



XXIII. GP.-NR
3834 /AB
09. Mai 2008
zu 3928 /J

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

GZ: BMGFJ-11001/0053-I/A/3/2008

Wien, am 8. Mai 2008

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3928/J der Abgeordneten Mag. Johann Maier und GenossInnen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

In Beantwortung der gegenständlichen Anfrage übermittle ich die dazu von meinem Ressort eingeholte, äußerst ausführliche Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, und erlaube mir, diese lediglich wie folgt zu ergänzen:

Frage 22:

Zunächst ist festzuhalten, dass die Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger/innen in die gesetzliche Krankenversicherung ein bereits längere Zeit angepeiltes Ziel ist. Von Seiten des Gesundheitsministeriums und des Hauptverbandes wurde ständig darauf hingewiesen, dass der gesetzlichen Krankenversicherung aus der genannten Maßnahme keine finanziellen Nachteile erwachsen dürften. Die vom Hauptverband unter dieser Prämisse auf Basis der von den Ländern zur Verfügung gestellten Daten errechnete Beitragshöhe wurde aber in der Folge von den Ländern nicht akzeptiert und stattdessen die Einbeziehung der SozialhilfeempfängerInnen „zu den gleichen Bedingungen wie die AusgleichszulagenbezieherInnen“ gefordert.

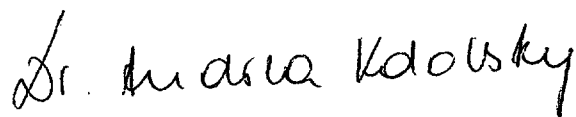
Zuletzt wurde dieses Thema – nach umfangreichen Vorarbeiten des Gesundheitsressorts – auf Wunsch der Länder – im Rahmen des Arbeitskreises „Bedarfsorientierte Mindestsicherung“ weiter verfolgt. Dieser Arbeitskreis wird vom Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz geleitet.

Sowohl die technischen Voraussetzungen für Einbeziehung der SozialhilfeempfängerInnen in die gesetzliche Krankenversicherung beim Hauptverband als auch die rechtlichen Rahmenbedingungen auf Bundesebene für die Ausstellung einer e-card für diesen Personenkreis sind bereits vor einiger Zeit geschaffen worden.

Frage 24:

Ich weise darauf hin, dass die Initiative zur Änderung der Musterkrankenordnung vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Rahmen der Selbstverwaltung und der dieser eingeräumten Befugnisse auszugehen hätte. Mir kommt in meiner Eigenschaft als Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend zufolge § 456 Abs. 2 in Verbindung mit 455 Abs. 2 vorletzter Satz ASVG lediglich die Aufgabe der Genehmigung eines von der Trägerkonferenz gemäß § 441d Abs. 2 Z 4 ASVG gefassten Beschlusses über die Musterkrankenordnung oder deren Änderung zu. Zumal die anfragenden Abgeordneten nicht näher spezifizieren, welche Änderungen ihrer Auffassung nach ins Auge zu fassen wären, kann ich mich über eine allfällige Sinnhaftigkeit derselben nicht äußern. Darüber hinaus schließe ich mich den Ausführungen des Hauptverbandes an.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Andrea Kdolsky
Bundesministerin

BEILAGE



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1 TEL. 711 32 / KI. 1201

TELEFAX 711 32 3775

ZI. 12-REP-29/08 Sd/Er

Wien, 22. April 2008

An das
 Bundesministerium für Gesundheit,
 Familie und Jugend
 Radetzkystraße 2
 1031 Wien

Betr.: Parlamentarische Anfrage Nr. 3928/J (Abg.
 Mag. Johann Maier und GenossInnen) betref-
 fend gestohlene bzw. als verlustig erklärte e-
 cards im Jahr 2007

Bezug: Ihr E-Mail vom 2. April 2008;
 GZ: BMGFJ-90001/0013-I/B/10/2008

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu der parlamentarischen Anfrage Nr. 3928/J gibt der Hauptverband die fol-
 gende Stellungnahme ab.

Allgemein darf darauf hingewiesen werden, dass Fragen zu praktischen
 Themen des e-card-Systems bereits in einer Reihe anderer parlamentarischer Anfra-
 gebeantwortungen behandelt worden sind¹. auf deren Inhalte in der Folge in einigen
 Details Bezug genommen wird.

¹ So z. B. in der Beantwortung Nr. 4119/AB vom 22. Juni 2006
http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/XXII/AB/AB_04119/imfname_065894.pdf (zur Anfrage 4175/J der Abgeordneten Johann
 Maier und GenossInnen)
Nr. 268/AB vom 20. März 2007: http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_00268/imfname_074525.pdf (zur Anfrage
 276/J der Abgeordneten Johann Maier und GenossInnen)
Nr. 2297/AB-BF vom 10. Mai 2007 http://www.parlament.gv.at/PG/DE/BR/AB-BF/AB-BF_02297/imfname_078412.pdf (zur
 Anfrage 2496/J-BF/2007 der Bundesräte Stefan Schennach, Freundinnen und Freunde)
Nr. 1476/AB vom 21. November 2007 http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_01476/imfname_092401.pdf (zur An-
 frage 1557/J der Abgeordneten Dagmar Belakovitsch-Jenewein, Barbara Rosenkranz und weiterer Abgeordneter)
Nr. 1710/AB vom 18. Dezember 2007 http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_01710/imfname_096206.pdf (zur An-
 frage 2075/J der Abgeordneten Haidlmayr, Freundinnen und Freunde)

1. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards im Jahr 2007 bis 31. Dezember 2007 als gestohlen gemeldet wurden (Aufschlüsselung auf Krankenkassen)?

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

Träger	Sperrgrund gestohlen
WGKK	15.384
NÖGKK	4.443
BGKK	526
OÖGKK	5.202
StGKK	3.797
KGKK	1.339
SGKK	2.087
TGKK	2.240
VGKK	1.043
BKKTakab	17
BKKVerkehrsbetriebe	130
BKKSemperit	29
BKKNeusiedler/Mondi	13
BKKDonawitz	33
BKKZeitweg	4
BKKKindberg	11
BKKKapfenberg	38
VAEB	900
BVA	3.865
SVAgewWirtschaft	3.085
SVBauern	622
KFWien	872
KFGraz	58
KFVillach	2
KFSalzburg	11
KFTirLandesbeamte	6
KFTirGemeindebeamte	0
KFTirLandeslehrer	19
Summe	45.776

In der Praxis kann der Unterschied zwischen „gestohlen“ und „verloren“ nicht exakt dargestellt werden. Wenn eine Karte „weg ist“, dann kann z. B. die Briefflasche, in der sie sich befunden hat,

- beim Aussteigen aus einem Bus usw. aus einer Tasche herausgefallen sein und nicht wieder zurückgegeben worden sein
- gestohlen worden sein oder
- herausgefallen, vorerst somit „verloren“ und erst später (vom unehrlichen Finder) nicht gemeldet (im Ergebnis „unterschlagen“) worden sein.

Es ist auch nicht verifizierbar, in wie vielen Fällen eine Karte nur deswegen,

² aufgelöste (Semperit BGBl. II 348/2006) und zusammengelegte (Donawitz/Kindberg, §§ 538o ff. ASVG) Betriebskrankenkassen nur mehr auslaufend (gilt auch für die Folgetabellen)

- 3 -

weil das e-card-System (richtigerweise) keine Versicherung ausgewiesen hat, als defekt weggeworfen oder als gestohlen gemeldet wird, weil angenommen wurde, dass auf der Karte die Versicherung nicht richtig eingetragen wäre bzw. sich auf der Karte nachteilige Eintragungen befinden würden. Auf der Karte sind jedoch keine Angaben über die Versicherung gespeichert.

Ebenso sind jene Fälle noch nicht abschätzbar, in denen (aus irgend welchen Gründen) ein e-card-Anschluss nicht funktioniert hat und dies auf einen Defekt der Karte geschoben wird, obwohl die Karte funktionsfähig war und der Grund für die Nichtfunktion außerhalb des Einflussbereichs der Sozialversicherung lag. Wenn diese Karte dann als verloren/gestohlen gemeldet wird, um auf einfache Weise eine neue (angeblich „besser funktionierende“) Karte zu erhalten, gehen diese Fälle ebenfalls als Diebstahlsmeldungen in die einschlägigen Statistiken ein.

„Als gestohlen gemeldet“ muss somit nicht „gestohlen“ bedeuten.

Insgesamt wurden bis Dezember 2007 10.550.209 Karten produziert und versendet. Davon wurden 102.287 Karten³ als gestohlen erklärt, somit 0,97 Prozent in den drei Jahren der Zeit vom Roll-out Beginn 2005 bis Ende 2007.

2. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards im Jahr 2007 bis 31. Dezember 2007 als verlustig (verloren) gemeldet wurden (Aufschlüsselung auf Krankenkassen)?

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

Träger	Sperrgrund: verloren
WGKK	25.510
NÖGKK	13.615
BGKK	2.184
OÖGKK	16.206
StGKK	13.035
KGKK	6.105
SGKK	6.379
TGKK	7.712
VGKK	5.029
BKKTak	31
BKKVerkehrsbetriebe	199
BKKSemperit	81
BKKNeusiedler/Mondi	33

³ 56.511 Karten, siehe AB 268, Seite 6 und der für 2007 gemeldete Wert von 45.776.

Träger	Spergrund, verloren
BKKDonawitz	122
BKKZeltweg	33
BKKKindberg	23
BKKKapfenberg	89
VAEB	2.429
BVA	6.723
SVAgewWirtschaft	7.113
SVBauern	3.631
KFWien	1.272
KFGraz	127
KFVillach	4
KFSalzburg	39
KFTGemeindebeamte	2
KFTirLandesbeamte	16
KFTirolerLandeslehrer	21
Summe	117.763

Wie bereits oben ähnlich behandelt, 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.

Insgesamt wurden Dezember 2007 10.550.209 Karten produziert und versendet. Davon wurden 246.676 Karten⁴ als verloren erklärt, somit 2,34 Prozent in den den drei Jahren der Zeit vom Roll-out Beginn 2005 bis Ende 2007.

**3. Welche Verfahrensschritte wurden durch die Krankenkassen eingeleitet, wenn ein Karteninhaber seine e-card verloren hatte?
Halten Sie Ihre Antwort in der AB 268/XXIII. GP weiterhin aufrecht?**

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). In diversen Veranstaltungen wird auf das Thema eingegangen.

In den Krankenordnungen der Krankenversicherungsträger ist eine möglichst rasche Meldung vorgesehen. Grundlage für die Krankenordnungen sind die (nach

⁴ 128.913 Karten, siehe AB 268, Seite 7 und der für 2007 gemeldete Wert von 117.763.

- 5 -

§ 456 Abs. 2 iVm § 455 Abs. 2 ASVG verbindlichen) Bestimmungen des § 8 der Musterkrankenordnung – MKO 2007 in der Fassung der 1. Änderung, www.avsv.at Nr. 130/2006 und Nr. 26/2008.

Diese Texte (Musterkrankenordnung und Krankenordnungen der Versicherungsträger) sind vollständig und kostenlos in ihrer authentischen Kundmachung im Internet unter www.avsv.at zugänglich⁵. Der Gesamtstand einer Norm ist für diese Regeln auch über die Rechtsdokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechts www.sozdok.at kostenlos zugänglich.

Zu den Motiven der Stammfassung dieser Bestimmung sind im Internet umfangreiche Erläuterungen veröffentlicht: www.sozdok.at (ExpertInnensuche/Materialien/Novelle 1. Änd MKO 2004).

Für die Rechtslage betreffend den einzelnen Fall ist stets die Krankenordnung des jeweiligen Sozialversicherungsträgers (welche die Musterkrankenordnung im Regelfall gleichlautend übernimmt) zu beachten.

Langt eine Meldung ein, dann wird der zuständige Versicherungsträger verständigt, der die Neuausstellung in die Wege leitet.

Neuausstellungen werden über die Krankenversicherungsträger (sog. „Admin-Client“) veranlasst, Neuausstellungen erfolgen aber auch über das Callcenter der Sozialversicherungsträger.

Die Stellungnahme zur einschlägigen Frage 3 in der Anfragebeantwortung Nr. 268 kann somit aufrecht erhalten werden.

4. Erfolgte jeweils sofort eine Verlustmeldung durch den Karteninhaber? Wenn nein, mit welchen Konsequenzen war dies für diese jeweils verbunden? Halten Sie Ihre Antwort in der AB 268/XXIII. GP weiterhin aufrecht?

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 Briefta-

⁵ Es existieren dafür keine Kundmachungen auf Papier (in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“) mehr, die Rechtsbereinigung dieser Vorschriften ist abgeschlossen. Frühere Vorschriften sind aufgehoben.

schen 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.

Zur näheren Untersuchung der Situation wird stichprobenartig geprüft, ob mit angeblich verlorenen Karten vielleicht Arztbesuche abgewickelt wurden oder einschlägige Versuche gestartet wurden (durch unehrliche „Finder“ bzw. Personen, denen eine als verloren gemeldete Karte weitergegeben worden sein könnte).

Dazu werden Verlustmeldungen ausgewertet und den Aufzeichnungen über Behandlungskontakte der verlorengemeldeten Karten („Stecken der e-card beim Arzt usw.“) gegenüber gestellt. Es zeigte sich, dass für die untersuchten Karten nach dem angeblichen Verlustdatum keine Verwendungsversuche vorlagen. Das war allerdings zu erwarten – wer seine Karte (unrechtmäßig) weitergeben möchte, wird diese nicht sofort als verloren melden, weil das die sofortige Sperre dieser Karte bewirkt. Wer eine Karte findet und zu Unrecht verwenden will, muss zunächst ein Motiv haben, eine Behandlungsstelle aufzusuchen. Da das wohl oft nicht zum Fundzeitpunkt der Fall sein wird, wird die Verlustmeldung (samt Sperre) im Regelfall rascher erfolgen als einschlägige Missbrauchsversuche.

Es wird daher auch untersucht, ob mit verlorengemeldeten Karten kurz vor der Verlustmeldung auffällige Verwendungsänderungen⁶ vorgenommen wurden: Auch solche Veränderungen konnten noch nicht verzeichnet werden. Sie würden jedoch einschlägige Maßnahmen des zuständigen Versicherungsträgers nach sich ziehen.

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

⁶ Dazu gehört für sich allein noch nicht, dass eine verloren gemeldete Karte eines z. B. Wiener Versicherten kurz vorher einmalig in Tirol oder einem andern Land verwendet wurde: auf Dienstreisen oder Urlauben wird das bei kleineren Erkrankungen (bzw. dem Nachbesorgen ausgegangener Medikamente) vielleicht sogar ein Regelfall sein, wenn die Karte im Rahmen der ungewohnten Situation eines Arztbesuches an einem fremden Ort irrtümlich verloren geht (liegen gelassen wird usw.).

- 7 -

raschen Meldung nach Bemerken des Verlustes nicht vorhanden ist, auch wenn die Karte bereits seit einigen Tagen unauffindbar gewesen sein sollte.

- 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-/Steuerzahlern) zumutbar ist, dass wegen z. B. vergleichsweise geringfügigen Verschuldens (verzögerter Meldung) oder bei einem Schaden von einigen –zig Euro in einem Einzelfall Verfahrenskosten der Höhe von einigen hundert Euro ausgelöst werden müssen, ist diskussionswürdig (auch die Schadensermittlungskosten sind hier zu beachten).

Für den Fall, dass sich einschlägige Situationen häufen, wird zu überlegen sein, in die Rechtsgrundlage der Musterkrankenordnung (daher: durch den Bundesgesetzgeber) konkretere Ermächtigungen für Bestimmungen über Missbrauchsverhinderungen aufzunehmen.

Die Stellungnahme zur einschlägigen Frage 4 in der Anfragebeantwortung Nr. 268 kann somit aufrecht erhalten werden.

**5. Wie unterscheidet sich eine neu ausgegebene Karte von der ursprünglichen, als verlustig, gestohlen oder defekt gemeldeten e-card?
Halten Sie Ihre Antwort in der AB 268/XXIII. GP weiterhin aufrecht?**

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 Kartenummer 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).

Die Stellungnahme zur einschlägigen Frage 5 in der Anfragebeantwortung Nr. 268 kann somit aufrecht erhalten werden.

6. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards bis 31. Dezember 2007 als defekt erklärt wurden bzw. tatsächlich defekt waren (Aufschlüsselung auf Krankenkassen)?

Die Aufschlüsselung auf Krankenkassen bzw. Krankenfürsorgeanstalten lautet (wobei davon ausgegangen wird, dass sich diese Frage wie die Fragen 2 und 3 auf das Jahr 2007 bezieht und nicht auf den gesamten Projektzeitraum):

Frage	Sperrgrund defekt
WGKK	18.123
NÖGKK	15.800
BGKK	2.645
OÖGKK	18.686
StGKK	12.953
KGKK	7.875
SGKK	6.554
TGKK	10.888
VGKK	4.851
BKKTabak	34
BKKVerkehrsbetriebe	204
BKKSemperit	62
BKKNeusiedler/Mondi	54
BKKDonawitz	135
BKKZeltweg	60
BKKKindberg	48
BKKKapfenberg	154
VAEB	3.630
BVA	7.173
SVAgewWirtschaft	7.504
SVBauern	4.361
KFWien	1.005
KFGraz	77
KFVillach	17
KFSalzburg	30
KFTirGemeindebeamte	1
KFTirLandesbeamte	4
KFTirLandeslehrer	5
Summe	122.931

Insgesamt wurden Dezember 2007 10.550.209 Karten produziert und ver-

sendet. Davon wurden 233.890 Karten⁷ als defekt erklärt, somit 2,22 Prozent in den drei Jahren der Zeit vom Roll-out Beginn 2005 bis Ende 2007.

In der Praxis sind wesentliche Unterschiede zwischen tatsächlich defekten Karten und „als defekt erklärten“ Karten festzustellen.

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 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 offen gelegt hat.

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

Das ist allerdings nur dann möglich, wenn der Versicherungsträger die Karte tatsächlich auf Defekte prüfen kann. Eine generelle Vorlagepflicht möglicherweise defekter Karten ist angesichts der damit verbundenen Aufwände (Amtswege, Kartenversand) bzw. der Nichtverfügbarkeit der Karten für die Versicherten für die Zeit des Prüfungsablaufs inkl. Rücksendung jedoch nicht vorgesehen.

**7. Welche Verfahrensschritte wurden durch die Krankenkassen eingeleitet, wenn ein Karteninhaber seine Karte als defekt gemeldet hatte?
Halten Sie Ihre Antwort in der AB 268/XXIII. GP weiterhin aufrecht?**

Nachdem die Meldung einlangt, wird aufgrund der unter Frage 6 erwähnten Situation möglichst zuerst die alte Karte auf Funktionsfähigkeit geprüft, ehe sie – wenn tatsächlich defekt - gesperrt und eine neue Karte ausgestellt wird.

⁷ 110.959 Karten, siehe AB 268, Seite 10 und der für 2007 gemeldete Wert von 122.931.

Neuausstellungen werden über die Krankenversicherungsträger (sog. „Admin-Client“) veranlasst, Neuausstellungen erfolgen aber auch über das Callcenter der Sozialversicherungsträger.

Die Stellungnahme zur einschlägigen Frage 7 in der Anfragebeantwortung Nr. 268 kann somit aufrecht erhalten werden.

**8. Wie viele e-cards mussten wegen Diebstahl, Verlust oder Defekt 2007 neu ausgestellt werden?
Mit welchen Kosten war dies verbunden?**

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 für 2007 286.470 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.

Diese Zahl bedeutet für die Fallgruppe „verloren, gestohlen, defekt“ bei Ausstellungskosten von 6 € pro Karte Kosten von 1.718.820 € im Jahr 2007.

Zu dieser Zahl ist in Relation zu setzen, dass allein im Jahr 2007 vom Chipkartensystem her nicht beeinflussbar schon 551.146 Karten (zu Kosten von 3.306.876 €), nämlich

- 116.958 Karten wegen Änderungen bei Personendaten (Namensänderungen Ehe, Scheidung, Adoption usw.),
- 212.749 Karten als Erstausrüstung nach Geburten, erstmaliger Versicherung in Österreich, Zuzug aus dem Ausland, Teilnahme eines weiteren Rechtsträgers (Krankenfürsorgeanstalt), u. Ä.,
- 194.976 Karten wegen Veränderungen der EKVK-Zeiträume auf der Kartentrückseite - § 7a Abs. 1 MKO 2007⁸ idF avsv Nr. 130/2006 bzw. betrafen und
- 26.463 Karten aus sonstigen Gründen wie erstmaliger EKVK-Ausstellung (vgl. § 7a Abs. 2 und 3 MKO 2007), der Wahlberechtigung nach § 7 Abs. 1 Z 2 MKO 2007 usw., Sperre/Kompromittierung eines auf der Karte vorhandenen Bürgerkartenzertifikates usw.)

⁸ 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.

neu auszustellen waren.⁹ Neuausstellungen in diesen Fällen sind vorgesehen, um den versicherten Personen und ihren behandelnden Stellen ohne weitere Amtswege oder sonstige Anträge stets eine verlässliche Grundlage ihres Krankenversicherungsschutzes zur Verfügung zu stellen zu können. Dazu kommen noch Kartenneuausstellungen aus anderen Gründen (Verlust auf dem Versandweg, Nichtzustellbarkeit¹⁰ usw.)

Die ursprünglich im Gesetzgebungsverfahren erwartete Austauschquote von 20 %¹¹ wurde weit unterschritten. Bis Ende März 2008 wurden 8.001.969 Karten als Grundausrüstung und 2.548.240 Karten als Nachversorgung, somit insgesamt 10.550.209 Karten insgesamt ausgestellt: Die ursprüngliche Austauschquote von jährlich 20 % hätte einen jährlichen Austausch von ca. 2,1 Mio Karten und Austauschkosten von jährlich 12,6 Mio. € ausgelöst.

Tatsächlich waren aus den Gründen „gestohlen, verloren, defekt“ seit Roll-out-Beginn 582.853 Karten neu auszustellen, somit praktisch in den drei Jahren 2005, 2006 und 2007 zusammen 5,52 Prozent des Gesamtstandes.

Die Zahl der aktiven e-cards belief sich Ende März 2008 auf 8.368.803 und somit (für praktisch drei Jahre¹²) 79,32 Prozent des insgesamt ausgegebenen Bestandes.

Die direkt zuordenbaren und variablen Kosten von ca. 6 € je Karte setzen sich aus den Kartenkosten samt Zustellung und den Kosten im Call Center zusammen. Kostenerhöhungen können sich ergeben, wenn auf der Karte ein Zertifikat aufgebracht war und dieses auch auf der neuen Karte wieder frei geschaltet wird.

⁹ siehe dazu die Statistiken über die Bevölkerungsbewegung, vgl. auch SozSi 2005, S. 188 FN 55, die dort verzeichneten Schätzungen von mehreren hunderttausend Neuausstellungen haben sich in der Größenordnung als richtig erwiesen.

¹⁰ Das ist ein Sperrgrund für die versandte Karte deswegen, weil zunächst nicht klar ist, ob bloß eine Adresse falsch geschrieben wurde oder ob die angegebene Person überhaupt – mit diesem Namen – existiert.

¹¹ siehe dazu SozSi 2004, S. 141, insb. FN 89 iVm FN 13 und die dort zitierten Erläuterungen zum Abänderungsantrag im Sozialausschuss des Nationalrates vom 13. Februar 2004, 401 BlgNR XXII. GP.

¹² Beginn des Roll-outs war im Dezember 2004 im Burgenland, der Roll-out wurde bundesweit bis Herbst 2005 abgewickelt, siehe die Verordnung BGBl. II 63/2005 idF 295/2005.

9. Ist Ihnen bekannt, ob andere Personen als die Karteninhaber im Jahr 2007 mit gestohlenen oder als verlustig erklärten e-cards Leistungen aus dem Gesundheitssystem erschlichen haben?

Wenn ja, um wie viele Missbrauchsfälle handelte es sich dabei?

Um welche Formen von Missbrauchsfällen handelte es sich dabei?

Wie hoch war jeweils der Schaden?

Wurden bzw. werden Schadenersatzansprüche an diese Personen bzw. die Karteninhaber gestellt?

Ja (wobei allerdings die Feststellung des Sachverhaltes auch zeigen kann, dass trotz Verwendung einer anderen e-card ohnedies Versicherungsschutz bestanden hätte, so z. B. aus Schutzfristen nach § 122 ASVG oder Ausleistungsverpflichtungen nach § 134 Abs. 2 ASVG). Die e-card hat Täuschungsmöglichkeiten 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. Weiters war es bei mehrfacher Beschäftigung einfach möglich, sich bei jedem einzelnen Dienstgeber einen Krankenschein zu beschaffen, während eine Mehrfachverwendung der e-card in solchen Fällen (mehrfache Erstordinationen bei verschiedenen Vertragsärzten der Gebietskrankenkassen) nicht mehr möglich ist.

Durch die sofortige Sperre der alten e-card nach Verlustmeldung sind Missbrauchsquellen in solchen Zusammenhängen eingeschränkt worden.

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 vorgelegte e-card nicht dem jeweiligen Patienten 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 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. In der Musterkrankenord-

- 13 -

nung wurde eine ausdrückliche Verpflichtung aufgenommen. § 5 Abs. 11 MKO 2007 lautet idF der Novelle www.avsv.at Nr. 26/2008:

„(11) - verbindlich - Anspruchsberechtigte und Leistungsempfänger/Leistungsempfängerinnen sind verpflichtet, auf Verlangen der Kasse oder auf Verlangen einer behandelnden Stelle (z. B. Vertragsarzt/Vertragsärztin, Wahlarzt/Wahlärztin, Krankenanstalt) Auskünfte über ihre Identität zu geben und die Richtigkeit dieser Auskünfte durch Urkunden (z. B. amtliche Lichtbildausweise) oder Zeugen zu bescheinigen. Für den Fall, dass nach Namensänderungen noch keine neue e-card vorgelegt werden kann, ist die Namensänderung durch eine amtliche Urkunde zu beweisen.“

Der Hauptverband bedauert es, dass es von maßgeblichen Repräsentanten der ärztlichen Standesvertretung abgelehnt wird, an der Identitätsprüfung von Patienten mitzuwirken. Die entsprechende Presseaussendung der Wiener Ärztekammer legen wir zu Ihrer Information bei. Missbrauchsfälle, die in der Ordination als unverdächtig behandelt oder in Kauf genommen wurden, werden auch Zukunft einfacher möglich sein. Es sollte diskutiert werden, ob nicht zumindest beim erstmaligen Kontakt mit einem Patienten (Notfälle selbstverständlich ausgenommen) die Vorlage eines Identitätsnachweises verlangt werden sollte.

Die Zahl der bekannt gewordenen Fälle ist gering.

Die Schäden liegen im Allgemeinen bei einigen –zig bis einigen hundert Euro pro Fall.

Ihnen gegenüberzustellen ist der Aufwand der Verfolgung solcher Fälle, um schließlich eine „gerichts- bzw. bescheidreife“ Darstellung liefern zu können, auf deren Basis erst die Erstellung eines Exekutionstitels für die Eintreibung von Schäden möglich wäre.

Dieser Aufwand ist im Regelfall deutlich höher als der eigentliche Schaden.

Der Hauptverband ersucht um Verständnis, dass es seines Erachtens nicht Ziel von Missbrauchsverfolgung sein sollte, dadurch zu Lasten der Allgemeinheit einen die eigentlichen Schäden weit übertreffenden Aufwand auszulösen.

Bei der Abrechnung können diese Fälle jedenfalls nicht mehr leicht herausgefiltert werden. Es ist daher auch wenig über Zahl, Formen und verursachten Schäden dieser nicht bekannt gewordenen Fälle bekannt. Im Vergleich zur großen Zahl der abgerechneten Behandlungen sind solche Fälle aber gering und nicht in einer Größenordnung, die umfangreichere Investitionen in deren Aufdeckung rechtfertigen würde.

Die Statistiken über die Zeit der Umstellung von Krankenscheinen auf e-cards belegen keinesfalls ein Ansteigen von Missbrauchsfällen. Ein Ansteigen der Verwendung von e-cards (Stecken in die Lesegeräte der Behandlungsstellen) ist u. a. auch darauf zurückzuführen, dass die Karte in den Ordinationen häufiger verwendet wird (die Einsatzverpflichtung der Karten bei Ärzten war zu Beginn des Projekts umstritten), aber für sich allein kein Hinweis auf steigende Missbräuche.

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.

Allgemein hat sich gezeigt, dass die Zahl der bekannt werdenden Missbrauchsfälle gering ist und wenn, dann auch relativ geringe Beträge betroffen waren bzw. es überhaupt beim Versuch blieb.

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

Die Krankenversicherungsträger gehen einschlägigen Verdachtsmomenten nach. Der Schwerpunkt einschlägiger Kontrollen liegt allerdings nicht in der Verfolgung von Kleinbeträgen, sondern bei der Prävention.

In diesem Sinn werden Fälle, in denen e-cards überdurchschnittlich oft verwendet werden, näher untersucht. Auch in solchen Fällen darf keinesfalls von vornherein Missbrauch unterstellt werden, weil es auch Behandlungen (Infusionskuren etc.) gibt, die tägliche Arztkontakte verlangen.

- 15 -

Bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse wurde ein Missbrauchsfall bekannt, in dem eine andere Person als der rechtmäßige Karteninhaber mit einer gestohlenen e-card Leistungen aus dem Gesundheitssystem erschlichen hat. Dabei handelte es sich um einen bis dato unbekanntem Täter, der mit der e-card einer Versicherten Leistungen im Zahnambulatorium Wr. Neustadt in Anspruch nahm. Dadurch erwuchs der NÖGKK ein Schaden von € 100,30. Einem allfälligen Strafverfahren schloss sich die NÖGKK als Privatbeteiligte mit einer Schadenssumme von € 100,30 vorbehaltlich weiterer Ausdehnung an.

Wenn der Schädiger bekannt ist (was selten der Fall ist, weil er ja mit der Karte eines anderen Menschen kommt und auch bei Lichtbildern nicht immer eine genaue Prüfung möglich ist – alte Führerscheinfotos usw. – werden einschlägige Rückforderungen erhoben.

- 10. Ist Ihnen bekannt, ob es im Jahr 2007 zu Missbrauchsfällen gekommen ist, bei welchen der rechtmäßige Karteninhaber einer anderen Person seine e-card „geborgt“ hat, damit diese Person rechtswidrig Leistungen aus dem Gesundheitssystem erhalten kann?
Wenn ja, um wie viele Missbrauchsfälle handelte es sich dabei?
Um welche Formen von Missbrauchsfällen handelte es sich dabei?
Wie hoch war jeweils der Schaden?
Wurden oder werden Schadenersatzansprüche an diese Person bzw. die Karteninhaber gestellt?**

Ja. Für jene Fälle, in denen eine Karte nicht als verloren oder gestohlen gemeldet wird, sondern schlicht weitergegeben, „verborgt“ wird, können umfassende Zahlen nicht genannt werden, 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 gelänge, diese Fälle zu vermeiden, wenn im Zweifelsfall der Nachweis der Identität mit Lichtbildausweis verlangt würde 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 des selben 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. Nachforschungen sind jedoch jedenfalls 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 alle Fälle werden angesichts des Aufwands der Einzelfallermittlung nicht geführt, vgl. dazu schon die Beträge in der Anfragebeantwortung 4119 aus 2006, Seite 5: 49,90 und 26,05 bzw. in der Anfragebeantwortung Nr. 268: 127,14.

Bei der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse ist ein Missbrauchsfall bekannt, in dem der rechtmäßige e-card-Inhaber seinem Bruder seine e-card geborgt hatte, damit dieser rechtswidrig Leistungen aus dem Gesundheitssystem erhalten konnte. Durch die Erbringung von Geld- und Sachleistungen erwuchs der NÖGKK ein Schaden von € 3.744,09. Einem allfälligen Strafverfahren schloss sich die NÖGKK als Privatbeteiligte mit dieser Schadenssumme vorbehaltlich weiterer Ausdehnung an.

Bei der steiermärkischen Gebietskrankenkasse hat am 5. Februar 2008 hat eine Person mit einer gestohlenen oder geborgten e-card eine Leistung im kassen-eigenen Ambulatorium in Anspruch genommen. Diese Person konnte nicht weiter befragt werden, weil sie flüchtete. Es wurde eine polizeiliche Anzeige erstattet, wobei die Untersuchungen noch laufen. Der Besitzer der e-card konnte bisher nicht einvernommen werden, da er sich derzeit im Ausland befindet. Der Schaden beläuft sich auf € 25,54 für ein Brustwirbelsäulenröntgen. Der Schadenersatzanspruch wird nach Abschluss der Erhebungen gestellt.

Einer Anzeige aus dem Bereich der stmk. Krankenanstalten (KAGES) ist zu entnehmen, dass ein ausländischer Patient in Begleitung am 15. Februar 2007 unter Vorlage einer e-card ambulant aufgenommen wurde. Bei dem Patienten wurden ein Laborstatus und eine Röntgenaufnahme gemacht. Dem behandelnden Arzt fiel auf,

- 17 -

dass die aktuell gemachten Röntgenbilder mit denen früherer Untersuchungen nicht übereinstimmen. Deshalb wurde der Patient mit dem Namen des e-card-Besitzers angesprochen, worauf dieser und sein Begleiter wegliefen. Erhebungen der KAGES haben ergeben, dass der Begleiter der Besitzer der e-card war und er seinem Landsmann - dessen Namen er nicht kennt – nur helfen wollte. Es wurde bereits eine polizeiliche Anzeige gegen den e-card-Besitzer und den unbekanntes Täter erstattet.

11. Wie wurden derartige Missbrauchsfälle mit e-cards (Fragen 9 und 10) bekannt?

Wie bereits oben beschrieben, werden vermutete (versuchte) Missbrauchsfälle in der Regel durch telefonische Anfragen der Ordinationen und Spitalsambulanzen bzw. durch die Aufmerksamkeit von MitarbeiterInnen 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 schnell flüchtet, 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 bis 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. In diesem Zusammenhang wurde – um Versicherungslücken zu vermeiden – durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2007 die Schutzfrist (Verlängerung des Versicherungsschutzes nach dem Ende der Anspruchsberechtigung) in § 122 Abs. 3a ASVG auf sechs Wochen erweitert.

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, Ein-

brüchen usw., andere werden 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.

Die Wiener Gebietskrankenkasse teilte dazu mit, dass Missbrauchsverdachtsfälle durch Anfragen von Polizeidienststellen, Mitteilungen von Vertragsärzten und anonyme Mitteilungen bekannt werden. Die Anfragen der Polizeidienststellen befassten sich mit konkreten Verdächtigen, so dass in diesen Fällen die Feststellung eines etwaigen Schadens möglich war. In diesen Fällen erfolgte die Bekanntgabe des möglichen Schadens an die Polizeidienststellen bzw. die Geltendmachung in einem allfälligen Strafverfahren. Es handelte sich hierbei um insgesamt weniger als 20 Fälle mit einem vermuteten Schadensbetrag von insgesamt weniger als € 1.000,00. In einem Fall wurde auch die Revisionsabteilung mit der Prüfung des Sachverhaltes betraut.

Wenn die Mitteilung durch einen Vertragsarzt erfolgte, blieb es bei einer versuchten Schädigung, weil in diesen Fällen der Verdächtige die Ordination verlassen hatte, bevor eine Leistung durch den Vertragsarzt erfolgte.

In mehreren Fällen gab es anonyme Mitteilungen, wovon nicht immer alle Hinweise weiterverfolgt werden können, da sie keine ausreichend konkreten Angaben auf Schädiger oder in Anspruch genommenen Vertragsarzt enthalten.

Andere Missbrauchsfälle werden durch Zufall bzw. durch die Anzeige eines Dritten bekannt. Aufmerksamen Mitarbeitern fällt auf, dass das Alter von Patienten mit den Daten auf der e-card nicht übereinstimmen kann (auf den Wunsch nach Ausweisleistung verließ der Patient fluchtartig das Ambulatorium). Es kommt auch

- 19 -

vor, dass frühere Befunde wie Röntgenbilder nicht zu früher gemachten Aufnahmen passen und dies einem Arzt beim Vergleich auffällt.

**12. Sind die Missbrauchsfälle mit e-cards im Vergleich zu Missbrauchsfällen früherer Jahre mit Krankenscheinen zurückgegangen?
Wenn ja, wie ist dies zu erklären?**

Ja, schon wegen der Änderung des Systems für den Nachweis von Versicherungsschutz. 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 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.

Konkrete Prozentsätze lassen sich nicht angeben, weil es vor Einführung der e-card mit vertretbarem Aufwand unmöglich war, verlässliche Zahlen über Missbrauchsfälle aus den vielen Millionen teilweise händisch ausgefüllter Krankenscheine zu erhalten.

Der Hauptverband legt Wert auf die Feststellung, dass es – bei allem Verständnis für einschlägige Vorbehalte und die Verpflichtung zur Verfolgung von Missbräuchen – den Versicherten und Vertragspartnern der österreichischen Sozialversicherung nicht unterstellt werden darf, mit dem e-card-System Missbräuche in großem Stil zu begehen.

Dazu ist das System wegen seiner Benützungseinschränkungen für mehrfache Arztbesuche pro Abrechnungszeitraum schon grundsätzlich nicht geeignet.

Es liegen auch nach mehrjähriger Verwendung keine Hinweise auf systemweite umfangreiche Missbräuche vor.

13. Sind durch die Verwendung des e-card-Systems im Jahr 2007 signifikante Änderungen bei Missbrauchsfällen (z. B. Vorgangsweisen) eingetreten? Wenn ja, welche?

Nein.

14. Welche Gegenmaßnahmen wurden seitens Ihres Bundesministeriums und des Hauptverbandes bislang gegen den bekannt gewordenen e-card Missbrauch gesetzt? Welche sind für 2007 geplant?

Aus unserer Sicht sollte, wenn von „e-card-Mißbrauch“ gesprochen wird, die Situation vor Einführung der e-card und die grundlegenden Eigenschaften des e-card-Systems im Auge behalten werden.

Die e-card ist vor Missbrauch jedenfalls sicherer ist als die früheren Krankenscheine. Das deswegen, weil

- Krankenscheine leicht zu fälschen und auf jedem qualitätvollen PC-Drucker herstellbar waren, eine e-card aber aus technischen und logistischen Gründen (Signaturzertifikate usw.) mit herkömmlichen Mitteln nicht gefälscht werden kann
- bei der Ausstellung von Krankenscheinen in Lohnbüros, Dienstbehörden usw. keine Personendaten zu prüfen waren, die Ausstellungsgrundlagen der e-card aber eng mit den Grundlagen des E-Government verbunden sind.

Bedacht sollte weiters werden, dass die e-card nicht nur als „Gesundheitskarte“ vorgesehen ist, sondern als Chipkarte, die verschiedene Aufgaben und Eigenschaften hat. Der Bereich „Krankenscheinersatz“ (§ 31c ASVG) ist nur ein, wenn auch in der Praxis bedeutender, Einsatzbereich der Karte.

Die gesetzliche Vorgabe, eine elektronische Authentifizierung zu ermöglichen, war Grundlage dafür, dass bei der Ausstellung von e-cards mit anderen staatlichen Stellen, insbesondere dem E-Government, zusammengearbeitet wird. Nach § 31 Abs. 4 Z 1 ASVG hat der Hauptverband die Aufgabe, die Sozialversicherungsnummern mit den bereichsspezifischen Personenkennzeichen (§ 9 E-GovernmentG) zu verbinden. Damit konnte die Qualität der Personendaten schon vor der Ausstel-

- 21 -

lung der Karten deutlich angehoben werden.

Diese Zusammenarbeit gab es bei den früheren Krankenscheinen nicht, weil den ausstellenden Stellen (z. B. den Arbeitgebern und Dienststellen) solche Aufgaben verständlicherweise nicht übertragen werden konnten: Ein Lohnbüro hat nicht die Aufgaben eines Standesamtes, ein Arbeitgeber ist keine Polizeibehörde.

Damit erfolgt schon allein die Ausstellung der e-card, weil sie auf enger Zusammenarbeit mit z. B. der Stammzahlenregisterbehörde beruht, auf Basis genauerer Personendaten als es bei den Krankenscheinen jemals möglich gewesen wäre.

Die genauere Personenidentifizierung von Anfang an ist ein wesentlicher Fortschritt, der erst durch die Einführung der e-card möglich war.

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 Personendaten 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 bettlägerigen 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.

Ob man in Zukunft ein Lichtbild auf die Karte aufbringt (was einschlägige

Mitarbeit bei Bild-Erstellung, Besuch der Ausstellungsstelle usw. auch für Kinder und ältere Menschen oder eine enge Zusammenarbeit mit Stellen nach sich zöge, bei denen bereits Lichtbilder vorhanden sind) oder andere zusätzliche Sicherheitsmaßnahmen getroffen werden, wird die weitere Entwicklung zeigen. Es werden dafür, falls die bei Bundesbehörden bereits vorhandenen Fotos herangezogen werden sollten (was dann wirtschaftlich wohl sinnvoll wäre) auch gesetzliche Grundlagen zu schaffen.

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 oder Fingerabdruck bei jedem Arztbesuch), würde dies dazu führen, dass vielleicht nicht wenige Menschen im täglichen Leben, um sich die Kartenverwendung zu vereinfachen, Umgehungshandlungen (Codenerkennung auf der Karte usw.) setzen oder die Verwendbarkeit der Karte wegen Verschmutzung, kleinen Kratzern am Finger wieder eingeschränkt wäre. Damit wäre wieder das Sicherheitssystem leichter ausschaltbar und sogar andere Verwendungszwecke der Karte gefährdet (siehe die Erfahrungen mit Bankomatkarten, Sparschlüsselwörtern usw.).

Es muss bewusst bleiben, dass der Versicherungsschutz nicht an der e-card hängt, sondern durch sie lediglich dokumentiert wird: Wenn eine e-card (mit Foto, Fingerabdruck usw.) nicht vorhanden oder nicht funktionsfähig (bzw. das Foto nicht erkennbar) wäre, bliebe der Versicherungsschutz dennoch aufrecht und müsste anders dokumentiert werden.

Sicherheitsmaßnahmen müssen an Hand der möglichen Schadensbeträge beurteilt werden.

Die überwiegende Mehrzahl der Verwender der e-cards und Ordinationskarten gibt keinen Anlass zu Beschwerden.

Die e-card hat, wie die Erfahrungen zeigen, Täuschungen eingeschränkt – Missbrauch war beim Krankenschein leichter möglich und häufiger:

Die Auswertungen jener Statistiken, die aus der Verwendung der Karten abgeleitet werden können, werden weitergeführt und beim Vorliegen von Verdachtsfäl-

len verfeinert, um noch genauer allfälligen Unstimmigkeiten nachgehen zu können.

Beobachtet werden das überdurchschnittlich häufige Verwenden einer e-card bei mehreren Ärzten im selben Abrechnungszeitraum (Vertretungsfälle usw.), häufige Verlustmeldungen etc.

Generell ist in diesem Zusammenhang eine verstärkte Zusammenarbeit mit Polizei und Verwaltungsbehörden zu verzeichnen; die hierfür 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 hierfür gute Grundlagen. EDV-Projekte haben die hier bestehenden Möglichkeiten zu berücksichtigen (§ 4 Abs. 6 der EDV-Richtlinien, www.avsv.at Nr. 87/2006).

Leider war es auch bisher, bis 2008, nicht möglich, die rasche Erfassung exakter Personendaten zu erreichen, weil ein großer Teil der Standesämter nach wie vor keine elektronischen Meldungen an die Sozialversicherung übermittelt. An sich wäre in § 360 Abs. 5 ASVG vorgesehen, dass z. B. Namensänderungen, Scheidungen, Todesfälle usw. von den Personenstandsbehörden mitzuteilen wären. Damit sollte ursprünglich die exakte Ausstellung von e-cards nur für tatsächlich vorhandene Personen und die exakte Erfassung von Versicherungsansprüchen erleichtert werden. Die Personenstandsverordnung BGBl. II Nr. 239/2004 gäbe dafür seit mehreren Jahren eine Grundlage, das Bundesministerium hat auch einen Durchführungserlass dazu herausgegeben¹³ (vom 28. März 2007, siehe Beilage). Nach den Informationen des Hauptverbandes ist ein wesentlicher Grund dafür die Weigerung eines EDV-Unternehmens (siehe ebenfalls eine der Beilagen), die einschlägigen Programme bei den Standesämtern umzustellen, obwohl die dafür herangezogenen Gründe nicht zutreffen: Der Hauptverband hat nämlich wesentliche Vorleistungen kostenlos erbracht¹⁴, es findet auch kein Zusammenwirken mit dem Melderegister statt (weil dieses Register die notwendigen Daten, wie z. B. eine Angehörigeneigenschaft, gar nicht besitzt). Würden die Meldungen der Standesämter rasch einlangen, wäre es innerhalb kürzester Zeit möglich, Versicherungsnummern zu vergeben und (insbe-

¹³ BMI-VA1300/0130-III/2/2007.

¹⁴ Schnittstellenbeschreibung für Personenstandsübermittlungen, siehe http://www.sozialversicherung.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=esvportal_channel_content.cmsWindow&p_menuid=67038&p_tabid=5

sondere für versicherte Babys) e-cards auszustellen bzw. Missbräuche (Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen durch Nichtversicherte, z. B. nach Scheidungen oder Behauptungen, der Name wäre nur zufällig auf der e-card „falsch geschrieben“, wenn die Karte nicht zu einem Ausweis passt) zu dämpfen.

Die Entwicklung der Fälle wird – einschließlich ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen – weiterhin beobachtet. In begründeten Verdachtsfällen werden Vertragspartner auf die betreffenden Personen bzw. Sachverhalte aufmerksam gemacht und aufgefordert, sollte diese/dieser die Ordination aufsuchen, mit der Versicherung Kontakt aufzunehmen. Weiters gibt es allgemeine Aufforderungen/Bitten, die Identität der Patienten in den Ordinationen zu überprüfen. Weisungen dahingehend können an die Vertragspartner nicht erteilt werden. Dass sich ärztliche Standesvertreter weigern, eine Identitätsprüfung in den Ordinationen zu akzeptieren, wurde bereits erwähnt. Auf die beiliegende Aussendung muss nochmals hingewiesen werden.

Die geringe Stand der Missbrauchszahlen hat dazu geführt, dass der ursprüngliche Plan, für 2007 die Erweiterung der Zusammenarbeit mit dem Behördenfundinformationssystem www.fundamt.gv.at in Aussicht zu nehmen, um Verlustmeldungen weltweit noch effizienter zu gestalten, noch nicht weiter verfolgt wurde und anstatt dessen die internen Kontrollen präzisiert wurden. Als Beitrag zur Verhütung von Missbräuchen ist dies zwar auch, aber aufgrund praktischer Erfahrungen nicht vorrangig zu sehen: Eine am Fundamt abgegebene e-card kann – mit und ohne Online-Informationssystem – nicht mehr missbräuchlich verwendet werden, eben, weil sie am Fundamt liegt und damit niemand mehr zum Arzt usw. gehen kann, während eine konsequente Auswertung der e-card-Verwendungen rascher und in größerer Menge allfällige Unstimmigkeiten aufdecken helfen kann.

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).

In diesem Zusammenhang darf auch auf den Aufbau eines eigenen Call-Center-Teams durch sozialversicherungseigene MitarbeiterInnen hingewiesen werden, welches seine Tätigkeit in den letzten Wochen aufgenommen hat. Damit wird es möglich, auf bestimmte Auffälligkeiten, die in Telefonanrufen gemeldet werden, rascher zu reagieren und damit auch Missbrauchsentwicklungen frühzeitiger abzufan-

gen.

Weitere Gegenmaßnahmen für den Fall stark steigender Missbräuche können sein (solche Maßnahmen können, falls die Landesvertretungen 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 e-card auch bei anderen Gesundheitsdiensteanbietern, insbesondere Krankenanstalten und Apotheker, geprüft werden kann.
- Koppelung der e-card-Funktionen mit anderen Chipkartenausweisen (das wurde für Asylwerber bereits überlegt, scheiterte nach Informationen des Hauptverbandes jedoch an den Rechtsgrundlagen für solche Ausweise und deren mangelnder technischer Ausstattung mit einschlägig verwendbaren Singaturchips).
- Einführung der Anforderungen des Gesundheitstelematikgesetzes (gesicherte Datenübermittlungen) ohne Verzögerung (hiezuh fehlt noch die Verordnung zum Gesundheitstelematikgesetz).
- 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, Spitalweisung, Krankenschreibung, Rezept usw., damit – wenn schon Täuschungshandlungen unerkannt gesetzt werden sollten – wenigstens die Folgekosten minimiert bzw. zusätzliche Kontroll- und Absicherungsmöglichkeiten eingerichtet werden.

Hinweis auf die Situation nach dem Strafrecht:

Der Oberste Gerichtshof hat bereits mehrfach¹⁵ entschieden, dass seines Erachtens die e-card im Wesentlichen (nur) dem Nachweis der Zugehörigkeit zu einer Sozialversicherung dient, mit welcher der Arzt sodann die von ihm erbrachten

¹⁵ so am 1. Juni 2006, ZI. 12 Os 42/06b oder am 23. April 2007, 15 Os 6/07g. Eine Änderung des StGB scheint angezeigt. Der OGH hat entschieden: Im Zuge der Verwendung einer für eine andere Person ausgestellten e-card bei einem Arztbesuch und der Behauptung, berechtigter Inhaber dieser Karte zu sein, findet *kein Eingriff in die auf dieser Karte oder bei anderen Stellen gespeicherten Daten* statt. Bezogen auf die Ausstelleridentität werden dadurch nämlich *weder falsche Daten hergestellt noch ursprünglich echte Daten nachträglich verfälscht*. Zu einer Änderung des gedanklichen Inhalts der gespeicherten inhaber- und ausstellerbezogenen Daten kommt es dadurch ebenfalls nicht.

Leistungen zu verrechnen hat. Die e-card kann aber *nicht im allgemeinen Zahlungsverkehr als unbares Zahlungsmittel* gegenüber einer Vielzahl von Personen eingesetzt werden (vgl. Schroll in Wiener Kommentar, 2. Aufl., Vorbemerkung zu §§ 241a bis 241g StGB Rz 8). Sie ist nach Ansicht der OGH daher kein unbares Zahlungsmittel iSv § 74 Abs. 1 Z 10 StGB.

Das bedeutet, dass die strafrechtlichen Bestimmungen zum Schutz unbarer Zahlungsmittel nicht angewendet werden können, obwohl die e-card bei über 10.000 Vertragspartnern der Sozialversicherung (und die EKVK im Ausland) gerade dazu verwendet wird, Honorarforderungen nicht bar bezahlen zu müssen, sondern mit der Krankenversicherung verrechnet werden können - und damit für den Patienten und den Arzt bargeldvertretend sind.

Die e-card hat nach dem OGH Urkundencharakter und Ausweisfunktion¹⁶ (§ 231 StGB) und ist demzufolge durch die Bestimmungen des 12. Abschnittes des StGB (§§ 223 ff. StGB) geschützt. Diese Tatbestände sind in der Praxis jedoch schwierig nachzuweisen und haben weiters auch geringere Strafrahmen.

Es wird angeregt, aus generalpräventiven Gründen die bargeldersetzende Funktion der e-card im Strafrecht vorzusehen. Der Hauptverband hat das bereits vorgeschlagen¹⁷.

**15. Sind im Jahr 2007 Missbrauchsfälle auch im internationalen Bereich bekannt geworden (Europäische Krankenversicherungskarte)?
Was ergab die Beobachtung dieser Missbräuche?
Mussten Gegenmaßnahmen gesetzt werden?
Wenn ja, mit welchen Staaten?**

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

¹⁶ Bereits OGH 22. 11. 1977, 13 Os 153/7: Ausweise nach § 231 StGB sind nach der Judikatur (SSt 48/89 = EvBl 1978/109 S. 305) öffentliche Urkunden, die, von einer Behörde ausgestellt, zum Nachweis der Identität oder der persönlichen Verhältnisse (Daten) bestimmt sind. Dazu OGH 23. 4. 2007, 15 Os 6/07g: Der e-card kommt angesichts ihrer Ausstellung im Rahmen der den Sozialversicherungsträgern zukommenden Verwaltungsaufgaben und der aus ihr ersichtlichen Daten wie Name, Versicherungsnummer und Sozialversicherungsträger - ungeachtet des Fehlens eines Lichtbildes Ausweisfunktion iSd § 231 StGB zu.

¹⁷ http://www.parlament.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XXII/ME/ME_00078_05/fname_000000.pdf

- 27 -

In diesem Zusammenhang existiert eine Veröffentlichung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, die missverständlich interpretiert wurde. Dazu sei auf die Anfragebeantwortung 1710/AB vom 18. Dezember 2007, BMGFJ-11001/0196-I/A/3/2007 zur Anfrage 2075/J verwiesen

Aus den dem Hauptverband vorliegenden Unterlagen (Statistiken betreffend die Verwendung der EKVK; es handelt sich dabei um Grundlagen für die Beantwortung von Fragebogen der Europäischen Kommission¹⁸), geht hervor, dass vereinzelt eine „unsachgemäße Verwendung“ der EKVK aufgetreten ist, wobei die Gründe in mangelnder Sachkenntnis beruhen. Betrugsvorsatz (fraud) konnte nicht unterstellt werden.

Bevor bei der Verwendung der EKVK Missbrauch unterstellt wird, muss im Einzelfall auch geprüft werden, ob nicht ein bloßes Missverständnis beim Ausfüllen des Behandlungsformulars vorlag und ein Leistungsanspruch zwar nicht beim angegebenen Versicherungsträger (bei dem die Abrechnung einlangte), wohl aber bei einem anderen Träger vorlag (vgl. die amtswegige Weiterleitungspflicht nach § 321 ASVG)

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 „Missbrauchsverhinderungs-

¹⁸ Monitoring der Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte; Stellungnahme zur Aufzeichnung des Sekretariates vom 20. Dezember 2007 (CA.SS.TM. 366/07).

maßnahmen 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 der auf der Karte genannten 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 (und dass die aushelfende Versicherung in diesem anderen Staat die Leistungserbringer einschlägig informiert bzw. angewiesen hat).

Nach unserer Einschätzung wird die Prüfbarkeit auf einen solchen Missbrauch *bei der Leistungsanspruchnahme* erst mit der flächendeckenden 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 u. E. 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 unserer Sicht erst erfolgen können, nachdem eine vollelektronische Verarbeitung der einschlägigen internationalen Formulare, welche die Kennnummer der Karte mitprüft, in Betrieb genommen wurde. Da

- 29 -

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 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.

Eine eingehende und einigermaßen sichere Prüfung einschlägiger Sachverhalte würde eine vollständig elektronische und möglichst zeitnahe (im Idealfall tagfertige) Verrechnung voraussetzen. Das wäre bereits innerstaatlich ein Thema für die Abrechnungsgrundsätze nach § 340a ASVG, zu deren Erlassung der Hauptverband laut Erkenntnis des VfGH G 145/05, V 106, 107/05 vom 19. Juni 2006 allerdings nicht mehr kraft eigenen Rechts berechtigt ist.

Ist der auf der EKVK im Feld „Kennnummer des Trägers“ ausgewiesene Träger zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme nicht mehr zuständig und liegt das Ablaufdatum der EKVK nach der Leistungsanspruchnahme im anderen Anwendungsstaat, wird jedenfalls geprüft, ob ein anderer österreichischer Träger (und ggf. welcher) leistungszuständig ist. Die Frage nach einem Missbrauch durch Leistungsanspruchnahme 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/web/frontpage.

Siehe auch die Seite über die Europäische Krankenversicherungskarte 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 und Patienten, siehe die einschlägigen oben zitierten Informationsangebote auch im Internet.

Ein Informationsfolder über die EKVK wurde ausgearbeitet und in Reisebüros und anderen Stellen aufgelegt.

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

Dass im europäischen Bereich dennoch die Gestaltung der EKVK in der heute vorliegenden Form gewählt wurde, ist einerseits ein Beleg, dass Missbrauch sich in (wirtschaftlich betrachtet) relativ engen Grenzen hält (die Karte gilt ja nur für „vorübergehende Aufenthalte“, ist daher im Heimatstaat eines Missbrauchswilligen in der Praxis schwer bzw. überhaupt nicht verwendbar). Andererseits unterstützt die EKVK die Freizügigkeit der Bewohner der Europäischen Union, was zwar nicht sozialrechtlich, wohl aber in anderen rechtspolitischen Zusammenhängen als positiv gesehen werden kann (das Fehlen von Versicherungsschutz bzw. dessen Nichtrealisierbarkeit im europäischen Ausland ist nicht mehr eine wie früher relativ hohe Hemmschwelle für Auslandsreisen).

Im Jahre 2006 hat ein Versicherter der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in der Schweiz durch Vorlage der EKVK Sachleistungen (Anstaltspflege) in Anspruch genommen, obwohl die Versicherung bereits beendet war. Dadurch entstand ein Schaden in der Höhe von € 20.596,90, der auch in der Anfragebeantwortung 1476/AB vom 21. November 2007 erwähnt wurde. Eine bescheidmäßige Rückforderung erfolgte. Der Versicherte ist aber derzeit unbekanntes Aufenthaltes, weshalb noch keine Rückzahlung erfolgte.

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau verzeichnete einen Schadensfall mit einer Schadenshöhe von 14 €.

Die Koppelung der EKVK an die häufiger verwendete e-card ist ein organisatorischer Vorteil. Sie führte zu einer *Aufwandsverringerung in der Größenordnung von mehreren Millionen Euro* jährlich.¹⁹

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. Ob die Kosten für die Kartenproduktion durch eine Trennung der e-card von der EKVK so gesenkt werden können, dass dennoch in Summe Einsparungen lukrierbar sind, wird derzeit überlegt.

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 Karten²⁰ auszustellen 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.

¹⁹ Siehe die Anfragebeantwortung vom 12. 4. 2006, 3912/AB (zu 3973/J), Seite 8 FN 9: Aus dem Brief des Hauptverbandes an Herrn BM Haupt vom 15. Juli 2004, Zl. BO-ZSI-32.37/04 Wr: „Eine Schätzung hat einen Aufwand von rund 4.400.000,-- € pro Jahr ergeben, wenn die EKVK von Amts wegen an alle österreichischen Versicherten und deren Familienangehörigen versendet werden soll. Dabei handelt es sich um die reinen Material- und Portokosten.“ Dazu kämen noch (jährlich) Logistikaufwand, Personalkosten usw. für Einrichtung und Betrieb der dafür notwendigen Parallelstruktur zum ohnedies vorhandenen e-card-System.

²⁰ 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. 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).

16. In welchen EU-Mitgliedsstaaten gab es 2007 Probleme mit der Anerkennung der Europäischen Krankenversicherungskarte? Welche Konsequenzen wurden daraus gezogen?

Hier ist ein unerwartetes Phänomen zu verzeichnen: Schwierigkeiten bei der Verwendung der EKVK scheinen nämlich eher in den sogenannten „alten“ Mitgliedsstaaten 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. 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 Ausland²¹ 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, ABl. 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.“

In der Praxis kommt es vor, dass von Vertragspartnern die Chipkarte elektro-

²¹ 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.

- 33 -

nisch 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 erlebt haben.

Ob es der österreichischen Sozialversicherung (allenfalls namens eines Patienten) 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 hierfür 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 EKVK-Patient 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 können²². Die aushilfsweise Leistungserbringung auf Grund einer gültigen EKVK hat weiters nur insoweit zu erfolgen, als sie in Anbetracht der voraussichtlichen – vorübergehenden! - Verweildauer des Patienten 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, ABl. L 200/2004²³.

Diese Situation kann aus mehreren Gründen zu Problemen führen, die aber

²² 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.

²³ Und deren Vorgängerin, die V über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer Nr. 1408/71.

von der sozialen Krankenversicherung aus dem Inland heraus nicht oder nur schwer zu beeinflussen sind:

- weil Patienten - u. U. mangels ausreichender Sprachkenntnisse - die nationalen bzw. lokalen Usancen nicht bekannt und/oder nicht vermittelbar sind;
- weil Patienten mangels ausreichender Ortskenntnisse nicht in der Lage (oder nicht gewillt) sind, statt einem näher situierten Privatarzt einen Vertragsarzt aufzusuchen;
- weil Patienten (z. B. nach einem Unfall) keine Dispositionen treffen können und von der Rettung zu einer nicht mit dem nationalen Krankenversicherungssystem in Vertragsbeziehung stehenden Behandlungseinrichtung (Arzt, Sanitätsstation oder Krankenhaus) gebracht werden;
- weil Patienten die EKVK im Hotel (oder gar in Österreich) gelassen haben und sich diese erst besorgen (oder erst nachsenden lassen) müssen;
- weil die vom Patienten 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/dessen 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.

Konkrete Fälle von Ablehnungen der EKVK von Vertragspartnern in EU-/EWR-Staaten sind nur in geringem Umfang bekannt. Von einigen Versicherten wurden die Versicherungsträger jedoch darüber informiert, dass die EKVK nicht immer akzeptiert wird, wobei in diesen Fällen nicht bekannt ist, ob es sich um vertragliche Leistungsanbieter handelte. Ungarische Staatsbürger, welche in Österreich beschäftigt bzw. versichert sind, erhalten in Ungarn mit der österreichischen EKVK (trotz Er-

fällung der anderen Voraussetzungen) manchmal keine Leistungen.

Eine Reihe von Unstimmigkeiten ist auf Fehlverwendungen zurückzuführen: Es werden z. B. in Deutschland manchmal die österreichischen e-cards in das deutsche Lesegerät gesteckt. Dies führt zur Meldung, dass kein Anspruch besteht.

**17. Wie ist der Stand der Erweiterung des Projekts der internationalen computerlesbaren Krankenversicherungskarte?
Wann wird diese EU-weit realisiert sein?**

Es gibt zu diesem Thema auf EU-Ebene Aktivitäten, welche von der *Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer in Europa (CASSTM²⁴)* ausgehen:

Das Projekt 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 („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 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.

²⁴ Commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants Vgl. Art. 71 EG-KoordV ABI. L Nr. 883/2004.

In der Einführungsphase B werden neben den 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 Ärztinformationssystemen. Der Beginn dieser Projektphase war bis Ende 31. März 2010 geplant.

Bis wann mit einer EU-weiten Einführung gerechnet werden kann, ist derzeit nicht abschätzbar.

**18. Wie kann ein Teilnehmer am e-card-System (z. B. ein Praktischer Arzt) erkennen, dass eine Karte als verlustig oder gestohlen gemeldet wurde?
Halten Sie Ihre Antwort in der AB 268/XXIII.GP weiterhin aufrecht?**

Es wurde bisher nicht als Aufgabe eines Arztes gesehen, in diesem Zusammenhang polizeiliche Ermittlungsaufgaben zu übernehmen. Hiefür dürfte auch eine Gesetzesänderung notwendig sein (verpflichtende Personenfeststellung in solchen Fällen, Anzeige- bzw. Mitteilungsverpflichtung usw.). Dies wäre im Rahmen allfälliger Novellierungen des Ärztegesetzes mit den zuständigen Ministerien zu erörtern.

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 bekannt gegeben.

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 eine von ihm als „gestohlen“ gemeldete e-card wiederfindet und verwenden möchte. In der Arztordination könnte ein Patient, der die Karte irrtümlich als gestohlen gemeldet hatte, dann als Betrüger 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 Arztsoftware installiert, kann der Fehlertext 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 festgestellt²⁵.

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 Patienten bzw. die Abrechnung nicht einschränken.

²⁵ 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.

Es ist daher keinesfalls so, dass ein Vertragsarzt einen Patienten, dessen e-card nicht funktioniert, der aber einen Behandlungsanspruch glaubhaft machen kann, „wegschicken muss“. Unseres Erachtens gehört es in den Aufgabenbereich des Vertragspartners, den Kunden/Patienten auch in solchen Zusammenhängen Unterstützung anzubieten.

19. In wie vielen Fällen wurde 2007 online in der Arztordination festgestellt, dass kein Versicherungsschutz besteht?

Wie viele derartige Fälle wurden dem Hauptverband bzw. den Sozialversicherungsträgern zur Kenntnis gebracht?

Diese Fälle sind seit Herbst durch eine Ergänzung des Chipkartensystems erfassbar: Nach den bisherigen Schätzungen bzw. Erfahrungswerten liegt die Zahl dieser Fälle im Bereich einiger Zehntelprozente bei rund 0,5 % der Fälle. Das bestätigt nunmehr auch auf technischem Weg die bisherigen Schätzungen, die in ähnlichen Zusammenhängen 0,4 % nannten.²⁶

	Kein KV-Anspruch
11. 2007	37.362
12. 2007	41.473
01. 2008	57.607
02. 2008	41.126
03. 2008	36.121

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 Inte-

²⁶ vgl. Seite 3 der Anfragebeantwortung 268/AB XXIII. GP. Siehe auch die Presseaussendung des Hauptverbandes vom 7. Februar 2007: „Lediglich bei 0,4 Prozent aller Patientenkontakte mit der e-
Fußnotenfortsetzung nächste Seite

resse 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.

**20. In wie vielen Fällen war dies auf defekte Karten oder nicht funktionierende Lesegeräte zurückzuführen?
In wie vielen Fällen lag der Grund für die Nichtfunktion außerhalb des Einflusses der Sozialversicherung?**

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

Bei einer defekten Karte oder nicht funktionierendem Lesegerät kann es gar nicht zu einer Aussage über einen (vorhandenen oder nichtvorhandenen) Versicherungsschutz kommen.

Defekte Karten oder nicht funktionierende Lesegeräte können daher von vornherein – eben, weil sie nicht funktionsfähig sind – auch 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 abzufragen und eine Konsultation zu melden. Der Umstand „nicht vorhandene/lesbare Karte“ kann dann bei einem Folgebesuch durch Nacherfassung auch rückwirkend saniert werden.

21. Welche Personengruppen verfügen mit Stichtag 1. Jänner 2007 in Österreich noch über keine e-card?

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

Fußnoten von voriger Seite

card bedarf es in einer Ordination eines Vertragsarztes einer zusätzlichen Aktion, um die Anspruchsberechtigung eines Patienten prüfen zu können.“

Angehöriger²⁷), die

- a) 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,
- c) Versicherte aus Österreich im Ausland und Auslandsösterreicher, die im Ausland vom dort zuständigen Sozialversicherungsträger nach dessen Regeln, aber mit Finanzierung durch den inländischen Sozialversicherungsträger behandelt werden (solche Personen müssen einem inländischen Sozialversicherungsträger nicht einmal stets bekannt sein, vgl. die Darstellung in der Anfragebeantwortung 2297/AB-BR/2007, Frage 10, Seite 3 unten),
- d) Sozialhilfebezieher – deren Einbeziehung steht jedoch derzeit in Diskussion.

Fälle nach lit. a:

1. Mitglieder freier Berufe wie z. B. Architekten, Apotheker, Ärzte, Rechtsanwälte, Wirtschaftstreuhänder,
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 (wie wobei aber eine Einbeziehung überlegt wird, KFAs aus Wien, Graz, Villach, Salzburg und Tirol nehmen bereits teil, siehe auch die Listen zu Fragen 1, 2 und 6),
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.

²⁷ 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 und seit der Einführung der e-card nicht in der Sozialversicherung krankenversichert waren (Kinder von Eltern, die beide bei einer Krankenfürsorgeanstalt versichert sind, die nicht am e-card System teilnimmt, z. B. in Oberösterreich oder Kinder eines Freiberufler-Ehepaars).

Fälle nach lit. b:

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

22. Wann sollen die Sozialhilfeempfänger tatsächlich in die soziale Krankenversicherung (e-card) aufgenommen werden und eine e-card erhalten?

Das hängt davon ab, wann und mit welchem Umfang die derzeit geplanten Gesetzesbeschlüsse über die bedarfsorientierte Mindestsicherung in Kraft treten. Das kann vom Hauptverband nicht beeinflusst werden.

Wenn diese Grundlagen feststehen, wäre eine Einbeziehung kurzfristig möglich: Es müssten dafür die berechtigten Personen (mit exakten Personenstandsdaten²⁸), Kostenträger und Zustelladressen feststehen und auch den Sozialversicherungsträgern tatsächlich gemeldet werden.

Die Sozialversicherung ist dazu bereits seit Längerem technisch und organisatorisch bereit, auch die einschlägigen Rechtsgrundlagen sind vorhanden (§ 31a Abs. 4 Z 2 ASVG, falls keine selbstständige Regelung, z. B. über eine Vereinbarung nach Art. 15a B-VG und deren Umsetzung in Bundes- oder Landesgesetzen erfolgt).

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 (mehr-

²⁸ Es kann davon ausgegangen werden, dass zumindest eine Reihe von Sozialhilfebezieher, nämlich Kinder, aufrechte Krankenversicherungsansprüche gegen einen zweiten, versicherten, Elternteil aus
Fußnotenfortsetzung nächste Seite

fache Sozialhilfeleistung oder Sozialhilfeleistung wegen Nichtmeldung eines ohnedies bestehenden Sozialversicherungsanspruchs, z. B. als mitversichertes Kind).

23. Wann werden alle Krankenanstalten an das e-card-System angeschlossen sein?

Mehrere 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 Spitälern relativ kleinen – ärztlichen Ordinationen.

Es läge unseres Erachtens 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 Kostenersparungen erwarten lassen, dies ist in den einschlägigen Gremien wie Landesfonds, Landes-Krankenanstalten-Betriebsgesellschaften zu erörtern und nicht allein von der sozialen Krankenversicherung).

Fußnoten von voriger Seite

der Angehörigeneigenschaft haben (§ 123 Abs. 2 Z 2 und Z 4 ASVG). Vgl. aber dazu die Ausführungen zu den Personenstandsdaten und die einschlägigen Beilagen dieses Schreibens.

Eine Organisationsumstellung, wie sie im Rahmen der Diskussion über „Finanzierung aus einer Hand“ behandelt werden könnte, ist im vorliegenden Rahmen nicht zu behandeln.

24. Soll aus Sicht des Ressorts die Musterkrankenordnung der Krankenversicherungsträger geändert werden oder hat sich diese aus Sicht des Ressorts bewährt?

Das wäre aus der Sicht des Ministeriums (genehmigungsberechtigte Aufsichtsbehörde, § 455 ASVG) zu behandeln.

Durch das Aufstellen von Rechtsvorschriften können nicht alle Missbräuche, insbesondere nicht vorsätzlich gesetzte Betrugshandlungen, verhindert werden.

Weiters kann die Musterkrankenordnung (und die auf ihr beruhenden Krankenordnungen der Sozialversicherungsträger) 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.

Zur Identitätsprüfung:

Schon bisher waren die Vertragspartner berechtigt, die Identität ihrer Patienten zu prüfen bzw. konnten außerhalb dringender Fälle die Behandlung auch vom Nachweis der Identität abhängig machen.

Ein Vertragsarzt oder eine sonstige behandelnde Stelle hat alle Möglichkeiten, die das Zivilrecht für den Abschluss von Behandlungsverträgen bietet, d. h. die Behandlung kann von der Vorlage amtlicher Unterlagen usw. abhängig gemacht

werden. Zu erwähnen sind freilich auch die ärztliche Berufspflicht, in Fällen drohender Lebensgefahr die erste Hilfe nicht zu verweigern und überdies auch das strafrechtliche Verbot der Unterlassung einer Hilfeleistung (§ 95 StGB).²⁹

Die letzte Änderung der Musterkrankenordnung³⁰ hat mit dem bereits erwähnten § 5 Abs. 11 MKO 2007 eine ausdrückliche Bestimmung eingeführt, wonach auch Patienten (mit oder ohne e-card) Ihre Identität z. B. mit Lichtbildausweis nachweisen müssen, genauso, wie die e-card zwecks einfacher Datenerfassung für die Sozialversicherungsmeldung bei Arbeitsantritt gemeinsam mit einem Lichtbildausweis vorzulegen ist, um dem Arbeitgeber sichere Datengrundlagen für die Lohn- und Beitragsverrechnung zu geben, § 4 Abs. 10 MKO 2007.

Diese Verpflichtung des Patienten muss dann aber mit einer entsprechenden Verpflichtung des Vertragsarztes, diese Identität auch zu überprüfen, korrelieren. Sie ist daher ohne Zustimmung der Standesvertretungen durch die Sozialversicherung allein nicht einführbar und wäre vorher noch eingehend wegen ihrer (verzögernden u. a.³¹) Auswirkungen auf die Abläufe in den Ordinationen usw. (welche ihrerseits wieder Honorarforderungen an die soziale Krankenversicherung auslösen könnten) zu untersuchen.

Maßgebende Funktionäre aus der ärztlichen Standesvertretung haben jedoch zu verstehen gegeben, dass sich Ärzte weigern würden, an der Identitätsprüfung von Patienten mitzuwirken (selbst dann, wenn ein Lichtbild auf der e-card vorhanden wäre). Siehe die bereits erwähnte beiliegende Presseaussendung.

Eine allgemein verpflichtende Norm, wonach tatsächlich eine Identitätsprüfung bei den behandelnden Stellen durchgeführt werden soll, müsste für das gesamte Gesundheitswesen gelten Sie kann von der Sozialversicherung nicht geschaffen werden. Dazu wäre nur der kompetenzrechtlich zuständige Gesetzgeber berufen.

2007 wurden keine Änderungen durchgeführt, Änderungen der Musterkran-

²⁹ Siehe Punkt 5 der parlamentarischen Anfragebeantwortung Nr. 1476/AB XXIII. GP, vom 21. November 2007, BMGFJ-11001/0155-I/A/3/2007, Seite 3:
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_01476/imfname_092401.pdf

³⁰ 1. Änderung der Musterkrankenordnung 2007, www.avsv.at 26/2008.

³¹ Kinder besitzen nicht immer Ausweise, nicht alle Patienten werden Ausweise bei sich tragen (Notfälle), Ausweisdaten müssten zwecks Verifikation festgehalten werden usw.

- 45 -

kenordnung erfolgten durch folgende Kundmachungen (die e-card wurde mit der ersten Änderung der MKO 2004 eingeführt, siehe avsv 49/2005):

1. zweite Änderung der MKO 2004 avsv 22/2006
2. dritte Änderung der MKO 2004, avsv 77/2006
3. Neufassung als MKO 2007, avsv 130/2006
4. erste Änderung der MKO 2007, avsv 26/2008.

Beilage



"Fotokontrolle durch "Eriedigung Sektion
 Ärztekammer verwei: III (Extern)_28_03_"; Comm-Unity_Stellung

Mit freundlichen Grüßen
 Für den Hauptverband:

Dr. Josef KANDLHOFER

OTS0165 5 CI 0376 NAW0001 II

Mi, 02.Apr 2008

Gesundheit/Sozialversicherung/E-Card/Ärztchammer/Wien

E-Card: Ärzte lehnen Identitätskontrolle in Ordinationen ab

Utl.: Zu hoher bürokratischer Aufwand - Forderung nach Foto auf der E-Card =

Wien (OTS) - Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte werden nicht "die Polizei des Hauptverbands" spielen und jeden ihnen nicht bekannten Patienten einer genauen Identitätsprüfung unterziehen. Das stellte Ärztekammer-Vizepräsident Johannes Steinhart in Reaktion auf die aktuelle Diskussion rund um die gestohlenen und missbräuchlich verwendeten E-Cards fest. ****

Die Aufgabe des Arztes und seines Ordinationsteams sei es, zu diagnostizieren und therapieren, jene des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger zu administrieren. Jeder solle seinen Part zufriedenstellend lösen. "Ich verlange von Herrn Schörghofer (HV-Generaldirektor-Stellvertreter, Anm.) ja auch nicht, dass er mir bei der Betreuung meiner Patienten hilft", betont Steinhart. Ähnlich unsinnig sei es, wenn der Hauptverband die Administrationsprobleme nun auslagern wolle und eine Identitätskontrolle in den Ordinationen verlange, "also wieder einmal die subtile Unterstellung einer Schuld der Ärzte am E-Card-Missbrauch, so wie wir es von den Abrechnungsproblemen her schon kennen".

Steinhart fühlt sich in seinen früheren Kritikpunkten bestätigt. Gerade die Wiener Ärztekammer habe seit Einführung der E-Card immer wieder auf qualitative Mängel hingewiesen und wurde gerade von Schörghofer "tunlichst ignoriert". Nun zeige sich, dass es sehr kurzsichtig gewesen sei, die Ärzteschaft immer wieder in das "Verweigerer-Eck" zu drängen, ohne Argumente aus der Praxis in die Planungen mit einfließen zu lassen.

In diesem Zusammenhang verweist Steinhart auf die schon früher von der Ärztekammer erhobene Forderung nach einem Foto auf der E-Card. Dies könnte zumindest die größten Fälle von Missbrauch verhindern, ohne die Bürokratie in der Ordination zu sehr zu belasten.

Das von Schörghofer ins Spiel gebrachte Kostenargument lässt Steinhart hier nicht gelten: "Jede x-beliebige Kundenkarte ist heute schon mit einem Foto versehen. Man muss ja auch nicht alle E-Cards auf einmal austauschen, sondern kann das Schritt für Schritt tun".

Eine Haftung des Arztes bei missbräuchlich verwendeten E-Cards schloss Steinhart in jedem Falle aus: "Auch wenn auf der E-Card ein Foto ist, kann nämlich nicht ausgeschlossen werden, dass sich nicht berechnigte Personen der Karte bedienen." Gerade bei Familienmitgliedern mit Immigrationshintergrund sei es oft schwierig, Gesichtsmerkmale auszumachen. Hier müsse die Haftung für eventuelle Schadensfälle in jedem Fall beim Karteninhaber beziehungsweise der SV-Chipkarten-Gesellschaft liegen. (hpp)

Rückfragehinweis:

~

Ärztchammer für Wien - Pressestelle
Dr. Hans-Peter Petutschnig
Tel.: (++43-1) 51501/1223 od. 0664/1014222
Fax: (++43-1) 51501/1289
mailto:hpp@aekwien.at
http://www.aekwien.at

~

*** OTS-ORIGINALTEXT PRESSEAUSSENDUNG UNTER AUSSCHLISSLICHER INHALTLICHER VERANTWORTUNG DES AUSSENDERS - WWW.OTS.AT ***



REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES
SEKTION III-RECHT

GZ.: BMI-VA1300/0130-III/2/2007

Wien, am 28. März 2007

An die
Ämter der Landesregierungen

An den
Fachverband der österreichischen
Standesbeamtinnen und Standesbeamten

nachrichtlich:
Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger
z.H. Frau Ing. Silvia Duscher

Mag. Ulrike Michel
BMI - III/2 (Abteilung III/2)
Minoritenplatz 9, 1014 Wien
Tel.: +43 (0)1 531263087
Pers. E-Mail: Ulrike.Michel@bmi.gv.at
Org.-E-Mail: BMI-III-2@bmi.gv.at
WWW.BMI.GV.AT
DVR: 0000051
Antwortschreiben bitte unter Anführung der GZ an
die Org.-E-Mail-Adresse.

Betreff: Verwaltungsangelegenheiten - Sonstige; Personenstandswesen
hier: Personenstandsdatenverordnung
Hauptverband der österr

Mit der Personenstandsdatenverordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BGBl. II Nr. 239/2004), die am 12. September 2004 in Kraft trat wurde der Umfang und die Art der von den Personenstandsbehörden gemäß § 360 Abs. 5 ASVG an die Gebietskrankenkassen zu übermittelnden Daten und deren Verwendung bei den Versicherungsträgern festgelegt.

Vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde für die elektronische Übermittlung der entsprechenden Datensätze eine Schnittstelle geschaffen, die die direkte Einspeisung in das System der Sozialversicherungsträger ermöglicht (Datenübermittlungszugang). Mit **02. April 2007** wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger der Betrieb aufgenommen.

Ab dem 02. April 2007 sollen daher die Personenstandsbehörden – soweit technisch möglich – die in der Personenstandsdatenverordnung bezeichneten Daten in elektronischer Form übermitteln.

Personenstandsbehörden, die über die technischen Voraussetzungen zu Übermittlung dieser Daten (noch) nicht verfügen, haben diese bis zur Schaffung der technischen Voraussetzungen wie bisher in konventioneller Form mittels Papier direkt der Gebietskrankenkasse, in deren Zuständigkeitsbereich die Personenstandsbehörde ihren Sitz hat, zu übermitteln.

Es sind nur jene Daten zu übermitteln, die im Rahmen des personenstandsrechtlichen Vorganges bekannt werden (aktuelle Abschriften aus dem Geburtenbuch, Ehebuch und Sterbebuch). Die eigenständige Ermittlung zusätzlicher Daten ist nicht zulässig. Im Falle der Auflösung der Ehe sind nur solche Datensätze elektronisch zu übermitteln, die keinen gesonderten Nacherfassungsaufwand mit sich bringen (vgl. § 5 Z 2 PStDV).

Die Verpflichtung zu Übermittlung der Daten gem. § 4 PStDV (behördliche Namensänderung bzw. namensrechtliche Wirkung bei Adoption oder Legitimation) obliegt der Bezirksverwaltungsbehörde (vgl. § 3 Abs. 1 Z 10 NÄV).

Nicht zu übermitteln ist jedenfalls das Religionsbekenntnis.

Gleichzeitig tritt der Erlass des BM.I vom 13. September 2004, Zahl 36.240/328-IV/7/2004, außer Kraft.

Die gegenständliche Verwaltungsvorschrift wird in die IVS aufgenommen.

Für den Bundesminister:

Mag. Ulrike Michel

elektronisch gefertigt

per E-Mail
an Verteiler

04. April 2007

Stellungnahme zum BMI-Erlass

Sehr geehrte Damen und Herren!

Aufgrund von Rückfragen aus Standesämtern möchten wir Ihnen zum Erlass des Bundesministerium für Inneres GZ: BMI-VA1300/0130-III/2/2007 Folgendes mitteilen.

Schon im Begutachtungsverfahren zur Änderung des § 360 ASVG mit 01.01.2002 und 01.01.2003 und den darauf folgenden Erlass im Jahre 2004 haben wir über dem österreichischen Gemeindebund unsere Bedenken gegen die elektronische Übermittlung an den Hauptverband angemeldet.

Unsere Bedenken gliedern sich wie folgt:

- Hohe Kosten auf Seiten der Gemeinde (Standesämter) für den Erwerb der Programm- und Schnittstellenänderung.
- Der Zeit- und Geldaufwand liegt ausschließlich auf Seiten der Gemeinde – der Vorteil der elektronischen Übernahme der Daten durch den Hauptverband wird durch diesen an die Gemeinden nicht abgegolten.
- Mit dieser umfangreichen Datenlieferung würde der Hauptverband quasi ein zentrales Personenstandsregister aufbauen und dies würde in keiner hoheitlichen Verwaltung geschehen.
- Die gesetzliche Grundlage im § 360 ASVG (6) verbietet den Gebietskrankenkassen aus dem Mitteilungswesen Leistungsansprüche, Anwartschaften oder deren Veränderungen ableiten zu können. Der Inhalt der Personenstandsverordnung und der Umfang der XML-Schnittstellen zielen jedoch genau auf die Betrachtung und Feststellung einer Person und deren Personenstandsverhältnisse ab!
- Die volle Unterstützung des E-Card-Projektes (Bürgerkarte) ist durch den Datenzugriff zum ZMR vorhanden.

Aufgrund unserer Argumente wurde die Forderung nach einer Einführung eines zentralen Personenstandsregisters im E-Government-Konzept des österreichischen Gemeindebundes aufgenommen. Auch der Städtebund fordert ein zentrales Register.

In Anbetracht dieser Situation hat sich Comm-Unity EDV GmbH entschlossen die Schnittstelle zum Hauptverband aus den Standesamtsprogrammen nicht zu unterstützen. Wir haben den Hauptverband mitgeteilt, Gespräche mit dem österreichischen Gemeindebund aufzunehmen und eine innovative Lösung zum Wohle aller Beteiligten anzustreben.

Die derzeitige Schnittstelle bringt, bei einem hohen Aufwand, nur in einem kleinen Teilbereich eine Verbesserung. Bei Einführung eines zentralen Personenstandsregisters würden nämlich alle Verwaltungsebenen und auch die Gerichte davon profitieren. Die umfangreichen Mitteilungsverpflichtungen hätten endlich ausgedient. Vergleichbare Register wurden in unseren Nachbarländern Schweiz und Slowenien erfolgreich aufgebaut. Zusätzlich fordert der österreichische Gemeindebund eine aufwands- und nutzungsspezifische Betrachtung bei allen zentralen Services/Register.

Die „Nichtunterstützung“ der Schnittstelle unsererseits bringt nur eine unwesentliche, bisher schon gewohnte, Arbeit in einem weiterem Ausdruck und Versand der schriftlichen Mitteilung mit sich. Der Hauptverband kann Sie daher auch zu keiner elektronischen Übermittlung „verpflichten“.

In der Hoffnung, dass Sie unsere Argumente goutieren und damit die langfristige Ausrichtung in der E-Government-Strategie mittragen, verbleibt

mit freundlichen Grüßen



Raimund Hartbauer
Stabstelle E-Government

Verteiler:

Comm-Unity Gemeinden (Personenstandsbehörden)

zur Kenntnisnahme:

Österreichischer Gemeindebund, Herrn Generalsekretär HR Dr. Hink
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Frau Ing. Silvia Duscher
Bundesministerium für Inneres, Abteilung III/2, Frau Mag. Ulrike Michel