

Direktabrechnung mit der PKV

Basistarif und andere Fallstricke

Privatrezepte sind im Vergleich zu Kassenrezepten angenehm zu handhaben. Es gibt in der Regel keine komplizierten Abgaberegeln, keine Rabattverträge und keine Retaxationen – oder etwa doch? Hat die Apotheke eine Direktabrechnung mit dem Privatversicherer vereinbart, kann es zu bösen Überraschungen kommen, z.B. wenn der Patient unbemerkt in den Basis- oder Notlagentarif wechselt.

Apotheken haben die Möglichkeit, Rezepte in bestimmten Fällen direkt mit einer privaten Krankenversicherung (PKV) abzurechnen. Der Deutsche Apothekerverband hat zu diesem Zweck mit einigen Versicherern Kooperationsverträge geschlossen, in denen die Bedingungen der Abrechnung festgelegt sind (z. B. mit Debeka, Allianz, HUK-COBURG, AXA). Häufig kommt das Verfahren bei hochpreisigen Arzneimitteln zum Einsatz. Dadurch ist die Apotheke vor Zahlungsausfällen des Kunden geschützt, und der Kunde muss nicht in Vorleistung treten. Eine Win-win-Situation also? Nicht immer: Geschützt ist die Apotheke nicht, wenn der Versicherer die Leistung nicht oder nur teilweise erstattet. Für den (Rest-)Betrag übernimmt die Apotheke das Inkasso gegenüber dem Patienten. Ist der Kunde beispielsweise in den Basis- oder Notlagentarif gewechselt, ohne dass die Apotheke davon weiß, kann es zu Zahlungsausfällen kommen, da für diese Tarife besondere Abgabebestimmungen gelten.

Was ist der Basistarif?

Kann ein privat Versicherter seine Beiträge nicht mehr bezahlen, aber nicht in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln, hat er seit dem 1. Januar 2009 Anspruch auf den Basistarif. Dieser spiegelt das Leistungsspektrum der GKV wider. Auch Versicherte, die vor 2009 in der PKV versichert waren, können den Basistarif unter bestimmten Bedingungen nutzen.

Besonderheiten bei der Rezeptbelieferung

Privatrezepte im Basistarif sind wie Muster-16-Rezepte der GKV nur einen Monat nach Ausstellung gültig. Ist die Frist überschritten, zahlt der Versicherer das Geld nicht und die Apotheke muss das Geld selbst vom Patienten einfordern. Für BtM-Rezepte gilt auch bei Privatrezepten die Gültigkeit von 7 Tagen nach Ausstellung, ebenso bei T-Rezepten die Frist von 6 Tagen nach Aus-

stellung. Zu beachten ist außerdem, dass nur Vertragsärzte der GKV die Rezepte für Versicherte im Basistarif ausstellen dürfen.

Da sich der Basistarif an GKV-Leistungen orientiert, sind alle Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse für Arzneimittel zu beachten (z. B. OTC-Arzneimittel, Lifestyle). Das Rezept ist im Prinzip wie ein Kassenrezept zu behandeln. Rabattverträge gibt es zwar nicht, aber laut den allgemeinen Versicherungsbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung muss eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgegeben werden, wenn mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel zur Auswahl stehen. Ausgenommen sind Fälle, in denen die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels medizinisch notwendig oder keines der drei preisgünstigsten Präparate lieferbar ist. Mehrkosten erstattet die PKV im Basistarif nicht.

Weitere Regelungen, z. B. hinsichtlich Zuzahlungen und Hilfsmitteln, können in den allgemeinen Versicherungsbedingungen nachgelesen werden.



Allgemeine Versicherungsbedingungen
Basistarif:

www.DAPdialog.de/5534

Im sogenannten Notlagentarif, der als Lösung für eine vorübergehende Zahlungsunfähigkeit gedacht ist, muss ein Rezept innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung beliefert werden. Weitere Regelungen zur Rezeptbelieferung finden sich in den allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Notlagentarif.

Fazit

Rechnet die Apotheke für einen Patienten direkt mit der PKV ab, ist es wichtig, im Gespräch zu bleiben und den Versicherten zu bitten, die Apotheke über Änderungen des Versicherungsverhältnisses zu informieren. Schon vorab sollte geklärt werden, ob der Versicherte im Basis- oder Notlagentarif ist, damit die Apotheke sich an die speziellen Abgabebestimmungen halten kann.