
2297/AB-BR/2007

Eingelangt am 15.05.2007**Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.**

BM für Gesundheit Familie und Jugend

Anfragebeantwortung



Herrn
Präsidenten des Bundesrates
Manfred Gruber
Parlament
1017 Wien

GZ: BMGFJ-11001/0047-I/A/3/2007

Wien, am 10. Mai 2007

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 2496/J-BR/2007 der Bundesräte Stefan Schennach, Freundinnen und Freunde** wie folgt:

Frage 1:

Mir ist bekannt, dass immer wieder – insbesondere von der Ärzteschaft – Vorwürfe hinsichtlich eines nicht hinreichenden Funktionierens der Administration der e-card erhoben werden. Dass es in einzelnen Fällen zu Irrtümern und Missverständnissen kommen kann, wird auch vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht geleugnet: Bei der Bearbeitung von jährlich über 20 Millionen Meldedatensätzen und täglich zwischen 350.000 bis 580.000 Patientenkontakten bei ca. 11.000 Vertragspartnern (seit Einführung des e-card Systems insgesamt fast 140 Millionen Patientenkontakte) wäre es illusorisch, *absolute* Fehlerfreiheit zu verlangen oder zu behaupten. Die Sozialversicherung steht aber betreffend die Funktionsweise des e-card-Systems immer wieder in Kontakt mit ärztlichen Standesvertretungen. Viele angebliche

Unstimmigkeiten können nach Aussage des Hauptverbandes dadurch rasch geklärt werden.

Frage 2:

Wenn mir Tücken, Hürden bzw. verwaltungstechnischen Unzulänglichkeiten im Zusammenhang mit der e-card zur Kenntnis gelangen – sei dies nun in Einzelfällen oder bei systemimmanenten Fehlfunktionen, nehme ich selbstverständlich umgehend Kontakt zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und erforderlichenfalls zum betroffenen Versicherungsträger auf, um diesbezügliche Verbesserungen bzw. Änderungen zu veranlassen.

Frage 3:

Ja. Solche Informationen ergeben teilweise bereits jetzt, eine bundesweite Lösung wird vorbereitet. Es sind hier bereits konkrete Vorgangsweisen in Arbeit, die voraussichtlich noch 2007 zur Verfügung stehen werden.

Frage 4:

Diese Dauer wäre für eine interne Bearbeitung zu Recht unzumutbar, sie hängt jedoch davon ab, ob und wann die Meldung, welche Grundlage der Änderung wäre, beim Versicherungsträger einlangt. Darauf hat der Versicherungsträger im Einzelfall wenig bis keinen Einfluss. Wenn aber eine ordnungsgemäß erstattete (vollständige, nicht offenbar unrichtige) Meldung vorliegt, dauert es im Regelfall nicht länger als wenige Tage und jedenfalls kürzer als eine Woche, bis ein Versicherungsanspruch im e-card-System zur Abfrage zur Verfügung steht. In diesem Zusammenhang weise ich darauf hin, dass sich Regierung und Sozialpartner – wie im Regierungsprogramm vorgesehen – darauf geeinigt haben, eine verbindliche Sozialversicherungsanmeldung vor Arbeitsbeginn vorzusehen. Mit dieser Maßnahme ist mit einer deutlichen Verkürzung der Meldefristen, daraus einer Verbesserung der Aktualität der Datenbestände der Krankenversicherung und weiterem Verschwinden von Versicherungslücken durch Meldeverzögerungen etc. zu rechnen.

Frage 5:

Das ist bereits jetzt abgesichert. Ordnungsgemäße und rasche Meldungen der beschäftigenden Stellen vorausgesetzt, fällt der jobbende Schüler/Student/ die jobbende Schülerin/Studentin nach der Beschäftigung automatisch wieder auf den Status mit Schutz als mitversicherte/r Angehörige/r bzw. mit Schutz aus einer Schutzfrist zurück, ohne dass es einer weiteren Meldung bedarf. Der Ferialjob unterbricht die Angehörigeneigenschaft nur, beendet sie aber nicht.

Frage 6:

Aufgrund krankenversicherungsrechtlicher Bestimmungen (z. B. die Angehörigeneigenschaft) genießen Jugendliche in der Regel Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 122 ASVG bestehen so genannte Schutzfristen, nach denen Versicherungsschutz bei relativ kurzen Vorversicherungszeiten auch nach Ende der Versicherung (ohne Beitragszahlung) auf mehrere Wochen bis Monate, z.B. über die Dauer des Präsenzdienstes hinweg, aufrecht bleibt. Früher lief diese Frist hauptsächlich nach drei Wochen ab; sie wurde unter Berücksichtigung des Umstandes, dass durch die e-card Versicherungslücken schneller sichtbar werden als zu Zeiten des Krankenscheins, jüngst auf sechs Wochen ausgedehnt.

Weiters ist die Krankenversicherung für StudentInnen an die Familienbeihilfe gekoppelt. Darüber hinaus haben bei ihren Eltern mitversicherte StudentInnen bis zur Hälfte des Wintersemesters, somit bis Ende November des jeweils laufenden Jahres, Zeit, durch Vorlage der Inskriptionsbestätigung einer Universität oder Fachhochschule dem zuständigen Krankenversicherungsträger den Nachweis der entsprechenden Mitversicherung vorzulegen, wenn nicht ohnedies Familienbeihilfe bezogen wird. Bis dahin bleibt der Versicherungsschutz aufrecht.

Frage 7:

Grundsätzlich ja. Es gehört zu den Pflichten jedes Leistungserbringers/jeder Leistungserbringerin, seine/ihre Kunden und Kundinnen über grundlegende Aspekte des Vertrages aufzuklären. So ist es durchaus als Aufgabe der Ärzte/Ärztinnen anzusehen, im Zuge einer Behandlung Hinweise auf allfällige Umstände derselben zu geben (z.B. darauf, dass eine bestimmte Behandlung von der Versicherung bezahlt wird oder aber auch nicht). Darüber hinaus bestehen nach allgemeinem bürgerlichen Recht Sorgfalts- und Schutzpflichten bzw. Nebenpflichten jedes Vertragspartners/jeder Vertragspartnerin, somit auch der Ausübenden von Gesundheitsberufen gegenüber ihren PatientInnen. Diese Verpflichtungen dürfen selbstverständlich nicht überspannt werden, sind aber auch nicht zu leugnen. Aufklärungen hinsichtlich versicherungstechnischer Details bzw. Spezialfunktionen des e-card-Systems sind seitens der Ärzteschaft allerdings nicht vorzunehmen.

Frage 8:

Dieser Zeitraum hängt von der Dauer der Befreiung ab. In diesem Zusammenhang halte ich Folgendes fest: Wer einen Antrag auf Befreiung stellt, erhält darüber eine Bestätigung, in der *Beginn und Dauer* ausdrücklich angeführt sind. Gleichzeitig wird ersucht, bei Befristungen einen neuerlichen Antrag rechtzeitig, also einige Wochen vor Ablauf der Befreiung zu stellen.

In der Praxis hat das e-card-System auch hier zur Transparenz beigetragen: Es war vereinzelt festzustellen, dass bei ÄrztInnen eine einmal genehmigte Rezeptgebührenbefreiung in deren Kartei unbefristet vorgemerkt war, was bewirkte, dass früher Rezepte auch dann noch gebührenfrei einzulösen waren, als die Befreiung längst abgelaufen war. Die Verantwortung der Ärzte/Ärztinnen für die Richtigkeit des Befreiungsvormerks ist durch die Einführung der e-card deutlich geringer geworden.

Frage 9:

Auf der e-card werden solche Angaben nicht gespeichert. Im Regelfall ist bei Neuanträgen spätestens innerhalb – aber meist kürzer als – einer Woche nach Antragstellung die Befreiung im e-card-System zugänglich. Eine Aufhebung der Befreiung mit Jahresende per Knopfdruck hat nicht existiert. Rezeptgebührenbefreiungen werden nämlich entweder auf Dauer erteilt oder befristet, was aber ebenfalls mit dem Jahresende nur dann zu tun hat, wenn die Befristung zufällig mit Ende Dezember festgesetzt ist.

Frage 10:

Die Frage kann ich ohne die Darlegung konkreter Fälle nicht konkret beantworten.

Festhalten möchte ich, dass eine e-card nur dann ausgestellt wird, wenn die für die Vergabe einer Sozialversicherungsnummer notwendigen Unterlagen über die Personenidentität vorliegen. Wie rasch dies geschieht, liegt nicht im Einflussbereich der Krankenversicherung. Es kann daher durchaus sein, dass das Fehlen einer e-card auf unklare Personendaten in der Anmeldung zurückzuführen ist, deren Klärung noch nicht möglich war. Ein sofortiges Freischalten des Versicherungsschutzes bei jeder allfälligen, auch noch so dubiosen Anmeldung, mag „kundenfreundlich“ klingen, lehne ich jedoch ab.

In diesem Zusammenhang gebe ich zu bedenken, dass insbesondere in Tourismusgebieten oft Arbeitnehmer/innen aus dem Ausland beschäftigt sind, die nach den internationalen Rechtsvorschriften gar nicht bei einer österreichischen Krankenkasse versichert sind. Dementsprechend kommt es bei diesen Personen grundsätzlich nicht zu einer Ausstellung einer e-card.

Frage 11:

Die Frage kann ich ohne das Vorliegen konkreter Fälle nicht konkret beantworten. Im Regelfall sind ordnungsgemäße Anmeldungen innerhalb von nicht einmal einer Woche im e-card-System hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Versicherungsschutz zugänglich.

Wie ich bereits unter Frage 10 ausgeführt habe, müssen manche grenzüberschreitend beschäftigte Personen aufgrund internationaler Rechtsvorschriften nicht im üblichen Meldelauf gemeldet werden. Das geschilderte Ergebnis kann daher durchaus sachgerecht sein. In derartigen Fällen wäre die Europäische Krankenversicherungskarte zu verwenden.

Zu Verzögerungen kann es auch bei erstmaliger Arbeitsaufnahme im Inland dann kommen, wenn die für die Vergabe einer Versicherungsnummer notwendigen Unterlagen (Ausweis etc.) nicht vorgelegt werden. Dieser Effekt war jedoch auch bereits vor Einführung der e-card vorhanden und kann durch das e-card-System nicht beeinflusst werden.

Frage 12:

Der in der Anfrage geschilderte Hindernislauf ist nicht vorgesehen und kann somit nicht abgeschafft werden. Dass eine Krankmeldung wegen der Verwendung eines falschen Formulars beim Arzt/bei der Ärztin gescheitert wäre, ist mir und auch dem dazu befragten Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger konkret nicht bekannt.

Festhalten möchte ich an dieser Stelle, dass die in der Anfrage hauptsächlich angesprochene Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) zu diesem Sachverhalt wörtlich Folgendes mitgeteilt hat:

„Die VAEB hat als bundesweiter Träger für ihre Versicherten ein bundeseinheitliches Formular für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgelegt, das mit der Österreichischen Ärztekammer abgestimmt ist und bei allen Vertragsärzten aufliegt. Selbstverständlich werden auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen anderer Träger (wie der GKK) akzeptiert. Eine persönliche Abgabe der Krankmeldung bei der VAEB ist nicht erforderlich, sie kann mit e-mail, Fax oder per Post übermittelt werden.“

Frage 13:

Unter Berücksichtigung der Beantwortung der Frage 12 und der mir zur Verfügung stehenden Informationen, kann ich von der Existenz einer solchen Praxis nicht ausgehen. Sollten mir konkrete Fälle vorgelegt werden, bin ich jedoch gerne bereit, diesen nachzugehen.

Frage 14:

Die angeblich „vielfältigen Unzulänglichkeiten“ sind für mich nicht nachvollziehbar bzw. auch aus anderen Zusammenhängen nicht erkennbar. Nach Aussage des Hauptverbandes existieren sie in der in der Anfrage dargestellten Form und Menge nicht.

Ich darf darauf hinweisen, dass der Rechnungshof in einem Bericht anerkannt hat, dass das e-card-System Einsparungen für die Ärzte/Ärztinnen erwarten ließ. Seiner Meinung nach seien auch andere Berufsgruppen angehalten, ihre Arbeitsmethoden an neue IT-Technologien anzupassen.

Fragen 15 und 16:

Die e-card hat bereits Vereinfachungen und raschere Reaktionsmöglichkeiten gebracht. Betonen möchte ich, dass von vier- bis sechswöchigen Bearbeitungsfristen im Regelfall keine Rede sein kann, es handelt sich eher um vier bis sechs Arbeitstage.

Frage 17:

Eine solche Verzögerung wäre generell unververtretbar, sie ist aber, wie die Erfahrungen des Hauptverbandes zeigen, bei ordnungsgemäßem Meldeverhalten ohnehin nicht vorhanden. Siehe dazu auch Frage 10.

Frage 18:

Sehr kurze. Diese Fristen könnten durch tagfertige elektronische Meldung vor Versicherungsbeginn in der größten Zahl der Fälle erreicht werden.

Frage 19:

Nochmals weise ich darauf hin, dass im Regelfall die Bearbeitungsfristen bei den Sozialversicherungsträgern sehr kurz sind.

Allfällige telefonische Nachfragen liegen wohl im Rahmen des Serviceangebotes kundenorientierter Dienstleistungsberufe, ohne dass hierfür im Einzelfall Forderungen aufgestellt werden sollten. Im Übrigen haben die Ärzte/Ärztinnen für die Einführung der e-card namhafte Beträge erhalten. Allein an Barzahlungen wurden seitens der Sozialversicherung ca. 9,2 Mio. € geleistet.

Frage 20:

Ich möchte eher von Aufgabenverteilung sprechen, die aus meiner Sicht als sachgerecht zu bezeichnen ist: Beim Arzt/Bei der Ärztin liegt der Schwerpunkt auf medizinischer Behandlung, bei den Versicherungsträgern liegt der Schwerpunkt auf der versicherungsrechtlichen Beratung.

Patienten/Patientinnen mit Angelegenheiten, die nicht behandlungsbezogen sind und die nicht durch einfache Auskünfte oder kurze Telefonate zu klären sind, sollten daher an den Versicherungsträger verwiesen werden, ohne dass Mutmaßungen über mögliche Hintergründe oder angebliche Fehler angestellt

werden. Es ist auch nicht Aufgabe der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in den Arztpraxen, die Patient/Patientinnen auf angebliche Fehler im e-card-System hinzuweisen, solange nicht gesichert ist, dass tatsächlich ein Fehler in diesem System vorliegt.

Frage 21:

Bei Tod eines Ehepartners/einer Ehepartnerin muss die – ohnehin bereits vorhandene – e-card der/des vor dessen/deren Tod mitversicherten Witwe/Witwers nicht geändert werden – dieselbe bleibt unverändert. Auch kann von unklarem Versicherungsschutz nicht die Rede sein, da, wie die Pensionsversicherungsanstalt mitgeteilt hat, die entsprechenden Bescheinigungen raschest ausgestellt werden.

Gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a ASVG sind die BezieherInnen einer Pension aus der Pensionsversicherung und die BezieherInnen von Übergangsgeld in der Krankenversicherung teilversichert.

Gemäß § 38 ASVG haben die Träger der Pensionsversicherung alle für den Beginn und das Ende der Krankenversicherung des PensionistInnen maßgebenden Umstände sowie jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung dem zuständigen Träger der Krankenversicherung unverzüglich bekannt zu geben. Diese Meldungen werden von der Pensionsversicherungsanstalt automationsunterstützt durchgeführt und bei den Krankenversicherungsträgern auch automationsunterstützt verarbeitet. Sie sind damit innerhalb von wenigen Tagen im e-card-System verfügbar.

Wird ein Antrag auf Zuerkennung einer Pension gestellt, hat der Pensionsversicherungsträger zu prüfen, ob die Zuerkennung der Pension wahrscheinlich ist. Trifft dies zu, so hat er eine Bescheinigung darüber auszustellen, dass die Krankenversicherung vorläufig mit dem Tag des voraussichtlichen Pensionsanfalls beginnt (§ 10 Abs. 7 ASVG). Es handelt sich hier um eine verpflichtende Vorgabe.

In der Pensionsversicherungsanstalt wird diese Prüfung und Ausstellung mit der Erstbearbeitung durchgeführt. Die Ausstellung wird in jenen Fällen nicht vorgenommen, in denen bereits Krankenversicherungsschutz besteht oder die Anspruchsberechtigung (z. B. nach geschiedenen Ehen) noch nicht eindeutig feststeht. Diese Praxis hat sich bewährt. Probleme sind nicht bekannt

Den in der Frage dargestellten Sachverhalt kann ich somit nicht bestätigen.

Frage 22:

Bei allfälliger Kenntnisnahme von Tücken, Hürden bzw. verwaltungstechnischen Unzulänglichkeiten nehme ich selbstverständlich umgehend Kontakt zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf, um diesbezügliche Verbesserungen bzw. Änderungen zu veranlassen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Andrea Kdolsky
Bundesministerin