

Kurztitel

Bauern-Sozialversicherungsgesetz

Kundmachungsorgan

BGBI. Nr. 559/1978 zuletzt geändert durch BGBI. I Nr. 171/2004

Typ

BG

§/Artikel/Anlage

§ 80

Inkrafttretensdatum

01.01.2008

Außerkrafttretensdatum

31.12.2004

Abkürzung

BSVG

Index

66/02 Andere Sozialversicherungsgesetze

Text**Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung**

§ 80. (1) Die Leistungen werden als Sachleistungen, als Geldleistungen durch Kostenerstattung oder durch Kostenzuschüsse erbracht.

(2) Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20% von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird. Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch niedergelassene Ärzte, Dentisten und Gruppenpraxen beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich 7,14 € pro Behandlungsfall und Quartal. Als Behandlungsfall gilt auch die mehrmalig im Quartal erfolgende Leistungsanspruchnahme. An die Stelle des im zweiten Satz (*Anm.: richtig: dritten Satz*) genannten Betrages tritt ab 1. Jänner jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag, gerundet auf Cent. Die Satzung kann, soweit dies für die Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers erforderlich ist, den Behandlungsbeitrag mit einem über die jeweils geltende Höhe hinausgehenden Betrag festsetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ASVG zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 v. H. der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse

werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 auszuzahlen ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

(3) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen

a) bei Leistungen gemäß den §§ 81, 82, 82a, 97 und 101 sowie bei Leistungen gemäß § 96a mit Ausnahme der Zuzahlung gemäß § 96a Abs. 7;

b) bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten;

(Anm.: lit. c aufgehoben durch BGBl. Nr. 764/1996)

d) bei Dialysebehandlungen infolge Nierenerkrankungen;

(Anm.: lit. e und f aufgehoben durch BGBl. Nr. 764/1996)

g) bei der Gewährung von Leistungen der Anstaltspflege, mit Ausnahme ambulanter Leistungen, bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten;

(Anm.: tritt mit Ablauf des 31.12.2004 außer Kraft)

(4) Der Versicherungsträger kann von der Einhebung des Kostenanteiles absehen

a) bei allen Leistungen, wenn der vorzuschreibende Kostenanteil 1,09 € nicht übersteigt und die Einhebung mit Kosten verbunden wäre, die in keinem angemessenen Verhältnis zur Höhe des Kostenanteiles stehen;

b) bei Sachleistungen, wenn die an die Vertragspartner zu leistende Vergütung durch vertragliche Regelungen in Pauschbeträgen unabhängig von der dem einzelnen Anspruchsberechtigten erbrachten Leistung festgesetzt ist;

c) bei Sachleistungen, wenn durch die abgeschlossenen vertraglichen Regelungen die Vergütung rückwirkend erhöht wird, für den auf die Erhöhung entfallenden Kostenanteil.

(Anm.: lit. d aufgehoben durch BGBl. Nr. 113/1986)

(5) Der Kostenanteil ist – mit Ausnahme des Behandlungsbeitrages – bei Inanspruchnahme der Leistung an den Vertragspartner zu entrichten und in weiterer Folge von diesem mit dem Versicherungsträger gegenzurechnen. Im Falle der Einhebung durch den Versicherungsträger ist der Kostenanteil längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Der Kostenanteil kann, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, auch gemeinsam mit den Beiträgen vorgeschrieben werden, in diesem Fall wird er mit den Beiträgen fällig. Im übrigen gelten für die Einhebung des Kostenanteiles die Bestimmungen der §§ 33 Abs. 2 und 36 bis 40, § 33 Abs. 2 jedoch mit der Maßgabe, daß Teilzahlungen zur Gänze vorrangig auf den Rückstand an Kostenanteilen angerechnet werden.

(6) Zur Eintreibung des Kostenanteiles ist dem Versicherungsträger die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).

(7) Zahlungen, die auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen für den Versicherten geleistet werden, sind auf den vom Versicherten zu entrichtenden Kostenanteil anzurechnen.

(8) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbildung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Kostenzuschuss nach Abs. 1 festzusetzen. Die Höhe des Kostenzuschusses hat sich am Ausmaß der durchschnittlichen Kostentragung von ausländischen gesetzlichen Versicherungsträgern mit Sitz in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes für diese Behandlung zu orientieren, wenn diese Behandlung im betreffenden Staat ebenfalls ambulant erfolgt.

Schlagworte

Krankenschein

Zuletzt aktualisiert am

04.12.2023

Gesetzesnummer

10008431

Dokumentnummer

NOR40062076