

§ 148 ASVG Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

ASVG - Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Ⓞ Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 23.01.2025

§ 148.

(Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds nach Art. 18 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens finanziert werden, sind nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. 1. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die nach § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.
2. 2. Die den Krankenanstalten nach § 27b des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesgesundheitsfonds zu entrichten.
3. 3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:
 1. a) LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 2 KAKuG,
 2. b) Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 3 KAKuG,
 3. c) Kostenbeiträge nach § 27a KAKuG,
 4. d) Ausgleichszahlungen nach § 27b Abs. 4 KAKuG.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Dachverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (Art. 25 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) und die im § 27 Abs. 2 KAKuG angeführten Leistungen.

4. 4. Der Kostenbeitrag nach § 447f Abs. 7 ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Landesgesundheitsfonds einzuheben.
5. 5. Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesgesundheitsfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:
 1. a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
 2. b) das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten (§ 10 Abs. 1 Z 4 KAKuG);
 3. c) das Recht, den Patienten/die Patientin durch eine/n beauftragte/n Fachärztin/Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;

4. d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen eines Landesgesundheitsfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versicherungszuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfasst auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Landesgesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden.
6. Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich ist elektronisch vorzunehmen, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich zu gestalten sind. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur zu verwenden und die Identität des Patienten/der Patientin sowie die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen.
7. Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte durch den Landesgesundheitsfonds.
8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß § 27b KAKuG gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige Landesgesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Landesgesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Dachverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.
9. Wenn Leistungen gemäß Z 3 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesgesundheitsfonds gegenüber dem/der Versicherten, dem Patienten, der Patientin oder den für ihn/sie unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 27a KAKuG und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7.
10. Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Z 3 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen dem Dachverband (Anm. 1) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem zuständigen Landesgesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

(_____

Anm. 1: Art. 1 Z 17 der Novelle BGBl. I Nr. 100/2018 lautet: „In der jeweils grammatikalisch richtigen Form wird in den folgenden Paragraphen das Wort „Hauptverband“ durch das Wort „Dachverband“ ersetzt: §§ ... 148 Z 10 zweiter Satz, ...“. Das zu ersetzende Wort befindet sich in § 148 Z 10 dritter Satz.)

In Kraft seit 01.01.2020 bis 31.12.9999

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at