

PATIENTENINFORMATIONSBLATT KOSTENBEITRAG

Die Kostenbeiträge gem. Stmk. Krankenanstaltengesetz (StKAG) bzw. gem. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) stellen Selbstbehalte der Patient*innen/Hauptversicherten an der Finanzierung des Gesundheitssystems dar und sind nicht als Beiträge für die Verpflegung zu sehen.

Welcher Kostenbeitrag (StKAG oder ASVG) für Ihren stationären/tagesklinischen Aufenthalt abgerechnet wird, ist gem. den gesetzlichen Vorgaben abhängig von Ihrem Sozialversicherungsverhältnis:

Sozialversicherungsträger	selbstversichert	mitversichert
Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)	StKAG	ASVG
Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS) <i>Versichertengruppe der Bauern</i>	ASVG	ASVG
<i>Versichertengruppe der Gewerbetreibenden, Neuen Selbstständigen & Freiberufler</i>	StKAG	StKAG
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahn und Bergbau (BVAEB)	StKAG	StKAG
Krankenfürsorgeanstalt (KFA)	StKAG	StKAG

KOSTENBEITRAG gem. § 447f Abs. 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)

Gem. § 447f Abs. 7 ASVG hat die*der Versicherte nach ASVG und nach BSVG (Bauern-Sozialversicherungsgesetz) **bei Anstaltspflege eines Angehörigen und bei Anstaltspflege einer*ines Versicherten nach dem BSVG** an das Land einen Kostenbeitrag in Höhe von 10% der am 31.12.1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührensätze, vervielfacht mit den jährlichen Hundertsätzen gem. § 28 KAKuG zu leisten.

Der zu leistende ASVG-Kostenbeitrag **ab 01.01.2023 beträgt pro Pflegetag** für:

Steiermärkische Landeskrankenanstalten mit
Ausnahme der Abteilungen für Psychiatrie am LKH
Graz II **€ 24,00**

LKH Graz II, Abteilungen für Psychiatrie **€ 16,90**

Vom ASVG-Kostenbeitrag ist abzusehen,

1. sobald die Zeiten der Anstaltspflege in einem Kalenderjahr die Dauer von vier Wochen (= 28 Kalendertage) übersteigen;
2. für Anstaltspflege, die aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft geleistet wird (= ab Beginn der 33. Schwangerschaftswoche, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen);
3. für Leistungen nach § 120a ASVG und nach § 76a BSVG (= Organspende) sowie nach § 80 Abs. 3 lit b, d, g BSVG (d.s. anzeigepflichtige, übertragbare Krankheiten, Dialysebehandlungen infolge Nierenerkrankungen, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten);
4. für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

KOSTENBEITRAG gem. § 74 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 - StKAG

Von allen Personen, die eine stationäre Behandlung in der **allgemeinen Gebührenklasse** in Anspruch nehmen, ist **ab 01.01.2023** ein Kostenbeitrag in der Höhe von **€ 11,38** pro Pflorgetag zu leisten (darin enthalten € 1,45 für den Stmk. Gesundheitsfonds und € 0,73 für den Patientenentschädigungsfonds).

Der Beitrag ist pro Person für **maximal 28 Kalendertage pro Kalenderjahr** zu entrichten; erfolgt die Aufnahme und Entlassung innerhalb von 24 Stunden, so ist dieser Kostenbeitrag nur einmal zu entrichten.

Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung eines Kostenbeitrags gem. § 74 StKAG sind:

1. Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird (die Entrichtung einer Sondergebühr gilt nicht als Kostenbeitrag und bewirkt keine Gebührenbefreiung).
2. Personen, die Anstaltspflege im Falle der Mutterschaft bzw. im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft (ab der 33. Schwangerschaftswoche) oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen.
3. Personen, die zum Zwecke einer Organspende stationär in Anstaltspflege sind.
4. Personen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist:

1.) Personen, die nachweislich von der Rezeptgebühr nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften befreit sind:

a.) Ohne Antrag:

- Personen, die Geldleistungen erhalten wie z.B. Bezieher*innen einer Ausgleichszulage, Bezieher*innen von Sozialhilfe, Asylwerber*innen, etc.
- Zivildienstler und deren anspruchsberechtigte Angehörige
- Teilnehmer*innen des Freiwilligen Sozialjahres, des Freiwilligen Umweltschutzjahres, etc.
- Selbstversicherte Personen, die sich der Pflege eines behinderten Kindes widmen
- Personen, die den Krankenkassen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz, Heeresversorgungsgesetz bzw. dem Opferfürsorgegesetz zugeteilt sind

b.) Auf Antrag:

Personen, deren monatliches Nettoeinkommen* € 1.110,26 für Alleinstehende oder € 1.751,56 für Ehepaare bzw. Lebensgefährten nicht übersteigt.

Personen, denen infolge von Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen und deren monatliches Nettoeinkommen* € 1.276,80 für Alleinstehende oder € 2.014,29 für Ehepaare bzw. Lebensgefährten nicht übersteigt.

*Zu beachten:

Die angeführten Richtsätze erhöhen sich um € 171,31 für jedes Kind. Für das Nettoeinkommen ist auch das Einkommen eines mit ihr*ihm im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartners/eingetragenen Partners oder Lebensgefährte*in zu 100 % zu berücksichtigen. Das Einkommen sonstiger mit ihr*ihm im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen ist nur zu 12,5 % anzurechnen.

2.) Personen, die nicht rezeptgebührenbefreit sind, deren monatliches Nettoeinkommen aber unter dem Richtsatz der Ausgleichszulage (€ 1.110,26 für Alleinstehende, € 1.751,56 für Ehepaare/oder eingetragene Partner in einem Haushalt, € 171,31 als Richtsaterhöhung für jedes Kind, dessen Nettoeinkommen € 408,36 nicht erreicht) liegt, das sind Ausgleichszulagenbezieher*innen, Sozialhilfeempfänger*innen, Lehrlinge u.a.

Die Pflicht zum Nachweis der sozialen Schutzbedürftigkeit obliegt dem*der Patient*in (z.B. Einkommens- bzw. Pensionsbestätigung, etc.)!

Die Berechnung für eine eventuelle Befreiung erfolgt gem. Pkt. 4.1.b.).

5. Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.