

DIE BVA INFORMIERT

Aktuell. Selbstbehalte für Arztbesuche sind für BVA-Versicherte nichts Neues. Seit über 80 Jahren stellt der Behandlungsbeitrag ein wesentliches Merkmal der Krankenversicherung des öffentlichen Dienstes dar.

Sicherung des Leistungsniveaus

Der Behandlungsbeitrag für öffentlich Bedienstete ist so alt wie deren Krankenversicherung selbst. Bereits im Grundgesetz von 1920 wurde – zur Absicherung des Grundsatzes der freien Arztwahl – eine „Arztgebühr“ festgeschrieben, die im Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) 1967 mit 20 Prozent auf ärztliche Grundleistungen fixiert ist.

20 Prozent auf ärztliche Hilfe

In § 63 Abs. 4 B-KUVG ist die Ermächtigung zur Einhebung eines 20-prozentigen Behandlungsbeitrages auf durch die Satzung festzusetzende Fälle der ärztlichen Hilfe festgeschrieben. Dies sind: Grundleistungen (Ordinationen, Visiten), Diagnose- und Therapiegespräche, Bild gebende Diagnoseverfahren (z. B. Röntgen, Sono-, Tomographie), Laboruntersuchungen, Physio- und Ergotherapie, klinisch-psychologische Diagnostik, Psychotherapie, elektrokardiografische (EKG-) und ergometrische Untersuchungen. Für Leistungen, die mit den Landesfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung verrechnet werden oder pauschal abgegolten sind, wird die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt. Diese orientiert sich an jenen Beträgen, die bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit Einzelleistungssystem vorgeschrieben werden, und beträgt 5,81 Euro.

Für Metallgerüstprothesen und Kieferorthopädie kann die Satzung einen höheren Behandlungsbeitrag bestimmen. So wird für Metallgerüstprothesen (einschließlich der ihrem Halt die-

nenden Klammerzahnkronen) sowie für kieferorthopädische Behandlungen ein Behandlungsbeitrag von 50 Prozent eingehoben. Für alle anderen Sachleistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes werden 20 Prozent des Vertragstarifes vorgeschrieben.

Ein Netz für sozial Schwache

Damit der Behandlungsbeitrag nicht zur unzumutbaren Belastung wird, hat die BVA durch die Festsetzung eigener Richtlinien ein Netz für sozial Schwache gespannt. Dadurch ist es möglich, unter bestimmten Voraussetzungen den Behandlungsbeitrag nachzusehen.

➤ Die Beurteilung der finanziellen Lage des Versicherten erfolgt nach dem Familien-Nettoeinkommen. Das Abstellen auf dieses in Verbindung mit der Berücksichtigung der Zahl der anspruchsberechtigten Familienangehörigen (durch Abzug eines Betrages von derzeit 321,99 Euro bei anspruchsberechtigtem Ehepartner und 68,49 pro anspruchsberechtigtem Kind) gewährt ein Eingehen auf die sozialen Umstände des Versicherten.

➤ Nachgesehen wird die monatliche Belastung, die den Richtwert (das ist ein Betrag zwischen null und zehn Prozent des monatlichen Einkommens) übersteigt. Die diesen Wert übersteigende monatliche Belastung aus Behandlungsbeiträgen, Rezeptgebühren und Kostenanteilen für Heilbehelfe wird nachgesehen, Beträge bis zur Höhe des Richtwertes verbleiben dem Antragsteller als Selbstbehalt.

➤ Als Einkommenshöchstgrenze für die Nachsichtsmöglichkeit gilt heuer ein Familien-Nettoeinkommen von

2252,39 Euro. Bei diesem Einkommen wird ein Richtwert von zehn Prozent erreicht, das heißt, dass eine monatliche Belastung von über 225,23 Euro nachgesehen wird. Bei niedrigeren Familieneinkommen ist der Richtwert niedriger – ein Prozentsatz von null, also eine Befreiung zur Gänze von allen Kostenanteilen wird bei einem Nettoeinkommen von derzeit 643,54 Euro erreicht.

➤ Die für festsitzenden Zahnersatz, Metallgerüstprothesen und kieferorthopädische Behandlungen anfallenden Behandlungsbeiträge stellen für den Versicherten eine für einen längeren Zeitraum einmalige Belastung dar. Daher wird der Behandlungsbeitrag in zwölf Monatsraten geteilt und diese Raten der monatlichen Belastung aus den sonstigen Kostenanteilen (Rezeptgebühren, sonstige Behandlungsbeiträge, Heilbehelfe) hinzugerechnet.

Kontrolle und Information

Dass das System der BVA seit über 80 Jahren akzeptiert und anerkannt ist, hat vor allem folgende Gründe: Das seit der Gründung der BVA praktizierte System der freien Arztwahl, kombiniert mit Vergütung von Einzelleistungen, braucht einen Regulator für die Inanspruchnahme, und war bereits im Ursprungsgesetz 1920 verankert. Zusätzlich wird Transparenz erzeugt, weil auch in Bezug auf die Vertragspartner der Versicherte in der Lage ist, zu überprüfen, ob er die Leistungen, die der Vertragsarzt verrechnet hat, auch tatsächlich in Anspruch genommen hat.

Weiters wird durch die Vorschreibung auch eine Behandlungskosteninformation gewährleistet – aufgrund der Beitragsvorschreibung kann der Versicherte die Kosten seiner Behandlung ermessen – er weiß, was die Behandlung „wert ist“. Und letztlich stellt der Behandlungsbeitrag für die BVA, deren Mittel zur Bestreitung ihrer Aufwendungen fast ausschließlich durch Beiträge der Dienstgeber und Dienstnehmer aufgebracht werden, einen wesentlicher Faktor zur Erhaltung ihres hohen Leistungsniveaus dar. ◆