



XXIII. GP.-NR
268 /AB
22. März 2007
zu 276 /J

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag^a. Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMGF-11001/0007-I/3/2007

Wien, am 20. März 2007

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 276/J der Abgeordneten Mag. Johann Maier und GenossInnen** wie folgt:

Für die Beantwortung der vorliegenden Anfrage wurde die Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt. Dieser hielt zu dem in der Einleitung der Anfrage angesprochenen Fall Folgendes fest:

„Die Anfrage bezieht sich in ihrer Einleitung auf einen Fall aus Salzburg. Ein solcher Fall ist im Dezember 2006 bekannt geworden. Bei näherer Untersuchung hat sich herausgestellt, dass die Darstellung dieses Falles in der Öffentlichkeit¹ in wesentlichen Details falsch war.

Mangels näherer Angaben kann dieser Fall nicht weiter kommentiert werden. So, wie er in der Öffentlichkeit dargestellt wurde, kann er sich keinesfalls ereignet haben.“

Wie der Hauptverband in seiner Stellungnahme weiter ausführt, ist zu dem Fall allgemein festzustellen, dass auf der e-card keine Behandlungen und keine Diagnosen gespeichert werden. Es ist daher ausgeschlossen, dass der Kartenmissbrauch dadurch aufgedeckt wurde, dass auf einer e-card die Operation eines anderen Menschen verzeichnet gewesen sei. Das ist technisch und organisatorisch unmöglich².

¹ Siehe die Darstellung im ORF Salzburg <http://oesterreich.orf.at/salzburg/stories/159551/> :
.... Aufgedeckt habe den Missbrauch der E-Card ein praktischer Arzt, sagt die Staatsanwaltschaft. Dieser Mediziner sei überrascht gewesen, dass auf dem neuen elektronischen Krankenschein plötzlich eine schwere Operation samt Medikamenten verzeichnet war, der Serbe jedoch keine Narbe gehabt habe.

² Die e-card ist für Zwecke des Nachweises der bestehenden Sozialversicherung (als Schlüssel zu den Versicherungsansprüchen, siehe das Wort „Schlüsselkarte“ in § 31a Abs. 2 ASVG), nicht aber als Datenträger (Datenspeicher) zu verwenden. Eine Rechtsgrundlage für eine Speicherung medizinischer Daten auf freiwilliger

Abgesehen davon ist die e-card in Salzburger Spitätern in solchen Zusammenhängen noch gar nicht im Einsatz, man hätte sie daher ohnedies nicht gebraucht.

Weiters besteht schon nach Krankenanstaltenrecht für anstaltsbedürftige Patienten/Patientinnen Aufnahmepflicht, ohne dass dies vom Kostenträger abhängig wäre (allenfalls Kostenübernahme durch Sozialhilfe oder Grundversorgung). Auch unter diesem Blickwinkel scheint nach dem angeblichen Sachverhalt des Falles eine e-card nicht notwendig gewesen zu sein³. Darüber hinaus ist es schwierig, den konkreten Sachverhalt nachzuvollziehen, da der Hauptverband keine Akteneinsichtsrechte bei Strafgerichten besitzt.

Zur Verwendung des e-card-Systems und zur Sicherheit der e-card allgemein:

Die e-card wird im Wesentlichen dafür verwendet, den administrativen Teil ärztlicher Behandlungen abzuwickeln. Das muss

- einerseits auf der Basis sicherer (Versicherungs-)Ansprüche und Personen-daten geschehen (deswegen die elektronischen Signaturen der e-card),
- andererseits dürfen der Behandlung keine unnötigen administrativen Hürden entgegengesetzt werden.

Aus diesen Gründen wird

- für die Verwendung der e-card beim Arzt keine PIN-Eingabe des Patienten/der Patientin verlangt (was insbesondere Patient/inn/en wie Kindern und bettlägrigen Menschen auch kaum zumutbar wäre) und
- bei der Ausstellung der e-card kein Lichtbild aufgebracht (die Patienten sollen nicht mit der Bildbeschaffung und Bildübermittlung an die ausstellende Stelle belastet werden).

Das führt aber dazu, dass e-cards (wie alle anderen Ausweise mit oder ohne Lichtbild, Passbilder können vom Aussehen der Person abweichen) gestohlen bzw. „gefunden“ und unberechtigterweise von anderen Personen verwendet werden können.

Diese Problematik ist für alle Karten und Ausweise gleich. Es geht dabei darum, die „Missbrauchsschwelle“ so hoch zu legen, dass Betrügereien etc. erschwert, aber der ursprüngliche Verwendungszweck der Karte nicht allzu sehr eingeschränkt wird. 100-prozentige Sicherheit kann wohl nirgends erreicht werden.

Basis wäre allerdings in Hinblick auf „Notfalldaten“ gegeben; da aber eine einschlägige Verordnung bisher nicht ergangen ist, wäre eine derartige Speicherung auch noch nicht zulässig (siehe auch die Darstellung der damit verbundenen Schwierigkeiten in SozSi 2005, S. 194, insb. FN 97). Sie erfolgt daher auch nicht. Andere – nicht den Bereich der Sozialversicherung betreffende Verwendungen sind die Verwendung als Träger der Bürgerkartenfunktion (§ 31a Abs. 2 ASVG) bzw. für die in § 31a Abs. 4 Z 1-4 ASVG genannten Zwecke (z. B. auch Verwendung auf freiwilliger Basis als „Pensionistenausweis“). Derzeit sind daher keine Gesundheitsdaten im Sinn des § 4 Z 2 DSG 2000 auf der Chipkarte enthalten, prinzipiell wird die Verwendung einer Chipkarte als Schlüsselkarte angestrebt und nicht als Karte, auf der sensible Informationen gespeichert werden sollen. Damit wird nicht zuletzt die Gefahr bei Verlust und Diebstahl minimiert.

³ Mit der Verwendung eines in diesem Zusammenhang bestehenden Services wird es in Zukunft einfacher sein festzustellen, dass eine e-card gesperrt ist – ob die Krankenanstalten dieses Angebot nützen, kann nicht vom Hauptverband entschieden werden.

Ob man in Zukunft dennoch ein Lichtbild auf die Karte aufbringt (was einschlägige Mitarbeit bei Bild-Erstellung, Besuch der Ausstellungsstelle usw. auch für Kinder und ältere Menschen nach sich zöge) oder andere zusätzliche Sicherheitsmaßnahmen getroffen werden, wird die weitere Entwicklung zeigen. Sicherheit und Benutzerfreundlichkeit sind gegeneinander abzuwägen. Hohe Sicherheitsanforderungen beeinträchtigen die Verwendbarkeit eines Systems im täglichen Leben.

Wollte man die Missbrauchsschwelle höher legen (z. B. Codeeingabe bei jedem Arztbesuch), würde dies dazu führen, dass vielleicht nicht wenige Menschen im täglichen Leben, um sich die Kartenverwendung zu vereinfachen, Umgehungshandlungen (Codenotierung auf der Karte usw.) setzen. Damit wäre das Sicherheitssystem aber wieder ausgeschaltet und sogar andere Verwendungszwecke der Karte gefährdet⁴ (siehe die Erfahrungen mit Bankomatkarten, Sparbuchlosungsworten usw.). Sicherheitsmaßnahmen müssen weiters an Hand der möglichen Schadensbeträge beurteilt werden.

Auch nach der Sichtweise der EU ist der Aufbau von Freizügigkeits-Hindernissen und Diskriminierungen nach sachfremden Kriterien (hier: Wohnort, Staatsbürgerschaft usw.⁵) unerwünscht. Sonst dürfte man z. B. Karten mit Garantiefunktionen wie die europäische Krankenversicherungskarte (EKVK, EHIC) gar nicht ausstellen⁶.

Zur praktischen Anwendung der e-card:

Pro Tag werden österreichweit zwischen 350.000 bis 580.000 Patientenkontakte über das e-card System rasch und sicher abgewickelt, davon in Wien allein rund 60.000. Mit Ende Jänner 2007 wurden seit Einführung des e-card Systems insgesamt fast 140 Millionen Patientenkontakte mit der e-card in einer Vertragsordination der österreichischen Sozialversicherung hergestellt. In weit über 99 Prozent wird mit der e-card der Versicherungsstatus problemlos festgestellt und der Behandlungsstelle rückgemeldet. In Einzelfällen ist entweder tatsächlich keine Versicherung – trotz langer Übergangsfristen und Schutzmaßnahmen, siehe unten – (mehr) vorhanden oder es sind Klärungen durch Rückfragen notwendig.

Diese Zahlen beweisen, dass das vor zwei Jahren eingeführte e-card-System auch bei großen Belastungen sehr gut funktioniert. Insgesamt wurden bereits mehr als 9 Millionen e-cards landesweit verschickt, rund 11.000 Ärzt/inn/en sind im Februar 2007 an das Netz angeschlossen.

Lediglich bei ca. 0,4 Prozent aller Patientenkontakte mit der e-card bedarf es in einer Ordination eines Vertragsarztes einer zusätzlichen Aktion, um die Anspruchsberechtigung eines Patienten prüfen zu können.

Es ist ein Qualitätsbeweis, dass die Verwendung der e-card solche Fälle aufdeckt.

⁴ Ein offengelegter Code kompromittiert ein Zertifikat nach § 21 Signaturgesetz und ist verpflichtender Widerrufsgrund. Das betroffene Zertifikat gälte dann generell nicht mehr als sicher.

⁵ Siehe nur Art. 4, 7 und Art. 19 der VO (EG) 883/2004 über die Gleichbehandlung von Staatsangehörigen und die Aufhebung der Wohnortklauseln, ABI. EU L 200/2004.

⁶ vgl. dazu die Erläuterungen zu den §§ 7, 7a und 7b der Musterkrankenordnung 2004 in www.sozdok.at /erweiterte Suche, Materialien. Die Kombination von e-card und EKVK ist ein wesentliches zusätzliches Sicherheitsmerkmal, das nur in dieser Form möglich ist und Einsparungen bringt (keine Produktion und Auslieferung einer zweiten, ebenfalls verlierbaren und nur seltener – Auslandsreisen – verwendbaren Kartengeneration).

Einschlägige Sachverhalte wären bei der Verwendung von Papierbelegen früher oft untergegangen, können aber jetzt wahrgenommen werden. Es handelt sich um Sachverhalte, wie sie in Einzelfällen unvermeidbar sind und auch bei allen anderen Kartensystemen, insbesondere Bankomat- und Kreditkarten auftreten können.

Selbst der sehr kleine Prozentsatz jener Fälle, in denen zusätzliche Aktionen notwendig sind, um die Anspruchsberechtigung eines Patienten/einer Patientin prüfen zu können, umfasst bei der millionenfachen Verwendung der e-card natürlich tausende Fälle: In sehr vielen dieser Fälle wäre aber früher überhaupt nicht bemerkt worden, dass kein Versicherungsanspruch (mehr) oder eine klärungswürdige Situation vorhanden wäre.

Die e-card hat die Darstellung der Versicherungsansprüche wesentlich transparenter gemacht.

Das ist als Vorteil zu sehen, mag es auch in Einzelfällen dazu führen, dass – im Gegensatz zu früher⁷ – Lücken im Versicherungsschutz nun auffallen und den betroffenen Menschen bewusst wird, dass auch Sozialversicherungsschutz nicht jedenfalls besteht, man sich also darum kümmern muss.

Verluste von e-cards sind der Serviceline der Sozialversicherung - 050 124 33 11 - zum Ortstarif aus ganz Österreich (die erste Null immer mitwählen, keine Wiener Vorwahl verwenden) – zu melden.

Zur Verwendung der e-card unbekannter Patient/inn/en bei Behandlungen:

Es ist davon auszugehen, dass ein Arzt/eine Ärztin schon aus Gründen seiner/ihrer Verantwortlichkeit einen (neuen) Patienten nur dann behandelt, wenn feststeht, um wen es sich handelt und dass die Angaben auf einer e-card (wie früher auf dem Krankenschein) den Angaben in Ausweisen oder den Aussagen des Patienten/der Patientin entsprechen (siehe die Dokumentationspflichten nach § 51 ÄrzteG):

Wichtige Behandlungsschritte (Vorbefunde, Arzneimittelunverträglichkeiten, Überweisungen usw.) könnten ohne Kenntnis richtiger Personendaten (und damit wegen der Gefahr von Personenverwechslungen) nicht erfolgen oder zu schwerwiegenden Schäden führen.

Auch die vertraglichen Regeln für die Beziehungen zwischen Ärzt/inn/en und Sozialversicherung sehen Identitätsprüfungen vor (vgl. nur § 15 des Mustergesamtvertrages unter www.sozdok.at, MGV).

Versicherungsschutz in Übergangszeiten durch das e-card-System:

Auch hier ist das e-card-System wesentlich sicherer als das frühere System des Krankenscheines in Papierform.

Sorgen um ihre Anspruchsberechtigung bei einem Arztbesuch brauchen sich unselbstständig Beschäftigte weder bei einem Dienstgeberwechsel noch bei Arbeitslosigkeit machen. Personen, die ihre Arbeit beenden, sind im Regelfall

⁷ Kein Arzt usw. hätte im Ordinationsablauf vertretbar rasch prüfen können, ob jemand, der einen Krankenschein vorlegte, tatsächlich noch bei dem Arbeitgeber beschäftigt war, dessen Name auf dem Krankenschein genannt war.

nach dem Arbeitsende noch sechs Wochen⁸ lang sozialversichert (Schutzfrist nach § 122 Abs. 2 Z 2 ASVG usw.).

Es erscheint zumutbar, dass sich diese Personen innerhalb dieser relativ langen Zeit auch um ihren Versicherungsschutz kümmern (z. B. mit einem Antrag auf Arbeitslosengeld, mit dessen Bezug auch wieder eine Krankenversicherung vorhanden ist, bei Pensionsanträgen ist man im Regelfall nach § 10 Abs. 7 ASVG vorläufig weiter krankenversichert).

Wer dennoch nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist, kann sich, solange der Wohnsitz (Studenten: gewöhnlicher Aufenthalt) im Inland gelegen ist, in der Krankenversicherung auf Antrag selbst versichern (§ 16 ASVG, Beiträge 2007⁹ von 44,58 bis 319,61 je nach Erwerbseinkommen/Beitragsgrundlage).

Nach § 123 Abs. 4 Z 1 lit. a ASVG usw. ist weiters die Krankenversicherung für Studenten an die Familienbeihilfe gekoppelt. Ein Wegfall der Familienbeihilfe müsste an sich auffallen.

Bei ihren Eltern mitversicherte StudentInnen haben weiters bis in die erste Zeit des Wintersemesters, bis in den 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.

Es ist also nicht so, dass mit dem Beschäftigungsende oder mit dem Ende eines Schuljahres oder eines Studiensemesters die (Mit-)Versicherung generell und automatisch wegfallen würde.

Personen ohne Versicherungsschutz müssen sich aber wie früher selbst um ihre Versicherung kümmern (hier besteht kein Unterschied zum Krankenscheinsystem).

Auch Personen, die wegen unregelmäßiger Versicherungsverläufe oder Versicherungslücken nicht unter die soeben dargestellten Regeln fallen, werden dies zu tun haben – wie seit jeher, die e-card hat daran nur insoweit etwas verändert, als es jetzt nicht mehr so leicht möglich ist, „irgendeinen Krankenschein irgendwoher“ zu besorgen und damit Behandlungen zu erhalten.

Das Versicherungsende (nach Ablauf der oben genannten Übergangsregeln) wird über das e-card-System tagrichtig dokumentiert, während frühere Krankenscheine (Krankenscheinhefte!) nicht mehr gesperrt werden konnten und teilweise über Jahre verwendbar blieben.

Zu den Fragen im Einzelnen:

Die Beantwortung zu den einzelnen Fragen erfolgt auf Grundlage der vom Hauptverband übermittelten Informationen, wobei auch hinsichtlich der grundsätzlichen Ausführungen auf die Beantwortung der parlamentarischen Anfrage 4175/J (XXII. GP) vom 22.6.2006 durch die damalige Bundesministerin für Gesundheit und Frauen verwiesen werden darf. Der Hauptverband weist in seiner Stellungnahme weiters darauf hin, dass diese auf dem sachlichen

⁸ früher war diese Frist nur drei Wochen, sie wurde (zunächst 2005 durch eine Toleranzfrist, sodann gesetzlich) durch BGBl. I Nr. 131/2006 ausdrücklich verlängert.

⁹ Zusammenstellungen veränderlicher Werte unter
<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/116492.PDF>

Zuständigkeitsbereich des Hauptverbandes und der ihm angehörenden Krankenversicherungsträger nach den Sozialversicherungsgesetzen beruht. Für andere Institutionen, die am e-card-System teilnehmen (Krankenfürsorgeanstalten einiger Länder und Gemeinden), können in Details abweichende Regeln gelten, insbesondere gilt die in der Folge mehrfach zitierte Musterkrankenordnung nicht für diese Institutionen.

In dieser Stellungnahme werden weiters (nur) die einschlägigen Bestimmungen der Musterkrankenordnung zitiert: rechtlich verbindlich sind jedoch die Bestimmungen/Formulierungen der Krankenordnungen der einzelnen Krankenversicherungsträger. Diese Krankenordnungen folgen zwar weitgehend der Musterkrankenordnung (§ 456 Abs. 2 iVm § 455 Abs. 2 ASVG), es kann in Details jedoch Abweichungen geben, die in Einzelfällen zu anderen Beurteilungen führen. Ob dies der Fall wäre, kann nur an Hand konkreter Sachverhalte geprüft werden.

Frage 1:

Wie bereits in der genannten Anfragebeantwortung festgehalten, muss „als gestohlen erklärt“ nicht „gestohlen“ bedeuten. Manche Diebstahlsmeldungen entstehen daraus, dass Karten, die nicht das gewünschte Ergebnis dokumentierten, entsorgt und als gestohlen gemeldet werden in der Hoffnung, eine neue Karte werde ein anderes Ergebnis ausweisen helfen. Eine e-card kann aber am Versicherungsschutz nichts ändern, sie hilft nur mit, ihn (gesichert) zu dokumentieren.

Insgesamt wurden bis Dezember 2006 9.425.551 Karten produziert und versendet. Davon wurden 56.511 Karten als gestohlen erklärt, somit 0,60 Prozent. Dass der im Sommer 2006 genannte geringere Prozentsatz nicht repräsentativ ist und daher nicht mit dem hier genannten Wert verglichen werden darf, wurde bereits in der eingangs zitierten letzten Stellungnahme festgehalten.

Die Aufschlüsselung auf Krankenkassen bzw. am e-card-System teilnehmende Krankenfürsorgeanstalten lautet:

Träger	Sperrgrund „Gestohlen“
Wr GKK	19.233
Nö GKK	5.545
Bgl GKK	711
Oö GKK	5.983
Stmk GKK	5.095
Ktn GKK	1.855
Sbg GKK	2.861
Tir GKK	2.336
Vbg GKK	1.420
BKK Tabak	11
BKK Wr. Linien	158
BKK Semperit	47
BKK Neusiedler	7
BKK Donawitz	37
BKK Zeltweg	9
BKK Kindberg	8
BKK Kapfenberg	35
VAEB	1.111

Träger	Sperrgrund „Gestohlen“
BVA	4.722
SVA d. gewerbl. Wirtschaft	3.431
SVA der Bauern	761
KFA WIEN	1.049
KFA GRAZ	64
KFA VILLACH	1
KFA SBG	21
Summe	56.511

Frage 2:

Wie bereits in der oben genannten Anfragebeantwortung festgehalten, muss „als verlustig erklärt“ nicht „verloren“ bedeuten. Manche Verlustmeldungen entstehen daraus, dass Karten, die nicht das gewünschte Ergebnis dokumentierten, entsorgt und als verloren gemeldet werden in der Hoffnung, eine neue Karte werde ein anderes Ergebnis ausweisen helfen. Eine e-card kann aber am Versicherungsschutz nichts ändern, sie hilft nur mit, ihn (gesichert) zu dokumentieren.

Von den bis Dezember 2006 produzierten und versendeten 9.425.551 Karten wurden 128.913 Karten als verloren erklärt, somit 1,37 Prozent. Dass der im Sommer 2006 genannte geringere Prozentsatz nicht repräsentativ ist und daher nicht mit dem hier genannten Wert verglichen werden darf, wurde bereits in der eingangs zitierten letzten Stellungnahme festgehalten.

Die Aufschlüsselung auf Krankenkassen bzw. am e-card-System teilnehmende Krankenfürsorgeanstalten lautet:

Träger	Sperrgrund „verloren“
Wr GKK	25.978
Nö GKK	14.845
Bgl GKK	2.943
Oö GKK	17.155
Stmk GKK	14.672
Ktn GKK	6.325
Sbg GKK	7.918
Tir GKK	7.803
Vbg GKK	5.892
BKK Tabak	45
BKK Wr. Linien	209
BKK Semperit	126
BKK Neusiedler	42
BKK Donawitz	131
BKK Zeltweg	42
BKK Kindberg	31
BKK Kapfenberg	141
VAEB	2.895
BVA	8.142
SVA d. gewerbl. Wirtschaft	8.026
SVA der Bauern	4.075
KFA WIEN	1.332
KFA GRAZ	103
KFA VILLACH	1

Träger	Sperrgrund „verloren“
KFA SBG	41
Summe	128.913

Frage 3:

Nachdem die Verlustmeldung einlangt, wird die alte Karte gesperrt und eine neue Karte ausgestellt. Mit einer neuen e-card wird eine Information über sorgfältige Aufbewahrung und die grundlegenden Regeln der Krankenordnung übermittelt bzw. zugänglich gemacht (abhängig von Organisation der einzelnen Krankenkassen). Bei diversen Veranstaltungen wird auf das Thema eingegangen. Neuausstellungen werden über die Krankenversicherungsträger (sog. „Admin-Client“) veranlasst, Neuausstellungen erfolgen aber auch über das Callcenter der Sozialversicherungsträger.

Frage 4:

Verlustmeldungen erfolgen in der Praxis erst dann, wenn der Karteninhaber den Verlust bemerkt. Zwischen Verlust und Verlustmeldung können einige Tage bis Wochen liegen, je nachdem, wo sich die Karte befunden hat (Verluste von Brieffäschchen etc. fallen erfahrungsgemäß früher auf als der Verlust einzelner Karten, die man vielleicht auch einige Zeit nicht benötigt). Ob ein Verlust tatsächlich immer sofort gemeldet wird, kann von der Sozialversicherung mangels Beweismitteln nicht festgestellt werden.

Zu den Konsequenzen:

Konsequenzen sind die gesetzlich nach den Umständen des Falles möglichen, wobei Folgendes zu beachten ist:

- Schadenersatz setzt u. a. Verschulden (Vorwerfbarkeit) voraus, was bei einer raschen Meldung nach Bemerken des Verlustes nicht vorhanden ist.
- Die Sozialversicherung hat keine Rechtsgrundlage, für solche Fälle Regeln festzusetzen, die Haftungen ohne Verschulden (also Sonderregeln des Zivilrechts) normieren, siehe die Formulierung des § 456 ASVG.
- Der Sachverhalt, aus dem Ansprüche abgeleitet werden sollen, muss im Einzelfall beweisbar sein, was in der Praxis oft sehr schwierig, wenn nicht unmöglich ist - mangels Zeugen usw.; Mutmaßungen oder Statistiken sind keine brauchbare Anspruchsgrundlage für Ersatzforderungen.
- Nur dann, wenn diese Voraussetzungen vorhanden sind, besteht überhaupt die Chance, ein Verfahren erfolgreich zu führen.
- Die Verfahrenskosten sind mit den in Rede stehenden Beträgen zu vergleichen: Ob es (den Beitrags-/Steuerzahler/inne/n) zumutbar ist, dass wegen z. B. vergleichsweise geringfügigen Verschuldens (verzögerter Meldung) oder bei einem Schaden von einigen Euro in jedem Einzelfall Verfahrenskosten in der Höhe von einigen hundert Euro ausgelöst werden müssen, ist diskussionswürdig (auch die Schadensermittlungskosten sind hier zu beachten).

Frage 5:

Jede e-card ist eindeutig. Die Handhabung einer Karte verändert sich durch die Neuausstellung jedoch nicht.

Neu ausgegebene Karten unterscheiden sich in folgenden Punkten, auch wenn die Personendaten gleich geblieben sind.

- Zunächst auf den ersten Blick durch die Kartenfolgenummer, das ist die Zahl in der Zeile unter dem „Chip“ (sichtbar sind nur die Kontaktflächen zur Verwendung des Chips, der eigentliche Chip ist wesentlich kleiner): üblicherweise 001, eine zweite Karte hätte dort 002 stehen usw.
- Die Kartennummer der EKVK auf der Rückseite ist ebenfalls eine andere, es kann sich auch das Ablaufdatum der EKVK ändern, wenn bei der Neuausstellung dieser Karte andere Voraussetzungen galten (siehe dazu § 7 ff. MKO 2007 und die jeweiligen Krankenordnungen der Krankenversicherungsträger).
- Die Zertifikate der elektronischen Signaturmöglichkeiten im Chip der Karte werden natürlich ebenfalls neu erstellt: Es wird ein neues Zertifikat generiert, die Kartenlaufnummer geändert, die Kennnummer der Karte und das Ablaufdatum des Zertifikates nach den jeweils bei der Kartenausstellung geltenden Regeln. Das ist aber nach außen nicht sichtbar (und dürfte dies aus Sicherheitsgründen auch nicht vollständig sein – siehe das Signaturrecht).

Frage 6:

Hier sind in der Praxis wesentliche Unterschiede zwischen tatsächlich defekten Karten und „als defekt erklären“ Karten festzustellen.

Zunächst: Wenn „die Karte nicht funktioniert“, muss das nicht an der Karte liegen, es kann auch das Lesegerät einen Fehler aufweisen oder die EDV-Einrichtungen, in welche dieses Gerät eingebunden ist (vom simplen Stromausfall durch einen herausgefallenen Stecker bis hin zu diffizilen und schwer nachvollziehbaren unklaren Zuständen einer Software der Behandlungsstelle ist mit vielen Fehlerquellen zu rechnen). Keineswegs können all diese Fehlerquellen dem e-card-System zugerechnet werden.

Wenn sich mit einer e-card z.B. - völlig zu Recht - ergeben hat, dass kein Versicherungsanspruch besteht, weil eben keine Versicherung vorhanden ist, kommt es nicht selten vor, dass dies auf die Karte geschoben und die Karte als „defekt“ erklärt wird, obwohl sie vollständig funktionsfähig war und nur ein unerwartetes/unerwünschtes Ergebnis offengelegt hat.

Manche „Defekte“ können durch Rücksprache mit der Krankenkasse geklärt werden, ohne dass neue Karten ausgestellt werden müssen.

Die Aufschlüsselung auf Krankenkassen bzw. Krankenfürsorgeanstalten lautet:

Träger	Sperrgrund „Defekt“
Wr GKK	16.500
Nö GKK	14.435
Bgl GKK	2.824
Oö GKK	16.168
Stmk GKK	12.191
Ktn GKK	6.221
Sbg GKK	6.245
Tir GKK	9.772
Vbg GKK	4.608
BKK Tabak	38
BKK Wr. Linien	171
BKK Semperit	74
BKK Neusiedler	54

Träger	Sperrgrund „Defekt“
BKK Donawitz	120
BKK Zeltweg	66
BKK Kindberg	32
BKK Kapfenberg	171
VAEB	3.361
BVA	6.596
SVA d. gewerbl. Wirtschaft	6.579
SVA der Bauern	3.666
KFA WIEN	980
KFA GRAZ	59
KFA VILLACH	2
KFA SBG	26
Summe	110.959

Frage 7:

Nachdem die Meldung einlangt, wird aufgrund der zu Frage 6 erwähnten Situation möglichst zuerst die alte Karte auf Funktionsfähigkeit geprüft, ehe sie – wenn tatsächlich defekt – gesperrt und eine neue Karte ausgestellt wird. Neuausstellungen werden über die Krankenversicherungsträger (sog. „Admin-Client“) veranlasst, Neuausstellungen erfolgen aber auch über das Callcenter der Sozialversicherungsträger.

Frage 8:

Die Zahl der aufgrund von Diebstahls-, Verlust- und Defektmeldungen neu ausgestellten Karten korrespondiert mit der Zahl der Meldungen, siehe dazu die Antworten auf die Fragen 1, 2 und 6. Somit waren 296.383 Karten betroffen, von denen ein beträchtlicher Teil der Fälle (Diebstahl gut verwahrter Karten und angeblicher Defekt, schlichtes Verlieren und die daran geknüpften Beweisprobleme) keine erfolgreich durchsetzbaren Schadenersatzforderungen an die Betroffenen auslösen konnte.

Zu dieser Zahl ist in Relation zu setzen, dass (vom Chipkartensystem her nicht beeinflussbar) allein schon wegen

- Namensänderungen (Ehe, Scheidung, Adoption usw.) und Geburten etc.

jährlich mit einer Austausch- und Neuausstellungsquote von ca. 200.000-300.000 Karten zu rechnen ist¹⁰. Dazu kommen noch erwartungsgemäß ebenso große Zahlen von Neuausstellungen, die sich wegen

- Fristablauf der EKVK-Zeiträume auf der Kartenrückseite - § 7a Abs. 1 MKO 2007¹¹ idF avsv Nr. 130/2006 bzw.
- erstmaliger EKVK-Ausstellung (vgl. § 7a Abs. 2 und 3 MKO 2007) und
- aus anderen Gründen (vgl. die Wahlberechtigung nach § 7 Abs. 1 Z 2 MKO 2007 usw.)

ergeben können und die vorgesehen wurden, um den versicherten Personen

¹⁰ siehe dazu die Statistiken über die Bevölkerungsbewegung, vgl. auch SozSi 2005, S. 188 FN 55.

¹¹ Ursprünglich Musterkrankenordnung 2004 in der Fassung ihrer ersten Änderung (enthaltend die e-card-Bestimmungen) www.avsv.at Nr. 49/2005, darauf beruhend die Krankenordnungen der österreichischen Krankenversicherungsträger.

ohne Amtswege oder sonstige Anträge stets eine verlässliche Grundlage ihrer Krankenversicherung zur Verfügung stellen zu können¹².

Diese Kartenneuausstellungen für diese Gründe waren mit direkt zuordenbaren und variablen Kosten von ca. 6 € je Karte verbunden. Die Kosten setzen sich aus den Kartenkosten samt Zustellung und den Kosten im Call Center zusammen. Kostenerhöhungen können sich ergeben, wenn auf der Karte ein Verwaltungszertifikat aufgebracht war und dieses auch auf der neuen Karte wieder freigeschaltet wird.

Frage 9:

Ja (wobei allerdings die Feststellung des Sachverhaltes manchmal auch zeigt, dass trotz Verwendung einer anderen e-card ohnedies Versicherungsschutz bestanden hätte; zur inhaltlich falschen Darstellung eines Beispiels aus Salzburg und zur allgemeinen Situation siehe die Einleitung). Die e-card hat aber, wie die Erfahrungen zeigen, Täuschungen eingeschränkt – Missbrauch war beim Krankenschein leichter möglich und häufiger:

Wenn man einen Krankenschein „verloren“ (und jemand anderer ihn „gefunden“) hatte, konnte man sich spätestens im nächsten Kalendervierteljahr einen neuen Schein holen (oder aus den ausgegebenen Krankenscheinheften, z. B. für Pensionisten ohne weiteres entnehmen), während auf der Basis des alten Scheines (durch Überweisungen usw.) umfangreiche Behandlungen abwickelbar waren.

Mit der e-card ist das nicht mehr so leicht möglich wie früher, weil die e-card auf Dauer ausgestellt ist und eine Neuausstellung bei „Verlust“ usw. automatisch die sofortige Sperre der alten Karte nach sich zieht. Auf Basis der alten Karte können damit keine weiteren Behandlungen mehr veranlasst werden.

Wenn eine e-card als gestohlen oder verloren gemeldet wird, dann ist sie innerhalb kurzer Zeit gesperrt. Mit dieser Karte kann dann keine Leistung aus dem Gesundheitssystem mehr in Anspruch genommen werden.

Bekannt geworden sind Fälle, in denen Missbrauch *versucht* wurde. In solchen Fällen haben OrdinationsmitarbeiterInnen beim Krankenversicherungsträger angerufen und den Verdacht geäußert, dass die von einem Patienten/einer Patientin vorgelegte e-card nicht dem jeweiligen Patienten/der Patientin gehört (z. B. anhand des Geburtsdatums) und angefragt, wie sie in diesem Fall vorgehen sollen. Die Ordinationen wurden in diesen Fällen gebeten, die Identität des Patienten/der Patientin mit einem Lichtbildausweis zu kontrollieren, was auch gesamtvertraglich so vorgesehen ist (§ 15 Mustergesamtvertrag: „beim Nachweis der Anspruchsberechtigung soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Patienten geprüft werden“), andererseits wird der Patient in diesen Zweifelsfällen auch verpflichtet sein, die Identität in der Ordination nachzuweisen, widrigenfalls er als Privatpatient behandelt werden kann.

Missbrauchsfälle, die in der Ordination als unverdächtig behandelt wurden, wird es auch geben. Bei der Abrechnung können diese Fälle jedenfalls nicht mehr leicht herausgefiltert werden. Es ist daher auch wenig über Zahl, Formen und verursachten Schaden dieser nicht bekanntgewordenen Fälle bekannt. Im

¹² siehe dazu auch § 31a Abs. 3 Schlussteil ASVG über die Zugriffssicherung und dazu SozSi 2004, S. 141, insb. FN 89 iVm FN 13.

Vergleich zur großen Zahl der abgerechneten Behandlungen sind solche Fälle aber gering.

Die Statistiken über die Zeit der Umstellung von Krankenscheinen auf e-cards belegen keinesfalls ein Ansteigen von Missbrauchsfällen.

Die Rückseite der e-card, die Europäische Krankenversicherungskarte EKVK ist derzeit noch eine optisch zu lesende Karte und garantiert – wie bisher der „Auslandskrankenschein“ - dem ausländischen Behandler bestimmte Ansprüche. Da die EKVK im Regelfall unlösbar mit der e-card ihres Besitzers verbunden ist, sind Missbrauchsfälle, wie sie früher z.B. durch kopierte „Auslandskrankenscheine“ mit erfundenen Dienstgeberbezeichnungen (oder durch die missbräuchliche Weitergabe eines „Auslandskrankenscheins“ an eine in Österreich gar nicht versicherte Person zwecks Verwendung im Ausland) möglich gewesen wären, von vornherein ausgeschlossen.

Die Koppelung der EKVK an die häufiger verwendete e-card ist ein organisatorischer Vorteil: Einerseits erspart das die Produktion und Verteilung einer zweiten Kartengeneration, andererseits kann die – seltener, nämlich nur bei Auslandsreisen verwendete – EKVK im Regelfall nicht vergessen oder verlegt werden, solange man nur die e-card in Händen hat.

Statistiken und Detailaufzeichnungen über solche Fälle werden angesichts des Aufwands der Einzelfallermittlung nicht geführt, vgl. dazu schon die Beträge in der Stellungnahme vom Juni 2006: 49,90 und 26,05. Ergänzend zur Beantwortung vom Juni 2006 kann festgehalten werden, dass im Fall B. N., 3yy7 0xxxx1 – in welchem die Karte in einem anderen Bundesland verwendet wurde, ein Schaden von 127,14 € entstanden ist.

Rückforderungen erfolgen wie allgemein üblich über die einschlägigen Abläufe (Ersatzleistungsstelle, Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen).

Frage 10:

Ja (wobei allerdings die Feststellung des Sachverhaltes manchmal auch zeigt, dass trotz Verwendung einer anderen e-card ohnedies Versicherungsschutz bestanden hätte; zur inhaltlich falschen Darstellung eines Beispiels aus Salzburg und zur allgemeinen Situation siehe die Einleitung).

Für jene Fälle, in denen eine Karte nicht als verloren oder gestohlen gemeldet wird, sondern schlicht weitergegeben, „verborgt“ wird, können Zahlen nicht allgemein genannt werden (siehe dazu auch die Einleitung), zu Einzelfällen siehe unten.

Auch bei dieser Form des Missbrauchs ist es denkbar, dass sie öfter vorkommt. Es gilt das zu Frage 9 Gesagte, d. h., dass es in Einzelfällen bereits in den Ordinationen gelingt, diese Fälle zu vermeiden, weil im Zweifelsfall der Nachweis der Identität mit Lichtbildausweis verlangt wird und, falls dies nicht erfolgt, die Behandlung auf Kassenkosten verweigert wird. Daten über die nicht aufgefallenen Missbrauchsfälle liegen nicht vor.

Selbst dann, wenn die e-card nur kurzfristig verborgt (und wieder zurückgegeben) wird, wird durch die Regeln über die Häufigkeit von Arztbesuchen erschwert, dass mehrere Ärzte desselben Fachgebietes in Anspruch genommen werden, ohne dass dies auffällt (vgl. die Ausführungsregeln der Krankenkassen zu § 5 Abs. 5 MKO 2007, avsv Nr. 130/2006 und die Vorgängerregeln).

Darin liegt ein wesentlicher Fortschritt zum Krankenscheinsystem, dessen Belege auch nach Verlust bzw. Ende der Versicherung zumindest für die weitere Dauer

des Abrechnungszeitraums weiter verwendbar blieben.

An Einzelfällen bzw. Verdachtsmomenten hat sich bisher das Gesagte bestätigt (siehe die eingangs erwähnte Anfragebeantwortung). Es darf dazu auf die unten erwähnten Beträge hingewiesen werden, zu denen der Rechercheaufwand in Relation zu setzen ist: Nachforschungen sind jedoch dann - präventiv - sinnvoll (und werden zunächst über statistische Methoden begonnen), wenn damit Betrugsnetzwerke oder abgesprochene Vorgangsweisen aufgedeckt bzw. verhindert werden können.

Statistiken und Detailaufzeichnungen über solche Fälle werden angesichts des Aufwands der Einzelfallermittlung nicht geführt (vgl. dazu schon die Beträge in der Beantwortung der parl. Anfrage 4175/J vom Juni 2006: 49,90 und 26,05.)

Frage 11:

Wie bereits oben beschrieben, werden vermutete (versuchte) Missbrauchsfälle in der Regel durch telefonische Anfragen der Ordinationen bekannt. Bei vermuteten Missbrauchsfällen stellt sich dann aber nicht selten heraus, dass doch kein Missbrauchsfall vorliegt, weil die Identität mit Lichtbildausweis nachgewiesen werden konnte oder dass es beim Versuch bleibt, weil der Patient daraufhin die Ordination verlassen hat, ohne die Leistung in Anspruch zu nehmen. Wenn eine behandelnde Stelle zu bemerken gibt, dass „etwas nicht stimmt“ (Täuschungsversuche usw.), dann wird die e-card oft gar nicht erst verwendet, sodass einschlägige Fälle nicht beim Versicherungsträger bekannt werden müssen.

Abgesehen davon sind die relativ langen Übergangsfristen nach Versicherungsende (Schutzfristen, Toleranzfristen für Studenten usw.) vielen Personen nicht bekannt, sodass in zumindest einigen Fällen angenommen wurde, jemand sei nicht versichert, obwohl noch die Schutzfrist usw. lief. Wenn dann Gelegenheit besteht, „mit der Karte eines anderen“ zum Arzt zu gehen, entstehen daraus Missbrauchssituationen, die völlig unnötig wären, weil ohnedies (noch) Versicherungsschutz besteht.

Ob Versicherungsschutz besteht, kann bei den Dienststellen der jeweiligen Krankenkassen und auch durch Anfrage im Internet (mit Bürgerkarte, www.sozialversicherung.at, Grunddaten zur Krankenversicherung) festgestellt werden.

Einige Fälle werden durch Ermittlungen der Polizei nach Diebstählen, Einbrüchen usw., andere erst im Zuge der Leistungsabrechnung bekannt.

Weiters gibt es Fälle, wo Versicherte nach Erhalt des Leistungsblattes (§ 81 ASVG) dem Versicherungsträger mitteilen, dass sie Leistungen nicht in Anspruch genommen hätten. Wenn in diesen Fällen vom Vertragspartner nachgewiesen werden kann (weil die e-card bei der Konsultation gesteckt wurde), dass die Leistung nicht irrtümlich abgerechnet wurde, lassen sich die näheren Umstände über den Missbrauch nachträglich kaum mehr feststellen. Dies deshalb, weil zwischen Versendung des Leistungsblattes und Inanspruchnahme der Leistung doch ein erheblicher Zeitraum liegt. Eine Verkürzung dieses Zeitraums wurde überlegt, setzt aber auch raschere Abrechnungsläufe (Verkürzung der Abrechnungsperioden usw.) und damit größere Systemumstellungen voraus, denen der zu erzielende Effekt gegenüberzustellen ist.

Frage 12:

Ja. Solche Fälle waren allerdings bereits früher Einzelfälle und sind dies auch heute. Das Zurückgehen von Missbräuchen ist auf die Verwendungsregeln der e-card zurückzuführen: ein Krankenschein (auch „Auslandskrankenschein“, Formular E 111 usw.)

- konnte wesentlich leichter „besorgt“ werden,
- war wesentlich leichter, in der Praxis auf jedem Laserdrucker, fälschbar,
- konnte nicht gesperrt werden,
- konnte wesentlich leichter durch einen anderen Schein ersetzt werden.

Missbräuche bei Krankenscheinen sind durch deren leichte Fälschbarkeit und Millionenzahl oft gar nicht erst aufgefallen, was die Aussagekraft von Statistiken in Frage stellen würde. Die Aussage beruht daher auf den Erfahrungswerten der Abrechnungsstellen, konkrete Statistiken werden darüber nicht geführt.

Missbrauch durch Vertragspartner ist jetzt schwerer möglich, weil e-cards in der Regel nicht mehr beim Vertragspartner abgegeben werden und weil der Patient/die Patientin nach Erhalt des Leistungsblattes (§ 81 Abs. 1 ASVG) die Möglichkeit hat, es der Kasse bekannt zu geben, wenn verrechnete Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden. Ein Vertragspartner, der sich bewusst auf unrechtmäßige Vorgangsweisen einlässt, muss heute damit rechnen, dass diese Vorgänge anhand des Leistungsblattes zumindest im Nachhinein aufgedeckt werden.

Frage 13:

Die Zahl der Fälle in den Ärztekostenstatistiken hat sich bei Ärzten für Allgemeinmedizin, bei denen die Verwendung der e-card in erster Linie erfolgt, vom 1. Quartal 2005 auf das erste Quartal 2006 um 4 Prozent gesenkt¹³. Selbst wenn diese Entwicklung nicht auf Dauer anhält, ist ein deutlicher Effekt eingetreten, der sich - als niedrigere Basis weiterer Entwicklungen – auch in Zukunft positiv auswirken wird.

Eine genaue Zuordnung, auf welchen Effekten diese Entwicklung beruht, kann nicht dargestellt werden: Zumindest ein gewisser Teil dieser (kosten-) dämpfenden Effekte wird auf bisher mögliche, aber nun verhinderte Missbrauchsfälle zurückgeführt werden dürfen.

Einer der Hauptgründe ist bekannt:

Das früher in manchen Zusammenhängen dem Vernehmen nach übliche Abgeben von Krankenscheinen (Deponieren von Krankenscheinheften) beim Arzt („Krankenscheinsammeln“) ist nun nicht mehr ohne Weiteres möglich (weil die e-card ja nicht nur bei diesem Arzt, sondern auch bei anderen Ärzten greifbar sein soll, kann sie nicht allein in einer einzigen Behandlungsstelle aufbewahrt werden). Diese Vorgangsweise ist auch nach § 4 Abs. 1 der Musterkrankenordnung unzulässig.

Bei den Missbrauchsfällen mit Krankenschein gab es auch Fälle, wo die Ausstellung des Krankenscheines missbräuchlich erfolgte und zwar entweder vom

¹³ Honorarabrechnungen der letzten beiden Quartale lagen bei Verfassung nicht bzw. nur ansatzweise vor, weil die Honorarabrechnungen erst bearbeitet werden bzw. überhaupt erst einlangen.

Dienstgeber, von einem beim Dienstgeber Beschäftigten oder von einem Unbefugten, der in den Besitz von Krankenscheinformularen, Dienstgeberstempel und Versichertendaten gelangen konnte. Diese Form des Missbrauchs gibt es jetzt nicht mehr. Missbrauchsfälle durch den Vertragspartner sind wie oben beschrieben jetzt erschwert.

Frage 14:

Für die Einführung und den Betrieb des elektronischen Verwaltungssystems ELSY für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung ist aufgrund der gegebenen Gesetzeslage der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zuständig; die e-card stellt einen Teil dieses Verwaltungssystems dar. Es obliegt daher auch dem Hauptverband, dieses System so zu gestalten, dass Missbrauch tunlichst verhindert wird. Nach Wahrnehmung meines Ressorts unterzieht sich der Hauptverband grundsätzlich dieser Aufgabe.

Der Hauptverband teilte dazu mit, dass in diesem Zusammenhang generell eine verstärkte Zusammenarbeit mit Polizei und Verwaltungsbehörden zu verzeichnen ist; die hiefür geltenden Rechtsgrundlagen zur Herstellung eindeutiger Personenidentitäten nach dem E-Government-Gesetz (vgl. § 31 Abs. 4 Z 1 ASVG), der klaren Dokumentation durch das Adressregister usw. bilden hiefür gute Grundlagen. EDV-Projekte haben die hier bestehenden Möglichkeiten zu berücksichtigen (§ 4 Abs. 6 der EDV-Richtlinien, www.avsv.at Nr. 87/2006). Die Entwicklung der Fälle wird – einschließlich ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen – weiterhin beobachtet. In begründeten Verdachtsfällen werden Vertragspartner mittels Rundschreiben auf die Versicherte/den Versicherten aufmerksam gemacht und aufgefordert, sollte diese/dieser die Ordination aufzusuchen, mit der Versicherung Kontakt aufzunehmen. Weiters gibt es allgemeine Aufforderungen/Bitten, die Identität der Patient/inn/en in den Ordinationen zu überprüfen. Weisungen dahingehend können an die Vertragspartner nicht erteilt werden.

Für 2007 ist die Erweiterung der Zusammenarbeit mit dem Behördenfundinformationssystem www.fundamt.gv.at in Aussicht genommen, um Verlustmeldungen weltweit noch effizienter zu gestalten. Das ist vorrangig als verbesserte Service-Leistung für Versicherte zu sehen, die auch eine bessere Trennung zwischen als gestohlen gemeldeten, in Wahrheit aber verlorenen e-cards ermöglicht.

Dies ist – wenn auch nicht vorrangig – als Beitrag zur Verhütung von Missbräuchen zu sehen: Eine auf dem Fundamt abgegebene e-card kann – mit und ohne Online-Informationssystem – nicht mehr missbräuchlich verwendet werden, da sie auf dem Fundamt liegt und damit niemand mehr zum Arzt usw. gehen kann.

Da die Europäische Krankenversicherungskarte auf der Rückseite der e-card eine Garantiekarte ist, liegt aber auch ein gewisser Schutz vor missbräuchlicher Verwendung dieser Karte darin, dass die Verlust-/Diebstahlsmeldung einfacher wird. Wesentliche wirtschaftliche Ersparnisse werden derzeit allerdings aus dieser Maßnahme nicht erwartet, nicht zuletzt, weil auch Diebstahls-/Verlustmeldungen administriert werden müssen und die dafür notwendigen Aufwendungen (einschließlich Call-Center) dadurch nicht wegfallen, bestenfalls gedämpft werden.

Umgekehrt wird eine tatsächlich gestohlene e-card (EKVK), mit der im In- oder Ausland absichtlich medizinische Behandlungen erschlichen werden sollen, gerade deswegen nicht rasch bei irgendeinem Fundamt abgegeben werden (bestenfalls nach einiger Zeit - dann, wenn sie vom Dieb entsorgt wird). Weitere Gegenmaßnahmen für den Fall stark steigender Missbräuche können sein (solche Maßnahmen können, falls die Standesvertretungen der Gesundheitsberufe nicht zu vertretbaren [insbesondere finanziellen] Bedingungen zustimmen sollten, weitgehend nur in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ministerien erfolgen):

- Begrenzung bzw. zusätzliche Regeln für Behandlungen ohne zwingende Verwendung der e-card – für Notfälle müssen immer auch solche Behandlungen möglich sein, aber es sind Maßnahmen denkbar, mit denen die Zahl von angeblich dringend notwendigen Behandlungen, die ohne jenen Beleg oder Dringlichkeitsnachweis erfolgen, gedämpft werden kann (z. B. Dokumentation, Verrechnung und Registrierung solcher Behandlungen sofort nach deren Durchführung und nicht erst mit der allgemeinen Abrechnung).
- Anspruchsprüfung, mit der die e-card auch bei anderen Gesundheitsdiensteanbietern, insbesondere Krankenanstalten und Apotheker, geprüft werden kann.
- Koppelung der e-card-Funktionen mit anderen Chipkartenausweisen (wurde für Asylwerber bereits überlegt).
- Einführung der Anforderungen des Gesundheitstelematikgesetzes (gesicherte Datenübermittlungen) ohne Verzögerung.
- Mediale Bewusstseinsbildung bezogen auf konkrete Missbrauchssituationen bei den Versicherten und Vertragspartnern – durch Broschüren und Poster über den Umgang mit der e-card.
- Verringerung/Abschaffung der noch bestehenden Medienbrüche bei der weiteren Betreuung von Patienten: statt Papierformularen somit elektronische Überweisung, Spitalseinweisung, Krankschreibung, Rezept usw., damit – wenn schon Täuschungshandlungen unerkannt gesetzt werden sollten – wenigstens die Folgekosten minimiert bzw. zusätzliche Kontroll- und Absicherungsmöglichkeiten eingerichtet werden.

An einer Weiterentwicklung des e-card-Projektes wird – auch im Sinne der vorgenannten Ausführungen – gearbeitet. Insbesondere die durchgängige Anwendung der e-card in Krankenanstalten (siehe hiezu auch die Beantwortung der Frage 23) und in Apotheken („elektronisches Rezept“) sollte in absehbarer Zeit möglich werden.

Absolute Sicherheit gegen Missbrauch wird keine auch noch so rigorose Maßnahme bieten können.

Frage 15:

Im internationalen Bereich (Europäische Krankenversicherungskarte) sind (aus den hiefür zuständigen Versicherungsträgern in den Mitgliedstaaten der EU bzw. des EWR und der Schweiz) nur wenige Hinweise auf missbräuchliche Verwendungen eingetroffen.

Aus den dem Hauptverband vorliegenden Unterlagen (Statistiken betreffend die

Verwendung der EKVK in der Zeit von Jänner bis Dezember 2005; es handelt sich dabei um einen Fragebogen der Europäischen Kommission¹⁴), geht hervor, dass vereinzelt eine „unsachgemäße Verwendung“ der EKVK aufgetreten ist, wobei die Gründe in mangelnder Sachkenntnis beruhen. Betrugsvorsatz konnte nicht oder nur schwer unterstellt werden.

Der Kärntner Gebietskrankenkasse gelangte ein Fall zur Kenntnis, in welchem die EKVK im Ausland von einer Person verwendet wurde, die in Österreich zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht versichert war. Bei der NÖGKK sind drei Fälle bekannt. Die Auswirkungen müssen (hinsichtlich Kosten etc.) noch weiter verifiziert werden.

Derzeit wird davon ausgegangen, dass im internationalen Bereich mit der e-card (genauer: mit deren Rückseite, der Europäischen Krankenversicherungskarte EKVK) nicht mehr und wahrscheinlich auch nicht weniger Missbrauch betrieben wird als seinerzeit durch die händisch auszufüllenden, entsprechend (sehr) leicht fälschbaren internationalen Anspruchsformulare.

Die Entwicklung wird jedoch beobachtet. Für den Fall, dass sich Unstimmigkeiten zeigen, werden in Zusammenarbeit mit den Trägern des betroffenen Staates Gegenmaßnahmen zu setzen sein.

Beim Zeitplan für diese Arbeiten ist berücksichtigt, dass es nach dem Start eines Systems eine gewisse Zeit dauert, bis das System eingeführt ist und erst dann – anhand von Erfahrungen aus der Praxis – konkrete Gegenmaßnahmen gegen konkrete Missbräuche sinnvoll gesetzt werden können. Das Einrichten (Organisieren, Programmieren, europaweites Verständigen usw.) von „Missbrauchsverhinderungsmaßnahmen ins Blaue hinein“, die sich danach (weil ganz andere Betrugsansätze auftauchen) als Fehlschläge erweisen, wird dabei zu vermeiden sein.

Bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners mit EKVK ist der Vertragspartner veranlasst, die Identität (mit Lichtbildausweis) zu kontrollieren, siehe die entsprechenden Felder in den Formularen im Anhang 3 zur Musterkrankenordnung 2007, www.avsv.at Nr. 130/2006. Die gesetzliche/vertragliche Lage zur Einschränkung von Missbrauchsfällen ist im internationalen Bereich somit grundsätzlich besser als bei den innerstaatlichen e-card-Fällen, in denen keine Ausweisdaten erfasst werden müssen.

Ist unter Missbrauch hier allerdings die Vorlage einer österreichischen EKVK bei einem Leistungserbringer in einem anderen Anwendungsstaat durch eine andere als die auf der Karte genannte Person gemeint, so kann dies von einer österreichischen Krankenkasse als zuständigem Träger mit dem heutigen System nicht geprüft werden. Da die derzeitige EKVK ein rein visuell anzuwendender Anspruchsnachweis ist, muss darauf vertraut werden, dass der Leistungserbringer (nicht der aushelfende Träger!) im anderen Anwendungsstaat die Personenidentität geprüft hat.

Nach Einschätzung des Hauptverbandes wird die Prüfbarkeit auf einen solchen Missbrauch bei der Leistungsinanspruchnahme erst mit der flächendeckenden

¹⁴ Monitoring der Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte; Stellungnahme zur Aufzeichnung des Sekretariates vom 18. Dezember 2006 (CA.SS.TM. 365/06).

Inbetriebnahme eines elektronischen EKVK-Systems in allen Anwendungsstaaten, also erst in weiterer Zukunft, möglich sein.

Ob sich die in Aussicht genommene elektronische Internet-Sperrliste in der Praxis bewähren wird, wird wesentlich davon abhängen, ob die in Betracht kommenden Leistungserbringer in allen Anwendungsstaaten verpflichtet werden können, über einen Internetzugang zu verfügen und diesen auch lückenlos anzuwenden oder ob in die ausländischen nationalen elektronischen Systeme (flächendeckend) entsprechende Prüfungen eingebaut werden.

Die Prüfbarkeit durch den zuständigen Träger auf einen solchen Missbrauch *im Zuge der Zahlungsverrechnung* wird aus Sicht des Hauptverbandes erst erfolgen können, nachdem eine vollelektronische Verarbeitung der E 125, welche die Kennnummer der Karte mitprüft, in Betrieb genommen wurde. Da dies aber immer erst im Nachhinein erfolgen kann, wird auch dann bei „rechtzeitiger“ Diebstahlmeldung einerseits der Bestohlene nicht belangt werden können, andererseits wird der zuständige Träger erst beweisen (können bzw.) müssen, dass der Leistungserbringer (und damit der aushelfende Träger) nicht selbst getäuscht wurde.

Wird eine - aus guten und plausiblen Gründen - vom Versicherten oder einem ausländischen Träger beantragte „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte“, Anhang 2 der MKO 2007, für eine andere Person verwendet (und vielleicht sogar auf deren Ausweisdaten gefälscht - „hingetrimmt“), gibt es im Falle des Einvernehmens zwischen dem Versicherten und der anderen Person derzeit überhaupt keine mit einem vertretbaren Verwaltungsaufwand administrierbare Möglichkeit, eine dadurch betrügerisch erlangte Sachleistung festzustellen.

Falls in der Anfrage unter Missbrauch ein anderer Sachverhalt (etwa die Umgehung einer inländischen Leistungslimitierung bei Heilmitteln oder Heilbehelfen) gemeint sein sollte, ist dies vom zuständigen Träger derzeit nicht prüfbar.

Ist der auf der EKVK im Feld „Kennnummer des Trägers“ ausgewiesene Träger zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme nicht mehr zuständig und liegt das Ablaufdatum der EKVK nach der Leistungsinanspruchnahme im anderen Anwendungsstaat, wird jedenfalls geprüft, ob ein anderer österreichischer Träger (und ggf. welcher) leistungszuständig ist. Die Frage nach einem Missbrauch durch Leistungsinanspruchnahme mittels EKVK trotz nicht mehr bestehendem Leistungsanspruch wird als Betrug gewertet und – bei Beweisbarkeit – dementsprechend verfolgt.

Die Sorge über einen allfälligen Missbrauch zeigt jedenfalls, dass das Projekt der internationalen computerlesbaren Krankenversicherungskarte, NETC@RDS, mit dem eine elektronische Überprüfung der EKVK so wie im Inland der e-card möglich ist, weiter verfolgt werden muss, siehe <http://www.netcards-project.com/index.php> und die Informationen darüber im Internetangebot der österreichischen Sozialversicherung

http://www.chipkarte.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=220&p_menuid=51981&p_id=4.

Siehe auch die Seite

http://ec.europa.eu/employment_social/healthcard/index_de.htm.

Gegenmaßnahmen mussten noch nicht gesetzt werden. Eine bereits jetzt veranlasste Maßnahme ist jedoch möglichste Transparenz für Behandler/innen und Patient/inn/en, siehe die einschlägigen oben zitierten Informationsangebote auch im Internet.

Der Hauptverband bereitet einen Informationsfolder über die EKVK vor. Festzuhalten ist weiters, dass ein Vertragspartner der Sozialversicherung im Zweifel verpflichtet ist, die Identität seines Patienten/seiner Patientin (schon aus medizinrechtlichen Gründen) festzustellen. Das gilt jedenfalls für Behandlungen auf Basis einer ausländischen EKVK bei Behandlungen von Ausländern/Ausländerinnen im Inland.

Das bildet eine zusätzliche Hemmschwelle, weil es nicht mehr so einfach ist wie früher, einen händisch ausgefüllten Beleg (gestohlenes/kopiertes Leerformular mit gefälschtem Dienstgeberstempel usw.) auf die Daten eines vorhandenen Ausweises „hinzutrimmen“, sondern es muss auch damit gerechnet werden, dass ein zu den Daten der e-card bzw. zur ausländischen EKVK passender Ausweis verlangt wird.

Frage 16:

Schwierigkeiten bei der Verwendung der EKVK scheinen eher in den sogenannten „alten“ Mitgliedstaaten aufzutreten, offenbar, weil deren Behandlungsstellen (noch) auf die alten Formulare bzw. Vorgangsweisen eingestellt sind und offenbar größere Umstellungsschwierigkeiten bestehen.

Derartige Probleme gibt es in praktisch allen Ländern Europas, deren Gesundheitsberufe/Spitäler noch auf die frühere Vorgangsweise eingeübt sind. Ausländische Leistungserbringer akzeptieren die EHIC mit verschiedenen Begründungen nicht, z. B. sie sei elektronisch nicht lesbar, die Karte ist überhaupt nicht bekannt oder es wird auf ein E 111 (das früher gegolten hat) bestanden.

Derartige Probleme sind Gegenstand von Verbindungsstellenbesprechungen, sie können aber meist in direkten Kontakten mit den ausländischen Krankenversicherungsträgern gelöst werden. In einem Fall der SVA der Bauern in Spanien musste allerdings sogar die österr. Vertretung eingeschaltet werden. Dass in Einzelfällen eine Behandlungsstelle die Annahme der EKVK verweigert, obwohl sie dazu verpflichtet wäre, kommt leider vor und wird mit den jeweils zuständigen Stellen im Ausland¹⁵ behandelt, welche gegenüber ihren landesinternen Behandlungsstellen die notwendigen Schritte setzen können.

Die einschlägigen Informationen, Schulungsveranstaltungen usw. können nicht von der österreichischen Sozialversicherung durchgeführt werden. In der Verordnung (EG) Nr. 631/2004, ABI. EU L 100 vom 6. April 2004, wurde in Artikel 4 (Seite 5) folgendes festgelegt: „Zur Durchführung dieser Verordnung stellen die Träger des Aufenthaltsstaates sicher, dass alle Leistungserbringer umfassend über die Kriterien gemäß Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a) Ziffer i) der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 unterrichtet sind.“

¹⁵ Welche Stellen (Versicherungsträger) es gibt, ist in der Datenbank der einschlägigen Einrichtungen unter http://ec.europa.eu/employment_social/cld/public/findInstitution.do?lang=de festgehalten. Auf diese Weise können alle europäischen Versicherungsträger ermittelt werden, die im Rahmen der europäischen Koordinierungsvorschriften im Bereich der sozialen Sicherheit anfallende Kosten für Gesundheitsleistungen erstatten.

In der Praxis kommt es vor, dass von Vertragspartnern die Chipkarte elektronisch zu lesen versucht wird (was noch nicht funktionieren kann) und danach wegen Kartendefekts Barzahlung oder die Beschaffung eines ausländischen Krankenscheins verlangt wird.

Reibungsloser funktioniert die Verwendung der EKVK in den neueren Mitgliedstaaten wie Ungarn, Polen usw., weil anscheinend die MitarbeiterInnen in deren Behandlungsstellen, Ordinationen usw. auf Neuerungen eingestellt sind bzw. die alte Formularorganisation gar nicht mehr miterlebt haben.

Ob es der österreichischen Sozialversicherung (allenfalls namens eines Patienten/einer Patientin) möglich ist, im Ausland selbst einschlägige Schritte zu setzen, ist denkbar, wäre aber (Prozessführung im Ausland) mit hohen Kosten verbunden und wird zumindest derzeit nicht als vorrangige Lösungsmöglichkeit gesehen.

Nach dem hiefür relevanten Gemeinschaftsrecht ist eine gültige EKVK von jedem Vertragspartner eines nationalen Krankenversicherungssystems als Anspruchsnachweis für die Leistungserbringung nach den für den aushelfenden Träger geltenden Bestimmungen anzunehmen, *ohne dass der/dr EKVK-Patient/Patientin vorher mit dem aushelfenden Träger in Kontakt tritt* (= „Direktinanspruchnahme“).

Daraus ergibt sich mitunter, dass (neben allenfalls fremden Sprachen) die Leistungserbringung und die verwaltungstechnischen Erfordernisse in anderen Staaten Personen, die das hohe Leistungsniveau und unbürokratische System in Österreich gewohnt sind (bloßes e-card-Stecken reicht ja im Inland normalerweise aus) überfordern können¹⁶. Die aushilfsweise Leistungserbringung auf Grund einer gültigen EKVK hat weiters nur insoweit zu erfolgen, als sie in Anbetracht der voraussichtlichen – vorübergehenden! – Verweildauer des Patienten/der Patientin im anderen Staat (medizinisch) erforderlich ist. Nicht jede Krankenbehandlung im Ausland ist automatisch durch die EKVK gedeckt, vgl. Art. 19 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABI. L 200/2004¹⁷.

Diese Situation kann aus mehreren Gründen zu Problemen führen, die aber von der sozialen Krankenversicherung aus dem Inland heraus nicht oder nur schwer zu beeinflussen sind:

- weil Patient/inn/en - u. U. mangels ausreichender Sprachkenntnisse - die nationalen bzw. lokalen Usancen nicht bekannt und/oder nicht vermittelbar sind;
- weil Patient/inn/en mangels ausreichender Ortskenntnisse nicht in der Lage (oder nicht gewillt) sind, statt einem/einer näher situierten Privatarzt/-ärztin einen Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin aufzusuchen;
- weil Patient/inn/en (z. B. nach einem Unfall) keine Dispositionen treffen können und von der Rettung zu einer nicht mit dem

¹⁶ Dass dabei nicht jede Behandlungsstelle ohne weiteres bereit sein könnte, ihrem Patienten alle einschlägigen Hürden aus dem Weg zu räumen, darf nicht übersehen werden: die Motivation, dass der Patient dadurch zu direkten Honorarzahlungen in bar veranlasst werden kann, könnte dafür einen Anlass bieten.

¹⁷ Und deren Vorgängerin, die V über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer Nr. 1408/71.

nationalen Krankenversicherungssystem in Vertragsbeziehung stehenden Behandlungseinrichtung (Arzt, Sanitätsstation oder Krankenhaus) gebracht werden;

- weil Patient/inn/en die EKVK im Hotel (oder gar in Österreich) gelassen haben und sich diese erst besorgen (oder erst nachsenden lassen) müssen;
- weil die vom Patienten/von der Patientin mitgeführte e-card auf der Rückseite keine gültige EKVK trägt und der Patient sich vor Ausreise nicht im Inland darum gekümmert hat (siehe die Ausstellungsregeln für die EKVK in den §§ 7 ff. MKO 2007, wobei aber, um dem Anspruch auf Ausstellung einer EKVK auch bei kurzfristiger Vorbeschäftigung nachzukommen, die Ausstellung von Ersatzbelegen möglich ist);
- weil der mit einem nationalen Träger in Vertragsbeziehung stehende Leistungserbringer unzureichend informiert ist oder dies behauptet/vorschützt, um vom Patienten Privathonorare verlangen zu können.

Die Alternative, das vorhandene System kurzerhand zu streichen und auf reiner Kostenerstattungsbasis zu arbeiten (also auch Spitalsaufenthalte im Ausland durch die Versicherten/deren Reisezusatzversicherung selbst bezahlen zu lassen) würde einen Rückschritt bedeuten, insbesondere bei Kindern und unterdurchschnittlich vermögenden Personen, für die ein Spitalsaufenthalt im Ausland ohnedies genügend sonstige Schwierigkeiten bereitet. Das noch abgesehen davon, dass nach dem Recht der EU ein Direktverrechnungssystem dort vorausgesetzt wird, wo es auch für die Angehörigen des eigenen Staates besteht (die EKVK gibt einen Anspruch auf Behandlung nach den gleichen Regeln wie für Inländer).

Als Konsequenz daraus ist eine möglichst rasche Fertigstellung der elektronischen Form der EKVK und bis dahin größtmögliche Transparenz und Information über diese Karte zu nennen.

Es wird in diesem Zusammenhang auch hin und wieder vorgeschlagen, die Gültigkeitszeiträume für die EKVK zu verkürzen: Das würde allerdings bedeuten, dass in einer großen Anzahl von Fällen allein wegen des Fristablaufes der EKVK neue Karten auszustellen¹⁸ wären, obwohl die e-cards (Funktionen des Chips) richtig funktionieren und es bei der EKVK in Summe nur in wenigen Fällen zu Missbräuchen kommt. Die Kosten dieser Vorgangsweise wären gegen die Kosten nicht verfolgbarer Missbrauchsfälle und die daraus entstehenden neuen Missbrauchsmöglichkeiten abzuwägen.

Frage 17:

Es gibt zu diesem Thema auf EU-Ebene drei parallele Aktivitäten, welche von der

¹⁸ oder überhaupt die EKVK getrennt von der e-card auszustellen wäre, was doppelte Logistik für ca. 8 Mio. Karten bedeuten würde, wenn man nicht überhaupt von den Versicherten verlangen wollte, vor jeder - auch kurzen - Auslandsreise extra eine EKVK anzufordern (also einen zusätzlichen „Amtsweg“ vor Auslandsreisen in Kauf zu nehmen, weil die EKVK beim Arbeitgeber mangels Unterlagen nicht ausgestellt werden könnte) bzw. die Betrugsmöglichkeiten durch gefälschte Formulare wieder einführen würde. Dass das europarechtlich als Einführung eines Freizügigkeitshindernisses angesehen werden könnte, muss am Rande erwähnt werden. Diese Wege wurden bei der Einführung der e-card gekoppelten EKVK mit Absicht nicht gewählt (vgl. die Erläuterungen zu § 7 in der 1. Änderung der MKO 2004 unter www.sozdok.at).

Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer in Europa (CASSTM¹⁹) ausgehen:

1. Das Projekt NETC@RDS

NETC@RDS arbeitet einerseits daran, bestehende nationale Versicherungs-Chipkarten kompatibel (interoperabel) zu machen. Andererseits werden auch Lösungsmöglichkeiten zur elektronischen Erfassung der Daten der EKVK sowie die Anbindung von nicht-kartenorientierten Systemen angeboten.

Österreich ist mit dem Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Universität Linz und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (vertreten durch die Tochtergesellschaft des Hauptverbandes nach § 31b ASVG – die SVC) seit 2002 im Projekt NETC@RDS aktiv.

Im Zuge eines Pilotbetriebes in 10 Ländern („Phase A“) ist jeweils ein NETC@RDS-Portal eingerichtet worden, welches der Kommunikation mit den Partnerländern dient. Das österreichische Portal wird derzeit vom Hauptverband betrieben.

Weiters wurden in ca. 85 Krankenanstalten in den teilnehmenden Ländern Arbeitsplätze mit der NETC@RDS-Software ausgestattet, welche ein Auslesen unterschiedlicher nationaler Krankenversicherungskarten ermöglicht. Derzeit werden Chipkarten aus Deutschland, Frankreich, Italien, Slowenien und Österreich sowie EKVks aus allen Partnerländern unterstützt. Phase A wurde erfolgreich abgeschlossen und bildet die Grundlage für Phase B.

In der Einführungsphase B werden neben den 10 Partnerländern der Phase A auch Liechtenstein, die Niederlande, Norwegen, Polen und Rumänien am Projekt teilnehmen.

Ziele dieser Phase sind:

- Ausbreitung der Installationen auf mindestens 300 Krankenanstalten
- Anpassung der technischen Protokolle an die neuen Standards für den EU-Datenaustausch
- Einbindung neuer technischer Komponenten
- Erstellung neuer Services
- Integration in nationale Systeme

Der Hauptverband soll in dieser Phase im Projekt weiter mitarbeiten. Das Arbeitsgebiet umfasst die technische Weiterentwicklung und Betreuung der bestehenden NETC@RDS-Lösung sowie Zusammenarbeit mit Geräteherstellern (Chipkartenleser und Scanner) und Anbietern von Krankenhaus- und Ärzteinformationssystemen. Der Beginn dieser Projektphase ist mit Anfang April 2007 bis Ende März 2010 geplant.

2. Die Ad-Hoc Working Group „eEHIC“

Die Technische Kommission (kurz TC) von CASSTM hat eine sogenannte „Ad-Hoc Working Group“ ins Leben gerufen, welche die Vorgehensweise zur Einführung einer elektronischen Lösung prüfen und Lösungsvorschläge ausarbeiten soll.

Der Großteil der Arbeit dieser Expertengruppe basiert bislang auf den Ergebnissen des Projektes NETC@RDS.

¹⁹ Commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants
Vgl. Art. 71 EG-KoordV ABI, L Nr. 883/2004.

Österreich ist an der Arbeit dieser Experten-Arbeitsgruppe durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (vertreten durch die SVC) seit 2005 beteiligt.

3. Normierungs-Bestrebungen durch CEN

CASSTM und TC wollen die Ergebnisse der Ad-Hoc Working Group vom Europäischen Normungsinstitut CEN in einen europäischen Standard „gießen“ lassen.

Der Kick-Off Termin wird am 24. April 2007 im Rahmen eines gemeinsamen Meetings der Ad-Hoc Working Group mit Vertretern von CEN und der Industrie stattfinden.

Frage 18:

In dieser Detaillierung nicht. Es wurde bisher nicht als Aufgabe der Ärzte/Ärztinnen gesehen, in diesem Zusammenhang polizeiliche Ermittlungsaufgaben zu übernehmen. Wenn die Karte als verlustig oder gestohlen gemeldet ist, ist sie automatisch gesperrt. Das ist in der Arztordination zu bemerken, wobei der Grund für die Sperre nicht angegeben wird.

Das Stecken der Karte in das Lesegerät löst eine on-line Prüfung aus, ob ein Versicherungsanspruch besteht. Wird dabei erkannt, dass die Karte gesperrt ist (unabhängig aus welchem Grund), dann wird kein Versicherungsanspruch bekanntgegeben.

Den Grund dafür festzustellen ist nicht Sache des Behandlers. Die Information, warum eine Karte gesperrt ist (die ja – eben, weil sie gesperrt ist – ohnedies keinen Versicherungsschutz dokumentiert), bringt für die behandelnde Stelle keinen Nutzen, im Gegenteil:

Das würde aufgrund der Möglichkeit, eine verlorene Karte als gestohlen zu melden (wenn eine Karte „weg ist“, kann sie verlegt, verloren oder gestohlen sein, eine bloß verlegte Karte kann als daher als vermutlich gestohlen gemeldet sein), dann zu Irritationen führen, wenn der Kartenbesitzer/die Kartenbesitzerin eine von ihm/ihr als „gestohlen“ gemeldete e-card wiederfindet und verwenden möchte. In der Arztordination könnten Patient/inn/en, die die Karte irrtümlich als gestohlen gemeldet hatten, dann als Betrüger/innen dastehen. Die Karte wäre aber jedenfalls gesperrt, sodass der Sperrungsgrund der behandelnden Stelle nicht weiterhilft.

Technisch wird in diesen Fällen vom e-card System (Server) nur ein neutraler Fehlercode (CL00053 o. ä) gemeldet – „e-card wird nicht akzeptiert (gesperrt, abgelaufen)“. Hat ein Arzt/eine Ärztin eine Arztsoftware installiert, kann der Fehlercode auf dem Bildschirm in der Ordination auch anders lauten (der Fehlercode aus dem e-card-System wird von den Arztsoftware-Produkten in frei lesbaren Text umgesetzt) – auf diese Texte hat die Sozialversicherung keinen Einfluss, weil es sich um die Organisation der Praxis des jeweiligen Arztes und anderen Vertragspartners handelt. Gemeinsam mit den Anbietern von Ordinationssoftware ist der Hauptverband aber bemüht, die jeweilige Situation klar darzustellen.

Der Versicherungsanspruch ist nicht auf der Karte verzeichnet, er wird nur

jeweils mit der Karte aktuell festgestellt²⁰.

Für den Fall jener – sehr seltenen – Situationen, in denen keine on-line-Prüfung möglich wäre, sind, wenn das tatsächlich vom e-card-System verursacht worden sein sollte (und nicht von der Ordinations-EDV oder anderen Quellen), mit den Vertragspartnern Regeln vereinbart, die die Patient/inn/en bzw. die Abrechnung nicht einschränken.

Es ist daher keinesfalls so, dass ein Vertragsarzt einen Patienten, dessen e-card nicht funktioniert, der aber einen Behandlungsanspruch glaubhaft machen kann, „wegschicken muss“. Nach Auffassung des Hauptverbandes gehört es in den Aufgabenbereich des Vertragspartners, den Kund/inn/en bzw. Patient/inn/en auch in solchen Zusammenhängen Unterstützung anzubieten.

Frage 19:

Solche Fälle werden derzeit nicht erfasst, sodass darüber keine Aufzeichnungen bestehen. Das ist auch nicht notwendig, weil die Möglichkeit besteht, den Versicherungsschutz auf andere Weise zu klären (wie in den Fällen, in denen ausnahmsweise keine e-card vorgelegt oder verwendet werden kann, siehe nächste Frage).

Die Verwendung der e-card bzw. das Anfrageergebnis ändert nichts am Bestehen oder Nichtbestehen eines Versicherungsanspruches. Dieser Anspruch ist von den gesetzlichen Regeln abhängig, nicht vom Funktionieren der Geräte in der Arztpraxis, der e-card usw. und kann daher auch in Einzelfällen außerhalb des e-card-Systems verifiziert werden. Nach Prüfung durch die Versicherung (kann kurzfristig telefonisch erfolgen) kann gegebenenfalls durch Sachbearbeiter ein Anspruch im e-card System gespeichert werden, welcher sofort (keine Verzögerung durch Verarbeitungsläufe, dies ist einer der Vorteile des on-line-Verfahrens) für den Behandler ersichtlich ist.

In diesem Bereich liegt eine wesentliche Änderung durch das Chipkartensystem. Nur dadurch wird fehlender Versicherungsschutz rasch sichtbar, was im Interesse der Beitrags- und Steuerzahler im Gesundheitssystem nicht allein als Nachteil zu sehen ist. Früher wurde jemand, der mit einem Krankenschein eine Behandlungsstelle aufsuchte, praktisch immer als versichert betrachtet, obwohl das nicht immer der Fall war und die entsprechenden Leistungen rechtlich betrachtet missbräuchlich in Anspruch genommen wurden.

Nach den bisherigen Schätzungen bzw. Erfahrungswerten liegt die Zahl dieser Fälle im Bereich weniger Zehntelprozente²¹.

²⁰ Die Eintragung eines Versicherungsträgers auf der EKVK (Rückseite der e-card) nennt diesen Träger als Ansprechstelle in Angelegenheiten der EKVK für Partner im Ausland, sie belegt keinen Versicherungsanspruch. Die Karte muss daher nicht umgetauscht werden, wenn sich die Versicherung ändert.

²¹ Siehe auch die Presseaussendung des Hauptverbandes vom 7. Februar 2007: „Lediglich bei 0,4 Prozent aller Patientenkontakte mit der e-card bedarf es in einer Ordination eines Vertragsarztes einer zusätzlichen Aktion, um die Anspruchsberechtigung eines Patienten prüfen zu können.“

Frage 20:

Das kann nicht beantwortet werden, es bestehen keine Meldepflichten der Gesundheitsberufe dahin, der Krankenversicherung zu melden, ob ihre Ordinationsausstattung defekt ist.

Defekte Karten oder nicht funktionierende Lesegeräte können überdies von vornherein – eben, weil sie nicht funktionsfähig sind – nicht zur Ablehnung von Versicherungsschutz führen, in solchen Fällen bleibt die Frage nach Versicherungsschutz nur offen, wird aber nicht negativ beantwortet.

Für die Behandler besteht hier die Möglichkeit, wie auch im Fall vergessener e-cards, den Versicherungsanspruch mit Hilfe der Ordinationskarte und der Versicherungsnummer des Patienten/der Patientin abzufragen und eine Konsultation zu melden. Der Umstand „nicht vorhandene/lesbare Karte“ kann dann bei einem Folgebesuch durch Nacherfassung auch rückwirkend saniert werden.

Frage 21:

Das sind Personen (stets auch einschließlich sonst nicht [mit-]versicherter Angehöriger²²⁾,

- a) die von der Sozialversicherung ausgenommen sind und auch sonst (Zweitberuf, Nebenbeschäftigung) nicht in der sozialen Krankenversicherung versichert sind oder waren (vgl. die Regeln über das opting-out in § 5 GSVG),
 - b) für die der Sozialversicherung von der zuständigen Stelle keine gesicherten Personendaten zur Verfügung gestellt werden,
- sowie
- c) Versicherte aus Österreich im Ausland und Auslandsösterreicher/innen, die im Ausland vom dort zuständigen Sozialversicherungsträger nach dessen Regeln, aber mit Finanzierung durch den inländischen Sozialversicherungsträger behandelt werden.

Fälle nach lit. a:

1. Mitglieder freier Berufe wie z. B. Architekt/inn/en, Apotheker/innen, Ärzte/Ärztinnen, Rechtsanwälte/-anwältinnen, Wirtschaftstreuhänder/innen,
2. Personen, die seit Beginn des e-card-Projektes nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (Privatiers, Pensionisten, die ihre Pension außerhalb eines Sozialversicherungssystems beziehen, wie z. B. Privatpensionsbezieher),
3. Mitglieder einiger Krankenfürsorgeanstalten der Länder und Gemeinden (wobei aber eine Einbeziehung überlegt wird, die KFA Wien, Graz, Villach und Salzburg nehmen bereits teil, siehe auch die Listen zu Fragen 1, 2 und 6),

²² Kinder sind im Regelfall bei beiden Elternteilen mitversichert, sodass Kinder nur dann keine e-card erhalten, wenn beide Elternteile zu den hier dargestellten Personengruppen gehören.

4. Urlauber, Touristen, Besucher aus dem Ausland (wobei es sich nicht um Ausländer handeln muss, auch Auslandsösterreicher können davon betroffen sein),
5. Personen, die von der österreichischen Sozialversicherung ausdrücklich ausgenommen sind, wie Diplomaten,
6. Erwerbstätige, die aus dem Ausland nach Österreich gekommen sind (entsendete Arbeitnehmer u. A., vgl. nur § 3 Abs. 3 ASVG) und sich (noch) nicht mit der österreichischen Gebietskrankenkasse usw. Verbindung gesetzt haben, um für Österreich den Status einer betreuten Person zu erhalten, wie es an sich nach dem Europarecht vorgesehen wäre [siehe Art. 76 Abs. 4 der VO (EG) 883/2004],
7. Personen, die zwar sozialversicherungspflichtig wären, aber nicht gemeldet wurden (Schwarzarbeiter) und auch sonst, z.B. von einer früheren Beschäftigung, keine e-card erhalten haben.

Fälle nach lit. b:

Asylwerber und Grundversorgte (bei diesen Personenkreisen ist die Feststellung der Personendaten manchmal nicht einfach bzw. erfolgen häufige Datenwechsel, welche die Ausstellung von e-cards nicht sinnvoll erscheinen lassen). Für Asylwerber ist mit dem Innenministerium eine Vorgangsweise mit einer Ersatzbescheinigung abgesprochen, welche es möglich macht, den/die Betroffene/n über die Datenspeicherung des Innenministeriums zu erkennen.

Frage 22:

Es muss zwischen der Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in das e-card-System und – ganz allgemein – in die gesetzliche Krankenversicherung unterschieden werden.

Zur Frage der Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in das e-card-System teilte der Hauptverband mit, dass dies von den Sozialhilfeträgern zu entscheiden wäre, im Wesentlichen somit von den Ländern: Nach dieser Entscheidung wäre es kurzfristig möglich (die Sozialhilfeträger müssten dafür nur die berechtigten Personen, Kostenträger und Zustelladressen nennen).

Die Sozialversicherung ist dazu bereits seit Längerem technisch und organisatorisch bereit, auch die einschlägigen Rechtsgrundlagen sind vorhanden (§ 31a Abs. 4 Z 2 ASVG).

Die Einbeziehung der Sozialhilfebezieher in das e-card-System ist zunächst deswegen sinnvoll, weil dann keine unbeabsichtigten Diskriminierungen stattfinden können („Sozialhilfekrankenschein“ muss statt e-card vorgelegt werden, was auf den ersten Blick den sozialen Status offen legt).

Die Einbeziehung könnte aber auch die Abrechnung von Leistungen vereinfachen und allenfalls – heute denkbare – Doppelleistungsbezüge verhindern (mehrfache Sozialhilfeleistung oder Sozialhilfeleistung wegen Nichtmeldung eines ohnedies bestehenden Sozialversicherungsanspruchs, z.B. als mitversichertes Kind).

Darüber hinaus wurden aber auf Initiative meines Ressorts auch Gespräche mit dem Hauptverband und den Sozialreferenten der Länder hinsichtlich einer Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in die soziale Krankenversicherung geführt. Der auf Beamtenebene erarbeitete gemeinsame Lösungsvorschlag

wurde am 4.12.2006 der Landeshauptleutekonferenz vorgelegt, welche die Einbeziehung dem Grunde nach befürwortet, darüber hinaus aber festgehalten hat, dass über Details, insbesondere über die Höhe des einheitlichen Krankenversicherungsbeitrages, noch weitere Verhandlungen geführt werden müssten.

Frage 23:

Die ersten Krankenanstalten sind bereits angeschlossen. Da die Krankenanstalten – abhängig von deren Rechtsträgern – sehr unterschiedliche (und naturgemäß auch sehr komplexe) EDV-Systeme verwenden, ist die Einführung eines neuen Systems auf die einzelne Einrichtung umgelegt mit größerem Aufwand und höheren Kosten verbunden als bei den – im Vergleich zu Spitäler relativ kleinen – ärztlichen Ordinationen.

Es läge im Interesse aller beteiligten Stellen, wenn Versicherungsansprüche auch in Krankenanstalten rasch und sicher verifiziert werden könnten.

Die Kosten, die in Krankenanstalten für die Behandlung des jeweiligen Einzelfalles auflaufen, sind allgemein wesentlich höher als die Behandlungskosten in der freien Praxis, sodass gerade in Krankenanstalten eine exakte Daten- und Anspruchsbasis höhere Einsparungen bei Missbrauchsvermeidung bringen könnte als dies bei den freiberuflich/gewerblich tätigen Gesundheitsberufen der Fall sein könnte.

Entsprechende Maßnahmen liegen aber nicht im Zuständigkeitsbereich des Hauptverbandes, die Sozialversicherung ist weitgehend auf freiwillige Mitarbeit der Rechtsträger der Krankenanstalten angewiesen.

Es wird weiters nicht als Aufgabe des e-card-Systems (Hauptverbandes) bzw. der sozialen Krankenversicherung zu sehen sein, einschlägige EDV-Aufwände der Krankenanstaltenbetreiber zu finanzieren, ohne Mitspracherechte bei der Organisation und dem Aufbau dieser EDV-Systeme zu haben (wenn Vereinheitlichungen deutliche Kostenersparnisse erwarten lassen, dies ist in den einschlägigen Gremien wie Landesgesundheitsfonds, Landes-Krankenanstalten-Betriebsgesellschaften zu erörtern und nicht allein von der sozialen Krankenversicherung).

Frage 24:

Grundsätzlich ist dazu festzuhalten, dass die vom Hauptverband zu erstellende Musterkrankenordnung zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch die Bundesministerin bedarf. Damit wird das rechtmäßige Zustandekommen der Krankenordnung und jeder Änderung dokumentiert. Die Krankenordnung und ihre Änderungen sind zu genehmigen, wenn sie nicht gegen andere Rechtsvorschriften verstößen und vom finanziellen Standpunkt keine Bedenken bestehen. Die Initiative zur Änderung der Musterkrankenordnung hat daher unter Beachtung der Selbstverwaltung des Hauptverbandes von diesem auszugehen.

Die Musterkrankenordnung (und die auf ihr beruhenden Krankenordnungen der Sozialversicherungsträger) kann nur für den Bereich der Sozialversicherung gelten, nicht jedoch für die Gesundheitsberufe, die Rechtsträger von Krankenanstalten und Institutionen außerhalb der Krankenversicherung, wie z. B. die Krankenfürsorgeanstalten.

Die Regeln der Musterkrankenordnung, nach denen die e-card ausgestellt wird bzw. nach denen sie zu verwenden ist, wurden in den letzten Monaten bereits mehrfach in Details angepasst.

Im Wesentlichen haben sich die eingeführten Regeln nach Ansicht des Hauptverbandes bewährt. Auch in Zukunft sind die notwendigen Anpassungen zu erwarten – ebenso, wie Versicherungsbedingungen anderer Versicherungen den jeweiligen Erfordernissen angepasst werden. Anzudenken wäre, in der Krankenordnung vorzusehen, dass auch Patient/inn/en mit oder ohne e-card (zumindest in manchen Situationen) die Identität mit Lichtbildausweis nachweisen müssen²³.

Diese Verpflichtung der Patient/inn/en muss dann aber mit einer entsprechenden Verpflichtung der Vertragsärzte und -ärztinnen, diese Identität auch zu überprüfen, korrelieren, ist daher ohne Zustimmung der Standesvertretungen durch die Sozialversicherung allein nicht einführbar und wäre vorher noch eingehend wegen ihrer (verzögernden u. a.²⁴) Auswirkungen auf die Abläufe in den Ordinationen usw. zu untersuchen.

Änderungen der Musterkrankenordnung (die e-card wurde mit der ersten Änderung der MKO 2004 eingeführt, siehe avsv 49/2005):

- zweite Änderung der MKO 2004 avsv 22/2006
- dritte Änderung der MKO 2004, avsv 77/2006
- Neufassung als MKO 2007, avsv 130/2006.

Abschließend muss aber betont werden, dass durch das Erstellen von Rechtsvorschriften nicht alle Missbräuche, insbesondere nicht vorsätzlich gesetzte Betrugshandlungen, verhindert werden können.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Andrea Kdolsky
Bundesministerin

²³ Ebenso wie die e-card zwecks einfacher Datenerfassung für die Sozialversicherungsmeldung bei Arbeitsantritt gemeinsam mit einem Lichtbildausweis vorzulegen wäre, § 4 Abs. 10 MKO 2007.

²⁴ Kinder besitzen nicht immer Ausweise, nicht alle Patienten werden Ausweise bei sich tragen (Notfälle), Ausweisdaten müssten zwecks Verifikation festgehalten werden usw.