35. Abrechnungsfrist ist überschritten
36. Ungültige Diagnosegruppen bei Blankoverordnungen

Anlage 2 – Geprüfte Kostenträger

1. AOK Baden-Württemberg
2. AOK Bayern
3. AOK Hessen
4. AOK Niedersachsen
5. AOK Nordost
6. AOK Nordwest: Schleswig-Holstein
7. AOK Nordwest: Westfalen-Lippe
8. AOK Plus
9. AOK Rheinland/Hamburg
10. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
11. AOK Sachsen-Anhalt
12. Audi BKK
13. Barmer
14. BIG direkt
15. BKK 24
16. BKK Deutsche Bank AG
17. BKK Faber-Castell
18. BKK Gildemeister
19. BKK Linde
20. BKK Mobil Oil
21. BKK PFAFF
22. BKK Provita
23. BKK Salzgitter
24. BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
25. BKK Verbund Plus
26. BKK ZF und Partner
27. BMW BKK
28. Bosch BKK
29. Bundesknappschaft Saarland
30. Bundesknappschaft Westfalen-Lippe
31. Daimler BKK
32. DAK
33. HEK – Hanseatische Krankenkasse
34. IKK Brandenburg und Berlin
35. IKK classic
36. IKK-Die Innovationskasse
37. IKK gesund plus
38. IKK Südwest
39. Novitas BKK
40. Siemens BKK
41. Techniker Krankenkasse
42. Viactiv
43. vivida BKK