

Kurztitel

Bauern-Sozialversicherungsgesetz

Kundmachungsorgan

BGBI. Nr. 559/1978 zuletzt geändert durch BGBI. I Nr. 30/2022

Typ

BG

§/Artikel/Anlage

§ 80

Inkrafttretensdatum

19.03.2022

Außerkrafttretensdatum

19.07.2024

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 Landesgesundheitsfonds 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/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Primärversorgungseinheiten und Gruppenpraxen beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich 7,14 € ^(Anm. 1) 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/der Versicherten tritt der/die Ehegatte/Ehegattin oder der/die eingetragene Partner/Partnerin des/der Versicherten, an den/die die Pension nach § 71 Abs. 4 auszuzahlen ist, sofern dies von einem der Ehegatten oder eingetragenen Partner/Partnerinnen 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;
 - h) bei Leistungen der Krankenbehandlung, der Zahnbehandlung mit Ausnahme von nicht unter § 95a fallenden Kieferregulierungen sowie Krankentransporten für Angehörige nach § 78 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4.

- (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 bei Bestehen einer diesbezüglichen Vereinbarung mit den Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern von diesen, ansonsten nachträglich vom Versicherungsträger einzuheben. Im Falle der Einhebung durch den Versicherungsträger ist der Kostenanteil längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Verschreibung 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 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes 1991).

(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 Tumorbehandlung 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.

(_____)

Anm. 1: gemäß BGBl. II Nr. 590/2021 für 2022: 10,97 €
gemäß BGBl. II Nr. 459/2022 für 2023: 11,31 €
gemäß BGBl. II Nr. 407/2023 für 2024: 11,71 €)

Schlagworte

Krankenschein

Zuletzt aktualisiert am

03.09.2025

Gesetzesnummer

10008431

Dokumentnummer

NOR40242793