

§ 85 GSVG Art der Leistungserbringung

GSVG - Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz

⌚ Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 16.01.2026

1. (1) Die Leistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz sind Geldleistungen oder Sachleistungen.
2. (2) Geldleistungen werden erbracht,
 1. a) wenn es sich um Leistungen handelt, die nach den einschlägigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung in Geld zu gewähren sind;
 2. b) wenn bei anderen Leistungen als Anstaltspflege ein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, durch Kostenersätze bis zur Höhe jenes Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des vom Versicherten zu leistenden Kostenanteiles gemäß § 86 bzw. bei Heilmitteln durch Kostenersätze im Ausmaß von 80 v. H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzntaxe abzüglich der Rezeptgebühr;
 3. c) wenn kein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, durch Kostenersätze nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt, bis zur Höhe von 80 v. H. der dem Versicherten für die jeweilige Leistung erwachsenen Kosten, bzw. bei Heilmitteln durch Kostenersätze im Ausmaß von 80 v. H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzntaxe, abzüglich des Betrages der Rezeptgebühr (§ 92 Abs. 3), die im Falle einer Sachleistung zu entrichten wäre.
3. (2a) Ein Kostenersatz für die Hilfe eines selbständig tätigen approbierten Arztes (§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998), der nicht nach Art. 29 der Richtlinie 2005/36/EG das Recht erworben hat, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben, ist ausgeschlossen.
4. (3) Sachleistungen sind Leistungen, die vom Versicherungsträger durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmäßigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung erbracht werden. Der Versicherungsträger kann in seiner Satzung bestimmen, daß für Versicherte anstelle der Sachleistungen bare Leistungen gewährt werden, wenn
 1. 1. sie ausschließlich nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind und ihre vorläufige Beitragsgrundlage (§ 25a) auf Grund von Einkünften gebildet wird, die den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreichen oder übersteigen, oder
 2. 2. sie in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz weiterversichert sind und Beiträge nach § 30 Abs. 1 entrichten oder
 3. 3. ihre Pension nach diesem Bundesgesetz oder die Summe aus Pension und dem in Z 1 bezeichneten Betrag den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreicht oder übersteigt.Die Höhe der baren Leistungen darf 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht überschreiten. Durch die Feststellung der Beitragsgrundlage gemäß § 25 bleibt der Anspruch auf Sach- bzw. Geldleistungen unberührt.
5. (4) Soweit vertragliche Regelungen für alle oder einzelne Gruppen von Versicherten oder für bestimmte Leistungen nicht bestehen, sind an Stelle von Sachleistungen Geldleistungen durch Kostenersätze nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 lit. c zu gewähren. Versicherten, die vor Eintritt des vertragslosen Zustandes Anspruch auf Sachleistungen hatten, sind Kostenersätze nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 lit. b zu gewähren. Der Versicherungsträger kann diese Kostenersätze durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen.
6. (4a) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen ist ein Kostenersatz festzusetzen. Die Höhe des Kostenersatzes 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.
7. (5) Ein Anspruch auf Sachleistungen im Sinne des Abs. 3 erster Satz steht jedenfalls den Versicherten zu,
 1. 1. deren Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz ausschließlich auf der Ausübung einer diese Pflichtversicherung begründenden selbständigen Erwerbstätigkeit beruht und für die eine vorläufige Beitragsgrundlage gemäß § 25a Abs. 1 Z 1 festgestellt wird;
 2. 2. die auf Grund der Bestimmung des § 27 Abs. 5 erster Satz monatlich einen von der Höchstbeitragsgrundlage (§ 25 Abs. 5) bemessenen Beitrag zu leisten haben;
 3. 3. deren Beitragsgrundlage nach § 25a Abs. 5 ermittelt wurde.

In Kraft seit 19.03.2022 bis 31.12.9999

© 2026 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at