



BUNDESMINISTERIUM
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

XXII. GP.-NR

112 /AB

2003 -04- 10

zu 158 /J

Herrn
Präsidenten
des Nationalrates
Parlament
1010 Wien

(5-fach)

GZ: 20.001/13-4/2003

Wien, - 8. April 2003

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete parlamentarische Anfrage der Abgeordneten Mag. Maier und GenossInnen betreffend Anerkennung des internationalen Krankenscheines - Einhaltung von SV-Abkommen, Nr. 158/J nach Einlangen einer Stellungnahme des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger wie folgt:

Zur Frage 1:

Für die Inanspruchnahme der Sachleistungen im Vertragsstaat – vice versa auch in Österreich – ist es erforderlich, den Betreuungsauftrag vor der Inanspruchnahme der Leistungen dem örtlich in Betracht kommenden aushelfenden Träger vorzulegen; in diesem Zusammenhang wird auch auf die Ausführungen zur Frage 13 verwiesen. Da im gegenständlichen Fall dem Arzt der „kroatische Anspruchsnachweis“ nicht vorgelegt wurde, war dieser auch nicht *verpflichtet*, die Leistungen zu den im Rahmen des Abkommens vorgesehenen Tarifen – nämlich zu den kroatischen Sozialversicherungstarifen – zu gewähren.

Der vorgelegte Einzelfall gibt aber noch Anlass zu folgenden Bemerkungen: Sofern das Abkommen eingehalten hätte werden können, wären sicherlich die aufgetretenen Probleme nicht eingetreten. Im Rahmen der Krankenversicherung gilt nämlich ein

anderes Verständnis der vom Abkommen erfassten „unverzüglich erforderlichen Leistungen“, als es vom behandelnden Arzt dargestellt wurde. Sicherlich fallen die Verletzungsfolgen einschließlich einer Diabetes-Akutbehandlung darunter. Die dargestellte bedauerliche Situation ist allerdings durch zwischenstaatliche Regelungen leider nicht vermeidbar, da gerade die freiberuflichen Ärzte oftmals nicht bereit sind, die Regelungen der Abkommen anzuwenden. Sichergestellt ist aber jedenfalls, dass bei der Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung normalerweise solche Probleme nicht auftreten. Zusammenfassend betrachtet funktionieren die von Österreich geschlossenen Abkommen, auch jenes mit Kroatien, verhältnismäßig gut und sichern den österreichischen Versicherten ein ausreichendes Maß an Krankenversicherungsschutz.

Natürlich kann man die Sinnhaftigkeit eines Verwaltungsverfahrens, bei dem zunächst die lokale Krankenkasse aufgesucht und der internationale Krankenschein in einen nationalen umgetauscht werden muss, in Frage gestellt werden. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass selbst in der europäischen Union bisher noch keine anderen Verfahren zur Anwendung gebracht werden können. Eine Erleichterung wird möglicherweise die europäische Krankenversicherungskarte bringen. Aber auch bei dieser ist vor zu euphorischen Erwartungen zu warnen, da auch in diesem Zusammenhang eine völlige Neuordnung der maßgebenden Verwaltungsverfahren erforderlich sein wird. Eine alle Eventualitäten abdeckende internationale Krankenversicherung ist daher derzeit weder in der EU noch im Verhältnis zu den Abkommenspartnern möglich, so dass Einzelfälle, wie der vorliegende, bedauerlicherweise nicht ausgeschlossen werden können.

Zu den Fragen 2 und 3:

Aus der Sicht des Hauptverbandes liegt kein Verstoß gegen die Bestimmungen des gegenständlichen Abkommens bzw. der Durchführungsvereinbarung vor. Ob diese Vorgangsweise allerdings im Einklang mit den kroatischen Rechtsvorschriften steht, kann nicht beurteilt werden. Es steht aber unter Hinweis auf die Stellungnahme zu Frage 1 außer Zweifel, dass der österreichische Versicherte im vorliegenden Fall bedauerlicherweise das zwischen den beiden Vertragsstaaten vereinbarte Verfahren nicht einhalten konnte, so dass die Begünstigungen des Abkommens für ihn auch nicht zum Tragen kommen konnten.

Zu den Fragen 4 und 5:

Durch Art. 29 Abs. 2 des Sozialversicherungsabkommens mit Kroatien wird geregelt, dass die in diesem Abkommen vorgesehenen Erstattungen in der Währung des Vertragsstaates zu erfolgen haben, in dem der Träger, der die Leistungen gewährt hat, seinen Sitz hat. Daraus ergibt sich aber, dass bei der Behandlung in Kroatien eine Forderung an einen österreichischen Krankenversicherungsträger *nur* in der kroatischen Währung – nämlich Kuna – gestellt werden kann. Diese Regelung hat aber *keinen* Einfluss auf eine *Privatrechnung* eines Arztes, der diese Abkommensbestimmungen wegen Nichteinhaltung des Verfahrens *nicht* angewendet hat, obwohl es sicherlich unüblich ist, ein Honorar in einer fremden Währung zu verlangen.

Zu den Fragen 6 und 7:

Wenn die vorgesehenen Verfahrensregelungen nicht eingehalten werden konnten, sind gemäß Art. 7 der Durchführungsvereinbarung zum gegenständlichen Abkommen auf Antrag der betreffenden Person die entstandenen Aufwendungen vom zuständigen österreichischen Träger nach den maßgebenden Sätzen des aushelfenden kroatischen Trägers zu erstatten. Eine gänzliche Kostentragung durch die Krankenversicherung ist daher in jenen Fällen nicht möglich, in denen z.B. das in Rechnung gestellte Arzthonorar über den kroatischen Tarifen liegt.

Zur Frage 8:

Österreich hat mit Bosnien und Herzegowina, Jugoslawien, Kroatien, Mazedonien, Polen, Slowenien, Tschechien, der Türkei und Ungarn bilaterale Abkommen über soziale Sicherheit geschlossen, in denen die aushilfsweise Sachleistungsgewährung geregelt ist; im Verhältnis zu den EU-Mitgliedstaaten, EWR-Staaten und der Schweiz sind die diesbezüglichen Bestimmungen der VO (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 anzuwenden.

Zur Frage 9:

Grundsätzlich gibt es mit den vorgenannten Vertragsstaaten keine gravierenden Probleme bei der Inanspruchnahme von aushilfsweise gewährten Sachleistungen. Die

aber immer wieder auftretenden Einzelfälle werden auf schriftlichem Weg zwischen den jeweiligen Verbindungsstellen geklärt.

Zur Frage 10:

Es werden in regelmäßigen Abständen Besprechungen mit den Verbindungsstellen der Vertragsstaaten abgehalten, bei denen jene Probleme, die sich bei der Durchführung der Abkommen ergeben haben, erörtert und einvernehmliche Lösungen erzielt werden.

Zur Frage 11:

Gegen Vorlage des Betreuungsauftrages (z.B. Formular HR/A 3) stellen die Gebietskrankenkassen sowie deren Verwaltungs- und Nebenstellen den in Österreich vorgesehenen Krankenkassenscheck aus. Dieser Anspruchsnachweis berechtigt dazu, ärztliche Behandlung bei den *Vertragsärzten* der Gebietskrankenkassen in Anspruch zu nehmen, *sofern* (im Falle von Touristen) der behandelnde Arzt *bereit* ist, *die Behandlung* zu dem mit der Kasse *vereinbarten Tarif* und nicht gegen Bezahlung eines Privathonorars vorzunehmen.

Die in Österreich *freiberuflich tätigen Ärzte* sind durch die zwischenstaatlichen Abkommen *nicht verpflichtet*, *Touristen* (z.B. Art. 11 Abs. 4 des österreichisch-kroatischen Abkommens) auf Grund eines vorgelegten Krankenkassenschecks für Rechnung der Gebietskrankenkasse zu behandeln. Wenn daher ein Arzt den Krankenkassenscheck nicht entgegen nimmt, kann eine Behandlung *nur als Privatpatient* erfolgen.

Darüber hinaus ist der Arzt zwar *berechtigt*, aber *nicht verpflichtet*, erkrankte (verletzte) Personen, die *keinen Krankenkassenscheck* vorlegen, auf *Rechnung der Krankenkasse zu behandeln*, wenn die Anspruchsberechtigung glaubhaft gemacht wird. Dabei kann ein Erlag für die erbrachte ärztliche Hilfe verlangt werden. Der Erlag ist rückzuerstatten, wenn die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen wird. Es steht dem Arzt aber jedenfalls frei, ein *Privathonorar* zu verlangen, wenn *kein Krankenkassenscheck* vorgelegt wird.

Zur Frage 12:

Von den Verbindungsstellen der Vertragsstaaten werden immer wieder Anfragen an den Hauptverband gerichtet, die jene unter Punkt 11 angeführte Vorgangsweise betreffen. Gerade in den Tourismusgebieten Österreichs sind nämlich viele Ärzte *nicht* bereit, erkrankte Urlauber, insofern auf diese *nicht* die VO (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 anzuwenden sind, zu den mit der Kasse vereinbarten Tarifen zu behandeln.

Zur Frage 13:

Um die gegenständliche Problematik möglichst hintan zuhalten, ist es erforderlich, vor der Inanspruchnahme der Leistungen den Betreuungsauftrag – wie auch auf den entsprechenden Formularen unter „Hinweise für den Anspruchsberechtigten“ angeführt – dem örtlich in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger am Urlaubsort vorzulegen. Dieser Träger wird darauf hin den „nationalen Krankenschein“ ausstellen, womit die *unverzüglich erforderlichen Sachleistungen* zu Lasten des zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers in Anspruch genommen werden können.

Mit freundlichen Grüßen

Der Bundesminister:

