



Alois Stöger
Bundesminister

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

XXIV. GP.-NR

10094 /AB

29. Feb. 2012

zu 10242/J

GZ: BMG-11001/0004-I/A/15/2012

Wien, am 27. Februar 2012

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 10242/J der Abgeordneten Mag. Johann Maier und GenossInnen nach
den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Zur vorliegenden Anfrage verweise ich auf die beim Hauptverband der
österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholte Stellungnahme, welche als
Beilage angeschlossen ist.

Ergänzend dazu möchte ich mitteilen, dass ich meine Aussagen zu den Fragen 3, 4, 5,
7, 14 und 18 in der Beantwortung (7393/AB) der parlamentarischen Anfrage 7499/J
XXIV. GP aufrecht halte.

Hinsichtlich der Beantwortung der gegenständlichen Frage 24 verweise ich ebenfalls
auf meine Ausführungen zu Frage 24 in der Beantwortung (7393/AB) der
parlamentarischen Anfrage 7499/J XXIV. GP.

Beilage

BEILAGE 10242/J

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL 711 32 / Kf. 1201

TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-29/12 Sd/Ht

Wien, 3. Februar 2012

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Per E-Mail

Betr.: Parlamentarische Anfrage Nr. 10242/J (Abg.
Mag. Johann Maier und GenossInnen) betref-
fend „gestohlene bzw. als verlustig erklärte
e-cards im Jahr 2011“

Bezug: Ihr E-Mail vom 5. Jänner 2011;
GZ.: 90 001/0006-II/A/7/2012

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zur parlamentarischen Anfrage Nr. 10242/J gibt der Hauptverband die fol-
gende Stellungnahme ab.

Fragen zu praktischen Themen des e-card-Systems sind bereits in einer
Reihe von parlamentarischen Anfragebeantwortungen behandelt worden¹, auf deren
Inhalte in der Folge in einigen Details Bezug genommen wird.

**1. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards im Jahr 2011 bis 31. Dezember 2011 als
gestohlen gemeldet wurden (Aufschlüsselung auf Krankenkassen)?**

Ja. Die Aufschlüsselung auf Krankenkassen bzw. am e-card-System teil-
nehmende Krankenfürsorgeanstalten lautet:

¹ So zuletzt in den Anfragebeantwortungen

Nr. 8022/AB Erfüllung des gesetzlichen Auftrages - Absicherung der e-card durch biometrische Merkmale (Nr. 8109/J).

Nr. 7705/AB vom 29. April 2011 betreffend e-card-Betrug (Anfrage Nr. 7787/J).

Nr. 7393/AB vom 23. März 2011 betreffend gestohlene bzw. als verlustig erklärte e-cards im Jahr 2010 (Anfrage

Nr. 7499/J), diese Anfrage enthält auch Verweise auf frühere Anfragen zum Thema.

- 2 -

Kürzel ²	Sperrgrund „gestohlen“
WGKK	15.666
NÖGKK	5.259
BGKK	551
OÖGKK	5.322
StGKK	3.566
KGKK	1.554
SGKK	1.748
TGKK	2.153
VGKK	980
BKK Tabak	14
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	87
BKK Semperit	18
BKK Mondi	9
BKK voestalpine Bahnsysteme	37
BKK Zeltweg	11
BKK Kindberg	1
BKK Kapfenberg	35
VA für Eisenbahnen und Bergbau	787
VA öffentlich Bediensteter	3.848
SVA der gewerblichen Wirtschaft	3.384
SVA der Bauern	634
Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien	938
KFA Graz	56
KFA Villach	4
KFA Salzburg	7
KFA tir. Gemeindebedienstete	4
KFA tir. Landesbedienstete	12
KFA tir. Landeslehrer	35
Summe	46.720

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

- beim Aussteigen aus einem Bus usw. heruntergefallen 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, 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

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

- 3 -

Angaben über die Versicherung gespeichert.

Ebenso sind jene Fälle nicht abschätzbar, in denen (aus irgendwelchen 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.

Durch die Veränderungen in den Betrieben, für welche Betriebskrankenkassen eingerichtet sind, kann es dazu kommen, dass bei Verlustmeldungen nicht zwischen der früheren BKK und der später zuständigen GKK unterschieden wird bzw. versucht wird, auf einfache Weise durch Verlustmeldung zu einer Karte zu kommen, auf der kein Hinweis auf die frühere Betriebskrankenkasse mehr aufscheint (auf der EKVK kann auch eine BKK eingetragen sein, § 3 Abs. 1 MKO 2011³).

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

Die Summe der jährlich als gestohlen gemeldeten Karten ist in der Größenordnung gleichbleibend. Insgesamt wurden bis Dezember 2011 18.087.191 Karten produziert und versendet. Davon wurden 314.980 Karten⁴ als gestohlen erklärt, somit 1,74 % in den ungefähr sieben Jahren vom Beginn des flächendeckenden Roll-outs 2005 bis Ende 2011.

2. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards im Jahr 2011 bis 31. Dezember 2011 als verlustig (verloren) gemeldet wurden (Aufschlüsselung auf Krankenkassen)?

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

Träger	Sperrgrund „verloren“
WGKK	37.031
NÖGKK	18.651
BGKK	3.033

³ Ursprünglich gleichlautend: Musterkrankenordnung 2004 in der Fassung ihrer ersten Änderung (enthaltend die e-card-Bestimmungen), www.avsv.at Nr. 49/2005.

⁴ 268.260 Karten, siehe 7393/AB XXIV. GP, Seite 3, plus die für 2011 genannten 46.720 Karten. Unterschiedliche Werte können sich ergeben, wenn man die KFAs nicht zu den Sozialversicherungsträgern rechnet oder unterschiedliche Erfassungstage (Einlangen bei SV-Träger, Call-Center, Auftragsversand nach Stornierungen etc.) verwendet. Die Größenordnung ergibt jedoch stets das gleiche Bild.

- 4 -

Träger	Sperrgrund „verloren“
OÖGKK	20.378
StGKK	17.494
KGKK	8.564
SGKK	8.351
TGKK	10.145
VGKK	7.347
BKK Tabak	50
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	299
BKK Semperit	71
BKK Mondi	30
BKK voestalpine Bahnsysteme	197
BKK Zeltweg	57
BKK Kindberg	14
BKK Kapfenberg	185
VA für Eisenbahnen und Bergbau	3.114
VA öffentlich Bediensteter	9.306
SVA der gewerblichen Wirtschaft	10.649
SVA der Bauern	4.836
Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien	1.562
KFA Graz	146
KFA Villach	5
KFA Salzburg	33
KFA tir. Gemeindebedienstete	9
KFA tir. Landesbedienstete	30
KFA tir. Landeslehrer	102
Summe:	161.689

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.

Die Summe der jährlich als gestohlen gemeldeten Karten ist in der Größenordnung gleichbleibend. Insgesamt wurden bis Dezember 2011 18.087.191 Karten produziert und versendet. Davon wurden 855.946 Karten⁵ als verloren erklärt, somit 4,73 % in den ungefähr sieben Jahren vom Beginn des flächendeckenden Roll-outs 2005 bis Ende 2011.

⁵ 694.257 Karten, siehe 7393/AB XXIV. GP, Seite 4, und die für 2011 genannten 161.689 Karten.

- 5 -

**3. Welche Verfahrensschritte wurden durch die Krankenkassen eingeleitet, wenn ein Karteninhaber seine e-card verloren hatte?
Halten Sie Ihre Antwort in der AB 7393/XXIV.GP weiterhin aufrecht?**

Die bisherige Antwort bleibt im Wesentlichen 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 § 456 Abs. 2 iVm § 455 Abs. 2 ASVG verbindlichen) Bestimmungen des § 8 der Musterkrankenordnung – MKO 2011 in der Fassung avsv 106/2011.

Diese Texte (Musterkrankenordnung und Krankenordnungen der Versicherungsträger) sind vollständig und kostenlos in ihrer authentischen Kundmachung im Internet unter www.avsv.at zugänglich.⁶ 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 für die hier in Rede stehenden Passagen im Wesentlichen übernimmt) zu beachten. Für die Krankenfürsorgeanstalten gelten ähnliche Regeln, allerdings gilt für diese Institutionen die Musterkrankenordnung des Hauptverbandes nicht, sodass sich im Detail größere Abweichungen ergeben können.

Langt eine Meldung ein, dann wird der zuständige Versicherungsträger (bzw. als dessen Ansprechstelle das e-card-Servicecenter/Callcenter) verständigt und die

⁶ Es existieren dafür keine Kundmachungen auf Papier (in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“) mehr, die Rechtsbereinigung dieser Vorschriften ist abgeschlossen. Frühere Vorschriften sind aufgehoben.

- 6 -

Neuausstellung in die Wege geleitet.

Das e-card-System wurde dahin präzisiert, dass es über eine einschlägige Situation informiert und auf eine Identitätsprüfung hinweist, siehe Frage 14.

**4. Erfolgte 2011 jeweils sofort eine Verlustmeldung durch den Karteninhaber?
Wenn nein, mit welchen Konsequenzen war dies für diese verbunden?
Halten Sie Ihre Antwort in der AB 7393/XXIV.GP weiterhin aufrecht?**

Die bisherige Antwort bleibt im Wesentlichen 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 Brieftaschen 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 und ist auch nicht kontrollierbar.

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 wurden 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 als verloren melden, weil das die 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 wurde daher auch untersucht, ob mit verlorengemeldeten Karten kurz vor

- 7 -

der Verlustmeldung auffällige Verwendungsänderungen⁷ vorgenommen wurden: Auch solche Veränderungen konnten 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 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 über den Inhalt einer Krankenordnung.
- 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 allerdings 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).

Bei Fallkonstellationen, deren Auswirkungen über die Krankenordnung beggnet werden kann, sind einschlägige Maßnahmen getroffen: So ist durch § 5b Abs. 3 MKO 2011 die Zahl der Vertretungsfälle eingeschränkt, um zu vermeiden, dass mit der Behauptung, der ursprüngliche Behandler sei nicht erreichbar, unrechtmäßig viele Ärzte als angebliche Vertreter⁸ aufgesucht werden könnten. Einschlägige Fälle hat es, vereinzelt aber doch, gegeben. Für den Fall, dass sich solche Situationen häufen sollten, wird zu überlegen sein, in die Rechtsgrundlage der Musterkrankenordnung (daher: durch den Bundesgesetzgeber) konkretere Ermächtigungen für Bestimmungen über Missbrauchsverhinderungen aufzunehmen.

⁷ Dazu gehört für sich allein noch nicht, dass eine verloren gemeldete Karte eines z. B. Wiener Versicherten kurz vorher einmalig in Tirol oder einem anderen 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.).

⁸ Es ist in der täglichen Praxis eines Ordinationsbetriebes nicht leicht möglich, stets zu verifizieren, ob die Behauptung richtig ist, ein anderer Arzt sei für einen seiner Patienten „nicht erreichbar“ gewesen.

Für die Krankenkassen besteht auch die Möglichkeit, bei der vierten Neuausstellung in fünf Jahren das Service-Entgelt nochmals einzuheben (vgl. § 8 Abs. 4 der Musterkrankenordnung). Davon wurde auch bereits Gebrauch gemacht.

**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 7393/XXIV.GP weiterhin aufrecht?**

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

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

- Zunächst auf den ersten Blick durch die Kartenfolgenummer, das ist die Zahl in der Zeile unter dem „Chip“ (sichtbar sind nur die *Kontaktflächen* zur Verwendung des Chips, der eigentliche Chip ist wesentlich kleiner): üblicherweise 001, eine zweite Karte hätte dort 002 stehen usw.
- Die Kartennummer der EKVK auf der Rückseite ist ebenfalls eine andere, es kann sich auch das Ablaufdatum der EKVK ändern, wenn bei der Neuausstellung dieser Karte andere Voraussetzungen galten (siehe dazu § 7 ff. MKO 2011 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).

6. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards bis 31. Dezember 2011 als defekt erklärt wurden bzw. tatsächlich defekt waren (Aufschlüsselung auf Krankenkassen)?

Ja. Die Aufschlüsselung auf Krankenkassen bzw. am e-card System teilnehmende Krankenfürsorgeanstalten lautet (wobei davon ausgegangen wird, dass sich diese Frage wie die Fragen 1 und 2 auf das *Jahr* 2011 und nicht auf den gesamten Projektzeitraum bezieht):

Träger	Sperrgrund „defekt“
WGKK	16.227
NÖGKK	12.485
BGKK	2.561
OÖGKK	14.240
StGKK	10.097
KGKK	5.846
SGKK	4.243
TGKK	6.688
VGKK	3.527
BKK Tabak	28

- 9 -

Träger	Sperrgrund „defekt“
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	188
BKK Semperit	54
BKK Mondi	31
BKK voestalpine Bahnsysteme	134
BKK Zeltweg	45
BKK Kindberg	22
BKK Kapfenberg	136
VA für Eisenbahnen und Bergbau	2.775
VA öffentlich Bediensteter	5.772
SVA der gewerblichen Wirtschaft	6.009
SVA der Bauern	3.512
Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien	1.113
KFA Graz	83
KFA Villach	16
KFA Salzburg	32
KFA tir. Gemeindebedienstete	3
KFA tir. Landesbedienstete	22
KFA tir. Landeslehrer	69
Summe	95.958

Insgesamt wurden bis Dezember 2011 18.087.191 Karten produziert und versendet. Davon wurden 775.593 Karten⁹ als defekt erklärt, somit 4,28 % in den ungefähr sieben Jahren vom Beginn des flächendeckenden Roll-outs 2005 bis Ende 2011.

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.

⁹ 679.635 Karten, siehe 7393/AB XXIV. GP, Seite 9, plus die für 2011 genannten 95.958 Karten.

- 10 -

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 7393/XXIV.GP weiterhin aufrecht?

Die Stellungnahme bleibt 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. Die alten Karten werden möglichst eingezogen und technisch geprüft, damit – sollte sich ein Defekt häufen – gegenüber dem Kartenhersteller Schritte gesetzt werden können. Dadurch werden auch EKVks, die sich auf den Kartenrückseiten befinden, aus dem Verkehr gezogen und deren Missbrauchsrisiko vermieden.

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

8. Wie viele e-cards mussten wegen Diebstahl, Verlust oder Defekt 2011 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 2011 304.367 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.

- 11 -

Karte gestohlen 2011	46.720
Karte verloren 2011	161.689
Karte defekt 2011	95.958
Summe	304.367

Diese Zahl bedeutet für die Fallgruppe „verloren, gestohlen, defekt“ Ausstellungskosten samt begleitender Aufwände von 1.126.158 € im Jahr 2011. Darin zeigt sich auch die Reduktion der Kartenkosten. Die Kosten pro e-card betragen 1,96 € inkl. Personalisierung, Begleitbrieferstellung (Lettershop) und Versandkosten, ohne Optionen und Einmalkosten.¹⁰

Zu dieser Zahl ist in Relation zu setzen, dass allein im Jahr 2011 vom Chipkartensystem her nicht beeinflussbar schon 849.777 Karten (zu Kosten von 1.665.563 €), nämlich

- 94.235 Karten wegen Änderungen bei Personendaten (Namensänderungen Ehe, Scheidung, Adoption usw.),
- 230.277 Karten als Erstausrüstung nach Geburten, erstmaliger Versicherung in Österreich, Zuzug aus dem Ausland, Teilnahme eines weiteren Rechtsträgers u. ä.,
- 507.213 Karten wegen Veränderungen der EKVK-Zeiträume auf der Kartenrückseite - § 7a Abs. 1 MKO 2011 - betrafen und
- 18.052 Karten aus sonstigen Gründen wie Sperre/Kompromittierung eines auf der Karte vorhandenen Bürgerkartenzertifikates usw.

neu auszustellen waren.¹¹ 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 stellen zu können. Dazu kommen noch Kartenneuausstellungen aus anderen Gründen (Verlust auf dem Versandweg, Nichtzustellbarkeit¹² usw.).

Die ursprünglich im Gesetzgebungsverfahren erwartete Austauschquote von 20 %¹³ wurde weit unterschritten. Bis Ende Dezember 2011 wurden 9.380.813 Karten als Grundausrüstung und 8.706.378 Karten als Nachversorgung, somit insge-

¹⁰ Siehe die Anfragebeantwortung 5322/AB vom 15. Juli 2010 zur Anfrage 205/J betreffend Ausstellung der neuen e-cards ab 2010 (1,95 € plus 1 Cent für die Braille-Option).

¹¹ 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.

¹² 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 bzw. – wenn nicht – Indizien für einen Betrugsversuch vorhanden sind.

¹³ 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 -

samt 18.087.191 Karten produziert und versendet. Eine ursprünglich erwähnte Austauschquote von 20 % hätte einen jährlichen Austausch von ca. 3,62 Mio. Karten und Austauschkosten von jährlich 21,7 Mio. € (für die Jahre 2005 bis 2009) bzw. 13,4 Mio. € (für die Jahre 2010 und 2011) aufgrund der geringeren Kartenkosten für die e-card der neuen Generation) bedeuten können.

Tatsächlich waren aus den Gründen „gestohlen, verloren, defekt“ seit Roll-out-Beginn 1.915.127 Karten neu auszustellen, somit praktisch in den sieben Jahren 2005 bis Ende 2011 zusammen 10,59 % des Gesamtstandes.¹⁴

Die Zahl der aktiven e-cards belief sich Ende Dezember 2011 auf 8.841.811 und somit (für praktisch sieben Jahre¹⁵) 48,88 % des insgesamt ausgegebenen Bestandes.

Die direkt zuordenbaren und variablen Kosten von ca. 6 € je Karte der alten Generation bzw. ca. 3,7 € je Karte der neuen Generation setzen sich aus den Kartenkosten¹⁶ samt Zustellung, den wahrgenommenen Optionen (einschl. zusätzlicher Produktionsschritt für die Braille-Kennzeichnung) 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. Ist Ihnen bekannt, ob andere Personen als die Karteninhaber im Jahr 2011 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?

Seit Beginn des Probetriebes wurden mit Stand Dezember 2011 719.596.892 Konsultationen per e-card verzeichnet, monatlich gibt es 2011 rund 9,3 bis 12,6 Millionen Konsultationen. Im Dezember 2011 waren es 9.854.513. Die hier genannten kumulierten Konsultationszahlen beruhen auf einer Auswertung aus technischer Sicht, dh es wird dort jede Konsultation gezählt, die ein Arzt „technisch“ er-

¹⁴ Ähnliche Größenordnungen ergeben sich, wenn man die 2011 aktiven Karten (8.841.811) mit der ursprünglichen Quote von 20 % vergliche: Das ergäbe allein für dieses Jahr 1,77 Mio. Karten und 6,55 Mio. € Kosten.

¹⁵ 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.

¹⁶ Siehe dazu die Angaben in der Anfragebeantwortung 152/AB XXIV. GP.

- 13 -

zeugt hat, auch wenn diese später wieder von ihm storniert wurde (vielleicht eben deswegen, weil sich ein Missbrauchshinweis ergab). Diese Zahlen differieren daher gegenüber der offiziellen Leistungs-Statistik, in der die Konsultationen um diese Stornos bereinigt sind.

Dem ist die Zahl *aller* Sachverhaltskonstellationen gegenüberzustellen, aus denen *möglicherweise* Hinweise auf Missbrauch (*mit und ohne e-card*) ableitbar wären (laut Presseaussendung¹⁷ in Wien in zwei Jahren 325 Fälle,¹⁸ daher bei (24 x mindestens mtl. 9,3 Mio. Fälle =) 223,2 Mio. Fällen rund 0,0015 Prozent und für bundesweit über zwei Jahre noch immer in sehr kleiner Größenordnung, sowie kein Fall durch gestohlene oder verlorene e-cards, die aufgrund der Kartensperre dafür auch nicht mehr verwendbar wären. Siehe dazu auch die Ausführungen zu Frage 10.

Nicht jeder auffallende Fall, der Kontrollmaßnahmen nach sich zieht, ist bereits ein Missbrauchsfall.

Nicht jeder Missbrauchsfall ist weiters ein „e-card-Missbrauchsfall“. Zwischen e-card-Missbrauch und sonstigem Leistungsmissbrauch (Krankenstandsmissbrauch bzw. Versuche, Rezeptgebührenbefreiungen oder Leistungen ungerechtfertigt zu erhalten) ist zu unterscheiden.

Ebensowenig wie vor 2005 im Krankenscheinsystem beim Krankenschein ist es daher sachgerecht, für allfällige Missbräuche allgemein das e-card-System verantwortlich zu machen, von „e-card-Missbrauch“ (oder früher „Krankenscheinmissbrauch“) zu sprechen. Im Regelfall handelt es sich um Straftaten wie Versicherungsbetrug, Sozialbetrug etc. (vgl. die §§ 144 ff. StGB), der *mit oder ohne e-card oder Krankenschein vor sich geht und zu verfolgen ist*. Eine Straftat, die unter Verwendung des Pkw einer bestimmten Automarke begangen wird, wird auch nicht als „Missbrauchsfall der Automarke xy“ kolportiert.

Die Einführung des e-card-Systems hat allein durch seine technische Gestaltung (praktische Unfälschbarkeit der Karten durch elektronische Signaturen) und die on-line-Anspruchsprüfung die Ansatzpunkte für Missbräuche, wie sie früher bei den

¹⁷ APA0184 5 II 0155 CI vom 15. Februar 2011.

¹⁸ Der Schwerpunkt lag hier von *den Fallzahlen aus betrachtet* auf der inadäquaten Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen durch Berechtigte (Versicherte, Anspruchsberechtigte Angehörige) z. B. durch Medikamentenmissbrauch in Verbin-

Fußnotenfortsetzung nächste Seite

einfach kopierbaren Krankenscheinen vorhanden waren, deutlich verringert.

Selbstverständlich muss die Frage jedoch allgemein mit Ja beantwortet werden, wobei dies jedoch nicht im Zusammenhang mit verlorenen oder gestohlen gemeldeten e-cards, die systemweit gesperrt werden, steht. Bei jedem großen System gibt es auch Fälle, in denen Missbrauch versucht wird (wobei allerdings die nähere Erforschung des Sachverhaltes auch zeigen kann, dass trotz Verwendung einer anderen e-card ohnedies Versicherungsschutz bestanden hätte, so z. B. aus einer bestehenden Versicherung, aus Schutzfristen nach § 122 ASVG oder Ausleistungsverpflichtungen nach § 134 Abs. 2 ASVG – in solchen Fällen ist kein Schaden nachzuweisen, weil der Patient mit seiner eigenen e-card genauso behandelt worden wäre). Die e-card hat jedoch Täuschungsmöglichkeiten eingeschränkt – Missbrauch war beim Krankenschein leichter möglich und häufiger:

Wenn man einen Krankenschein „verloren“ (oder 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 dem Fall vorgehen sollen. Die Ordinationen wurden gebeten, die Identität durch Lichtbildausweis zu kontrollieren, was auch gesamtvertraglich so vorgesehen ist (§ 15 Mustergesamtvertrag: „beim Nachweis der Anspruchsberechtigung

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

dung mit „Doctor-Hopping“ und von der Schadenssumme aus betrachtet (82 % der vermuteten Schadenssumme von 1,2 Mio. € = 984.000 €) bei Fällen, die durch Vertragspartner verursacht wurden.

- 15 -

soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Patienten geprüft werden“), andererseits ist der Patient in diesen Zweifelsfällen auch verpflichtet, die Identität in der Ordination nachzuweisen, widrigenfalls er als Privatpatient behandelt werden kann. In der Musterkrankenordnung ist eine ausdrückliche Verpflichtung enthalten. § 5 Abs. 11 MKO 2011 lautet:

„(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/-Zeuginnen 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.“

Entsprechend dem Regierungsprogramm 2008-2013¹⁹ wurde im 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 147/2009 vorgesehen, dass die Vertragspartner bei Inanspruchnahme der e-card für eine Anwendungskontrolle vor Ort zu sorgen haben. Für die Spitäler ist dies in § 148 Z 6 und § 149 Abs. 2 normiert, für die Ärzte und Ärztinnen in § 342 Abs. 1 Z 3 ASVG. Beide Bestimmungen sind durch Ausführungsgesetze der Länder bzw. durch Gesamtverträge umzusetzen. Soweit dies die Krankenversicherungsträger betrifft, sind die einschlägigen Maßnahmen vorhanden.

Eine allgemeine, gesetzliche Verpflichtung für Ärzte, Spitäler und andere Gesundheitsberufe, die Identität ihrer Patienten sicherzustellen, besteht nach wie vor nicht. Ebenso ist die Verpflichtung, allfällige Fotos (Lichtbildausweise usw.) zu kontrollieren, nicht gegeben.

Die Zahl der bekannt gewordenen *Missbrauchsfälle der e-card* ist nach wie vor im Vergleich zur Verwendungshäufigkeit der e-card 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.

¹⁹ <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=32965>, Seite 195.

Dennoch wird versucht, über einschlägige Untersuchungen möglichen Missbrauchsmustern auf die Spur zu kommen und Gegenmaßnahmen zu treffen.

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 früher der „Auslandskrankenschein“ - dem ausländischen Behandler bestimmte Ansprüche bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt. 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 (oder missbräuchlich gesondert weitergegeben) 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.

Die Krankenversicherungsträger gehen einschlägigen Verdachtsmomenten nach. Der Schwerpunkt einschlägiger Kontrollen liegt allerdings nicht in der Verfolgung von Kleinbeträgen, sondern bei der Prävention. Rückforderungen erfolgen wie allgemein üblich über die einschlägigen Abläufe (Ersatzleistungsstelle, Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen).

In diesem Sinn werden Fälle, in denen e-cards überdurchschnittlich oft ver-

- 17 -

wendet 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.

Allgemein ist dazu zu sagen, dass die Krankenkassen großen Wert auf Missbrauchsbekämpfung legen, in der WGKK wurde hierfür auch eine eigene Organisationseinheit „Missbrauch – Entdecken – Prävention“ (MEP) eingerichtet,²⁰ in der die eingangs geschilderten Situationen bekannt wurden.

Dass nur wenige Fälle bekannt werden, ist auch auf die verstärkte Information der Vertragspartner und die Ausweispflicht zurückzuführen. In Fällen in denen häufig e-cards als verlustig oder gestohlen gemeldet werden, kann eine Kennzeichnung der Datengrundlagen der ausgestellten Karte erfolgen, wonach in der Arztordination beim Stecken der e-card zur Prüfung der Identität aufgefordert wird. Sollten andere Verdachtsfälle vorliegen, kann ebenfalls eine Kennzeichnung erfolgen.

Funktionsfähige Fälschungen von e-cards sind wegen der Chipkartentechnologie und der damit verbundenen eindeutigen elektronischen Kennzeichnung jeder einzelnen Karte nicht bekannt geworden.

Abgesehen davon bietet die on-line-Anspruchsprüfung eine Hürde, durch welche es bei Betrugsversuchen oft nur beim Versuch bleibt, weil die verwendete e-card längst als gesperrt verzeichnet ist und das bei der Verwendung sofort ans Licht kommt. So gab es mehrere Fälle, bei denen eine fremde Person Leistungen mit einer verloren bzw. gestohlen gemeldeten e-card in Anspruch nehmen wollte. Finanzieller Schaden ist dadurch keiner entstanden, weil die e-card bereits gesperrt und daher unbrauchbar war.

Der WGKK liegt ein Fall mit einem uneinbringlichen Schaden von € 48,20 vor.

Der NÖGKK wurden auf Grund polizeilicher Erhebungen zwei Verdachtsfälle betreffend e-card-Missbrauch bekannt. In einem Fall wurde vom Betroffenen der Verlust seiner Karte bei der Polizei gemeldet, wobei er die Vermutung geäußert hat, dass möglicherweise eine Verwandte die Karte in der Zwischenzeit benutzt hat. Ein

²⁰ Siehe den Artikel in der Tageszeitung „Kurier“ vom 15. Februar 2011, Seite 17.

allfälliger Schaden konnte bis dato noch nicht beziffert werden. In einem weiteren Fall wurde durch eine anonyme Anzeige bei der Polizei unter anderem der Vorwurf geäußert, dass ein Versicherter zumindest einmal die e-card seinem Bruder, der in Österreich angeblich nicht gemeldet ist, geborgt hat, um Leistungen zu erhalten. Da die Erhebungen der Polizei noch laufen, kann derzeit ein allfälliger Schaden nicht beziffert werden.

Die STGKK nennt zwei Fälle, wobei beide Karten als gestohlen gemeldet wurden. In einem Fall entstand kein Schaden, weil die Karte nicht genutzt wurde. Der zweite Fall führte zu einem Schaden von 833,33 €. Dieser Fall befindet sich in Bearbeitung beim zuständigen Strafgericht.

10. Ist Ihnen bekannt, ob es im Jahr 2011 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?

Auch hier gilt die Einleitung zu Frage 9.

Dass jeder Missbrauchsfall einer zuviel ist, ist klar. Aber nicht jeder auffällige Fall – der eine Kontrollmaßnahme nach sich zieht! – ist bereits ein Missbrauchsfall. Und nicht jeder Missbrauchsfall hat mit Verwendung der e-card und ihren Funktionen zu tun.

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 2011).

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

- 19 -

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 die Größenordnung der weiter unten erwähnten Beträge.

Bei der WGKK wurden sieben Missbrauchsfälle entdeckt. Es ist ein Schaden in der Höhe von 2.120,91 € entstanden, wovon 717,05 € eingebracht werden konnten.

Bei der OÖGKK liegt ein Missbrauchsfall vor. Dieser Fall wurde zur Anzeige gebracht. Das Verfahren ist derzeit noch im Laufen, sodass eine Schadenshöhe noch nicht bekannt ist. Eine Rückforderung wird erfolgen.

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

Vermutete (versuchte) Missbrauchsfälle werden in der Regel durch telefonische Anfragen der Ordinationen und Spitalsambulanzen bzw. durch die Aufmerksamkeit von MitarbeiterInnen und die Nutzung von Auswertungen der Arztbesuche usw. 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“ 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/Handysignatur, www.sozialversicherung.at, Grunddaten zur Krankenversicherung) festgestellt werden.

Einige Fälle werden durch Ermittlungen der Polizei nach Diebstählen, Einbrüchen 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.

Auf die Anfragebeantwortung 9837/AB zur parlamentarischen Anfrage Nr. 10046/J betreffend Verrechnungsfehler bei der NÖGKK wird hingewiesen.

Missbrauchsverdachtsfälle werden auch durch Anfragen von Polizeidienststellen, Mitteilungen von Vertragsärzten und anonyme Mitteilungen bekannt. Die Anfragen der Polizeidienststellen befassten sich mit konkreten Verdächtigen, so dass in diesen Fällen die Feststellung eines etwaigen Schadens möglich war. In diesen Fällen erfolgt die Bekanntgabe des möglichen Schadens an die Polizeidienststellen bzw. die Geltendmachung in einem allfälligen Strafverfahren. Es werden bei Bedarf auch die Revisionsabteilungen mit der Prüfung des Sachverhaltes betraut.

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

- 21 -

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

Auch Vertragspartner und Sicherheitsbehörden halten Kontakt mit den Krankenkassen, wenn auffällt, dass eventuell Missbrauchsfälle vorliegen. Weiters werden solche Fälle auf Grund

- einer Verlustmeldung der e-card durch den Versicherten und daran anschließender Nachforschungen,
- einer anonymen Anzeige,
- eines Hinweises der Kriminalpolizei bzw. von Versicherten (wenn jemand anderer statt diesen die Karte als verloren gemeldet hat und die Ersatzkarte an eine neue Adresse zugestellt werden sollte) und
- einer Information eines Arztes (Patient gab an, nicht der rechtmäßige Karteninhaber gewesen zu sein)

bekannt.

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

Ein „weiterhin zurückgehen“ würde ein neuerliches Sinken der Missbrauchsfälle voraussetzen, die bisherigen Erfahrungen belegen nur das Nichtvorhandensein auffälliger Entwicklungen oder Steigerungen. Das Eindämmen von Missbräuchen ist auch auf die Verwendungsregeln der e-card und deren schwere (bzw. wegen der Signaturtechnik praktisch weitestgehend unmögliche) Fälschbarkeit 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. 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.

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) zumindest im Nachhinein die

- 22 -

Möglichkeit hat, 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 viel rascher und präziser auffallen und nachverfolgbar sind als im Krankenscheinsystem.

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 detailliert gestalteten Benützungseinschränkungen für mehrfache Arztbesuche schon grundsätzlich nicht geeignet.

Es liegen auch nach mehrjähriger Verwendung keine Hinweise auf systemweite umfangreiche Missbräuche vor. Es ist freilich anzunehmen, dass es sich bei bekannt werdenden Missbrauchsfällen nur um die „Spitze eines Eisberges“ handelt. Ob die Missbrauchsfälle insgesamt weiter zurück gegangen sind, lässt sich anhand dieser bekannt gewordenen Einzelfälle für sich allein nicht beurteilen. Signifikante Änderungen bei den Missbrauchsfällen waren gegenüber früheren Jahren jedenfalls nicht feststellbar.

13. Sind durch die Verwendung des e-card-Systems im Jahr 2011 signifikante Änderungen bei Missbrauchsfällen (z.B. Vorgangsweisen) eingetreten? Wenn ja, welche?

Nein. Siehe vorige Frage.

14. Welche Gegenmaßnahmen wurden seitens Ihres Bundesministeriums und des Hauptverbandes bislang gegen den bekannt gewordenen e-card Missbrauch gesetzt? Welche sind für 2011 geplant?

Soweit sich diese Frage an den Minister richtet, bitten wir diesbezüglich um direkte Stellungnahme. Aus der Sicht der Sozialversicherung darf zu dieser Frage Folgendes ausgeführt werden:

Die Antwort vom letzten Jahr bleibt weiterhin aufrecht (siehe unten), derzeit sind keine zusätzlichen Maßnahmen geplant. Im Zuge eines Erfahrungsaustauschs mit Vertretern der Krankenversicherungsträger Ende 2011 gab es weitere Maßnahmenvorschläge, deren Machbarkeit derzeit geprüft wird.

- 23 -

Im Folgenden sind noch einmal die bereits in der Vergangenheit vorgenommenen Maßnahmen dargestellt:

Im Rahmen des Projektes „Erhebung und Analyse von Auffälligkeiten im e-card System“ wurde 2009 eine umfangreiche Analyse der e-card-Daten durchgeführt. Als Folge wurde zusammen mit Vertretern der Krankenversicherungsträger ein Maßnahmenkatalog erarbeitet. Dieser sah eine Reihe von Maßnahmen zur Prävention von Missbrauch vor und wurde im Folgeprojekt 2010 umgesetzt.

Dabei handelt es sich um folgende konkrete Maßnahmen:

Identitätsprüfung

Bei Buchung einer Erstkonsultation kann der Vertragspartner aufgefordert werden, die Identität des Patienten auf Übereinstimmung mit der vorgelegten e-card zu überprüfen.

2010 kam es zu einer technischen Erweiterung im e-card-System. Den Krankenversicherungsträgern wurde es ermöglicht, selbst konkrete Sozialversicherungsnummern ins System zu melden und zugleich zwischen drei unterschiedlichen Texthinweisen zu wählen. Davon wurde in weiterer Folge auch Gebrauch gemacht. Kommt es nun zur Buchung einer Erstkonsultation zu einer derartig vorgemerkten Sozialversicherungsnummer, wird der Vertragspartner zur Identitätsprüfung aufgefordert. Dem Vertragspartner wird dabei angezeigt, welcher Krankenversicherungsträger die Sozialversicherungsnummer gemeldet hat. Die Ansprechpartner der Träger wurden mit Namen und Telefonnummer in die Onlinehilfe und in den Vertragspartner-Benutzerhandbüchern aufgenommen, um so den Vertragspartnern eine direkte Kontaktaufnahme bei Rückmeldungen oder Unklarheiten zu erleichtern.

Zur Sozialversicherungsnummer ist es den Krankenversicherungsträgern möglich, einen adäquaten Informationstext sowie die Dauer der Vormerkung und Anzeige im e-card-System festzulegen.

Neben der Identitätsprüfung aufgrund der Vormerkung durch den Träger gibt es nun auch einen Identitätsprüfungshinweis aufgrund einer Kartensperre. Wird eine Karte als verloren oder gestohlen gemeldet, wird diese Nummer automatisch für die Dauer von vier Wochen für die Identitätsprüfung vorgemerkt. Wird

- 24 -

innerhalb dieser vier Wochen eine Konsultation ohne e-card gebucht, wird der Vertragspartner aufgefordert die Identität des Patienten zu überprüfen.

In allen Fällen wird der Vertragspartner auch gebeten, ob die Identitätsprüfung erfolgreich stattgefunden hat. Eine generelle Verpflichtung dazu besteht jedoch nicht.

Limitierung der Vertretungsfälle

Es wurde weiters eine Limitierung der Inanspruchnahme von Vertretungsfällen analog der allgemeinen Facharztbeschränkung oder jener beim Behandlungsfall „Urlaub“ im e-card-System umgesetzt. Diese Limitierung wurde bereits von einigen Krankenversicherungsträgern auf drei Vertretungsfälle festgesetzt und verhindert, dass mit dem Hinweis, der ursprüngliche Behandler sei auf Urlaub, unbeschränkt andere Ärzte in Anspruch genommen werden können.

Über das Limit hinausgehende Vertretungsfälle können ähnlich den zusätzlichen Erstkonsultationen durch die Krankenversicherungsträger bewilligt und online im e-card-System gespeichert werden.

Eine Analyse der Entwicklung der Häufigkeit der weiterhin unbegrenzt buchbaren Vertretungsfälle „Erste Hilfe“ und „Vertretung Bereitschaft“ zeigte nach Einführung der Limitierung keine signifikante Steigerung dieser beiden Vertretungsfälle.

Anzeigen des Kartensperrgrundes

Beim Stecken einer wegen Diebstahl oder Verlust gesperrten e-card wird nun auch eine Meldung ausgegeben: „Die e-card wird nicht akzeptiert (als gestohlen oder verloren gemeldet). Bitte informieren Sie den Inhaber und überprüfen Sie dessen Identität.“ und bei „sonstigem“ Kartensperrgrund wie bisher „Die e-card wird nicht akzeptiert (gesperrt, abgelaufen,...)“. Diese Maßnahme soll dazu beitragen, Missbrauch durch Vorzeigen gestohlener oder weitergegebener, gesperrter Karten vorzubeugen und somit auch präventiv zu wirken.

Ob bei Arztbesuchen die Identität von Patienten zu prüfen ist, ist keine gesetzliche Verpflichtung, sondern nach § 342 Abs. 1 Z 3 ASVG mittels Gesamtvertrag zu vereinbaren. Soweit dazu das Einverständnis der Landesvertretungen hergestellt werden kann, geschieht dies auch.

- 25 -

Die Versicherungsträger und der Hauptverband beobachten Sachverhalte im Einzelfall, es werden auch Kontrollen zur Erfassung von Auffälligkeiten erarbeitet. Wichtig dabei ist, dass die Persönlichkeitsrechte unbeteiligter Patienten und Behandler gewahrt bleiben.

Angesichts der gegebenen Situation wäre es nicht sinnvoll (und wohl auch datenschutzrechtlich nicht ohne Weiteres zulässig), eine flächendeckende Untersuchung aller Fälle abzuwickeln und mit hohem Aufwand Datenspeicherungen einzurichten, in denen „alles über alle“ gespeichert ist, nur damit in sehr wenigen von Millionen Fällen – vielleicht – ein Missbrauch mit einem Schaden von einigen –zig Euro aufgedeckt wird. Es werden aber die Erfahrungen genutzt, die bereits seit Jahrzehnten, schon aus dem Krankenscheinsystem, vorhanden sind. Dies wird auch 2012 fortgesetzt werden.

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 einer, wenn auch in der Praxis bedeutender, von mehreren Einsatzbereichen 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-GovG) zu verbinden. Damit konnte die Qualität der Personendaten schon vor der Ausstellung 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 unberechtigt von anderen Personen verwendet werden können.

Diese Problematik ist für alle Karten und Ausweise gleich, wobei auch Bankomat- und Kreditkarten keine Fotos tragen, obwohl mit diesen Karten wesentlich höhere Geldbeträge in Umlauf gesetzt werden können als dies für Sozialversicherungshonorare für Arztbesuche usw. in der Regel der Fall ist.

Es geht dabei darum, die Missbrauchsschwelle so hoch zu legen, dass Betrügereien etc. erschwert, aber der ursprüngliche Verwendungszweck der Karte nicht

- 27 -

allzu sehr eingeschränkt wird. 100-prozentige Sicherheit kann wohl nirgends erreicht werden.

Ob man in Zukunft ein Foto 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 Fotos 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 sein.

Fotos auf e-cards sind nur dann sinnvoll, wenn sie auch kontrolliert werden und wenn Unklarheiten auch Sanktionen auslösen können.²¹ Hier liegt ein wesentlicher Punkt des Themas: Es ist zwar möglich, jemandem, wenn ein Foto nicht „passt“, den Führerschein, Reisepass usw. (durch einen Polizisten etc.) abzunehmen und damit das Autolenken oder den Grenzübertritt zu verweigern. Wegen Unklarheiten bei einem Foto aber eine dringende medizinische Behandlung zu verweigern (noch dazu durch einen Arzt, weil diese Fälle würden sich größtenteils in Ordinationen und Spitalsambulanzen abspielen), ist ein wesentlich schwerwiegenderer Eingriff. Von Ärzten sollten keine Vorgangsweisen verlangt werden, die üblicherweise von Polizisten erfolgen. Abgesehen davon wäre – sollten die Missbrauchskontrollen es notwendig machen, was aber derzeit nicht der Fall ist – eine gesetzliche Grundlage notwendig. Die Krankenversicherungsträger sind rechtlich nicht befugt, solche Maßnahmen vorzusehen.

Sicherheit und Benutzerfreundlichkeit sind gegeneinander abzuwägen. Hohe Sicherheitsanforderungen beeinträchtigen die Verwendbarkeit eines Systems im täglichen Leben.

Wollte man die Missbrauchsschwelle noch 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 (Codenotierung 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, Sparbuchlosungsworten 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 Verdachtsfällen verfeinert, um noch genauer allfälligen Unstimmigkeiten nachgehen zu können.

Generell ist in diesem Zusammenhang eine verstärkte Zusammenarbeit mit Polizei und Verwaltungsbehörden zu verzeichnen; die hiefür geltenden Rechtsgrundlagen zur Herstellung eindeutiger Personenidentitäten nach dem E-Government-Gesetz (vgl. § 31 Abs. 4 Z 1 ASVG), der klaren Dokumentation durch das Adressregister usw. bilden hiefür gute Grundlagen. EDV-Projekte haben die hier bestehenden Möglichkeiten zu berücksichtigen (§ 4 Abs. 6 der EDV-Richtlinien, www.avsv.at Nr. 87/2006).

Leider war es auch 2011 nicht möglich, die vollständige rasche Erfassung exakter Personendaten zu erreichen, weil nach wie vor ein Teil der Standesämter keine vollständigen elektronischen Meldungen an die Sozialversicherung übermittelte. 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 vor-

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

²¹ Siehe dazu die Stellungnahme zum Thema „Foto“ zu Frage 5 auf Seiten 6-11 der Stellungnahmen des Hauptverbandes in der
Fußnotenfortsetzung nächste Seite

- 29 -

handene 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 herausgegeben²². Der Hauptverband hat wesentliche Vorleistungen kostenlos erbracht.²³ Würden die Meldungen der Standesämter rasch vollständig einlangen, wäre es innerhalb kürzester Zeit möglich, Versicherungsnummern zu vergeben und (insbesondere für versicherte Babys) e-cards auszustellen bzw. Missbräuche zu dämpfen (Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen durch Nichtversicherte, z. B. nach Scheidungen oder aufgrund von Behauptungen, der Name wäre nur zufällig auf der e-card „falsch geschrieben“, wenn die Karte nicht zu einem Ausweis passt) .

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 ersucht, sollte ein auffälliger Patient nochmals die Ordination aufsuchen, mit der Versicherung Kontakt aufzunehmen. Weisungen dahingehend können an die Vertragspartner nicht erteilt werden.

Weitere Gegenmaßnahmen für den Fall stark steigender Missbräuche können sein (solche Maßnahmen können, falls die Standesvertretungen der Gesundheitsberufe nicht zu vertretbaren [insbesondere finanziellen] Bedingungen zustimmen sollten, weitgehend nur in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ministerien bzw der Gesetzgebung 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, die derzeit Wochen oder Monate später erfolgen kann und womit eine rasche Nachprüfung sehr schwierig wird).
- Anspruchsprüfung mit der e-card auch bei anderen Gesundheitsdiensteanbietern, insbesondere Apothekern.

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

Anfragebeantwortung 4993/AB.

²² BMI-VA1300/0130-III/2/2007 vom 28. März 2007.

²³ 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

- 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 Signaturchips).
- Einführung der Anforderungen des seit 2004 geltenden Gesundheitstelematikgesetzes (gesicherte Datenübermittlungen) ohne weitere Verzögerung.
- Mediale Bewusstseinsbildung bezogen auf konkrete Missbrauchssituationen bei den Versicherten und Vertragspartnern – durch Broschüren und Poster über den Umgang mit der e-card.
- Verringerung/Abschaffung der noch bestehenden Medienbrüche bei der weiteren Betreuung von Patienten: statt Papierformularen somit elektronische Überweisung, Spitalseinweisung, Krankschreibung, Rezept usw., damit – wenn schon Täuschungshandlungen unerkannt gesetzt werden sollten – wenigstens die Folgekosten minimiert bzw. zusätzliche Kontroll- und Absicherungsmöglichkeiten eingerichtet werden.

Hinweis auf die Situation nach dem Strafrecht:

Der OGH hat bereits mehrfach²⁴ 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 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 des OGH daher kein unbares Zahlungsmittel iSv § 74 Abs. 1 Z 10 StGB, wohl aber wird sie strafrechtlich als Ausweis betrachtet bzw. geschützt, siehe unten.

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.

²⁴ so am 1. Juni 2006, Zl. 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.

- 31 -

Die e-card hat nach dem OGH Urkundencharakter und Ausweisfunktion²⁵ (§ 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 Strafraumen.

Es wird nach wie vor angeregt, aus generalpräventiven Gründen die bargeldersetzende Funktion der e-card im Strafrecht vorzusehen. Der Hauptverband hat das bereits seit Langem und mehrfach vorgeschlagen.²⁶

**15. Sind im Jahr 2011 Missbrauchsfälle auch im internationalen Bereich bekannt geworden (Europäische Krankenversicherungskarte)?
Was ergab die Beobachtung dieser Missbräuche?
Mussten Gegenmaßnahmen gesetzt werden?
Wenn ja, mit welchen Staaten?**

Die Antwort aus dem Vorjahr bleibt im Wesentlichen aufrecht.

Die Rechtslage zur Einschränkung von Missbrauchsfällen bei Verwendung der EKVK ist günstiger als für die e-card, weil bei der Inanspruchnahme von Leistungen mit der EKVK der Vertragspartner verpflichtet ist, die Identität auf Grundlage eines Ausweises zu prüfen und die einschlägigen Daten auch festzuhalten, siehe das in diesem Punkt vorhandene Formular (in Österreich: Anhang 3 zur Musterkrankenordnung, es ist auch die Angabe der Ausweisdaten verlangt).

Es sind (von den hierfür zuständigen Versicherungsträgern in den Mitgliedsstaaten der EU bzw. des EWR und der Schweiz) auch 2011 Hinweise auf missbräuchliche Verwendungen eingetroffen. Da sich die Fallzahl aufgrund einlangender/stornierter Rechnungen bzw. Aufklärungen täglich ändern kann, können die unten genannten, Angaben gemacht werden. Die hier dargestellten Situationen betreffen nicht nur Österreich, sondern den Gebrauch der EKVK europaweit: So wurde bekannt, dass auch in Österreich EKVKs aus anderen Staaten zurückgewiesen wurden.²⁷

²⁵ 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.

²⁶ Vgl. http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/ME/ME_00078_05/fname_000000.pdf

²⁷ EHIC report 2011 (Basis 2010): Verwaltungskommission für die Koordination der Systeme der Sozialen Sicherheit/Administrative Commission for the Coordination of social security Systems, EMPL/-/11 – EN AC 262/11REV

Nach den zur Verfügung stehenden Informationen wurden insgesamt etwa 380 Fälle des Missbrauchs der *österreichischen* EKVK festgestellt (knapp 300 für Fälle nichtbestehender Versicherung). Der daraus entstandene finanzielle Schaden beläuft sich nach den vorliegenden Unterlagen auf 115.293,06 €. Die häufigsten Missbrauchsfälle wurden im Verhältnis zur Bundesrepublik Deutschland festgestellt (insgesamt 239 Fälle, 78.309,07 €). Die Zahlenangaben sind auf die im Zuge der im Jahr 2011 getätigten zwischenstaatlichen Abrechnungen zurückzuführen.²⁸ Unstimmigkeiten können verschiedene Ursachen haben (und von verschiedenen Personen ausgelöst sein), den Sachverhalten wird nachgegangen. Im Falle einer missbräuchlichen Verwendung der EKVK werden die Kosten – soweit dies möglich ist – bei jenen Personen, die für den Missbrauch verantwortlich sind, regressiert.

Derzeit ist zu bemerken, dass im internationalen Bereich mit der e-card (genauer: mit deren Rückseite, der Europäischen Krankenversicherungskarte EKVK) nicht mehr Missbrauch betrieben wird als seinerzeit durch die händisch auszufüllenden, entsprechend (sehr) leicht fälschbaren internationalen Anspruchsformulare. Dies einfach deswegen, weil eine österreichische EKVK, wenn sie sich auf einer e-card befindet²⁹, schwierig zu fälschen ist.

Der WGKK sind 150 Fälle bekanntgeworden, in denen eine Leistungsanspruchnahme im EU-Raum mittels von der Kasse ausgestellter EKVK trotz nicht bestehendem Leistungsanspruch gegenüber einem österreichischen Träger erfolgt ist.

Bei der NÖGKK haben sich 26 Personen ohne aufrechte Versicherung in Österreich mit der EKVK im Ausland ausgewiesen. Es wurden 19 Fälle mit dem Vermerk „nicht zuordenbare Forderungen“ gemeldet. Bei den übrigen Fällen wurden Erhebungen eingeleitet. Es wurden in allen Fällen die Leistungsbezieher angeschrieben. In einem Fall wurden die Kosten vom Versicherten zurückgefordert. Die häufigsten Fälle wurden im Verhältnis zu Deutschland festgestellt.

²⁸ Das Sekretariat der Verwaltungskommission übermittelte auch für das Jahr 2011 einen Fragebogen betreffend das Monitoring der Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte (AC 006/12, vom 12. Jänner 2012), welcher vom Hauptverband an die österreichischen Krankenversicherungsträger zur Stellungnahme weitergeleitet wurde, die Stellungnahmefrist liegt jedoch nach dem Termin des für die vorliegende Anfragebeantwortung. Derzeit sind daher dazu noch keine detaillierten Angaben möglich.

²⁹ Es kann auch andere – seltene – Fälle geben, in denen eine EKVK eine eigene Karte bildet, so bei jenen Institutionen, die zwar nicht am e-card-System teilnehmen, wohl aber (europarechtlich) einem Sozialversicherungsträger gleichgestellt sind und damit auch EKVKs auszustellen haben (einige Krankenfürsorgeanstalten, Personenversicherungsunternehmen nach § 5 GSVG). Über Missbräuche solcher Karten wird der Sozialversicherung nichts bekannt, weil die ausstellenden Stellen keine Sozialversicherungsträger (österreichischen Rechts) sind.

- 33 -

Bei der OÖGKK wurden vier Fälle bekannt (Belgien und Tschechien jeweils ein Fall, Schweiz zwei Fälle), in denen eine Leistungsanspruchnahme mittels von der Kasse ausgestellter EKVK trotz nicht bestehendem Leistungsanspruch erfolgt ist. Entsprechende Erhebungen wurden eingeleitet.

Der STGKK wurden 13 Missbrauchsfälle der österreichischen EKVK (5 in Slowenien, 3 in Deutschland, jeweils 1 Fall in Schweden, Polen, Finnland, Italien und Portugal) bekannt. Die anfallenden Kosten werden vom Leistungsbezieher zurückgefordert. In einem Fall wurde nachträglich eine bestehende Krankenversicherung in Deutschland festgestellt. Die Abwicklung erfolgte in diesem Fall mit dem deutschen Krankenversicherungsträger.

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 Weiterleitungspflicht nach § 321 ASVG).

Abgesehen davon ist Folgendes zu bedenken: Durch den Beitritt zusätzlicher Länder zur EU erweitert sich auch der Anwendungsbereich jener Rechtsvorschriften, welche die Grundlage der EKVK bilden. EKVKs werden seit der letzten Erweiterung der EU auch in einer Reihe zusätzlicher Staaten ausgestellt, womit auch mit EKVKs aus diesen Staaten Versicherungsschutz dokumentiert werden kann. Es sinken damit gleichzeitig die Anreize, österreichische EKVKs zu fälschen oder sonst missbräuchlich zu verwenden, weil Versicherungsschutz im Ausland – vielleicht sogar aufgrund ohnedies bestehenden Versicherungsschutzes – leichter zugänglich wird.

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. Das Einrichten (Organisieren, Programmieren, europaweites Verständigen usw.) von „Missbrauchsverhinderungsmaßnahmen ins Blaue hinein“, die sich danach (weil ganz andere Betrugsansätze auftauchen) als Fehlschläge erweisen, wird dabei zu vermeiden sein.

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 österreichi-

- 34 -

schen Krankenkasse als zuständigem Träger mit dem heutigen System ebenso wenig geprüft werden, wie das bei Kreditkarten und anderen Karten der Fall ist. 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 und die Belege rechtens erstellt 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 eine elektronische Sperrliste im Internet sich in der Praxis bewähren wird, wird wesentlich davon abhängen, ob die in Betracht kommenden Leistungserbringer in allen Anwendungsstaaten verpflichtet werden können, über einen Internetzugang zu verfügen und diesen auch lückenlos anzuwenden oder ob in die ausländischen nationalen elektronischen Systeme (flächendeckend) entsprechende Prüfungen eingebaut werden. Derzeit sind dafür noch keine Ergebnisse zu verzeichnen.

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 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 2011, 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 rasch administrierbare Möglichkeit, eine dadurch betrügerisch erlangte Sachleistung festzustellen. Das ist aber auch bei anderen Kartensystemen so (wobei im

- 35 -

vorliegenden Zusammenhang zumindest die Karte schwer fälschbar ist, was gegenüber den alten Papierformularen einen deutlichen Fortschritt bedeutet).

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 wäre. 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 (bzw. seine Folgeprojekte), mit dem eine elektronische Überprüfung der EKVK wie im Inland der e-card möglich ist, weiter verfolgt werden muss, siehe <http://www.netcards-project.com/web/frontpage>, was auch geschieht: In Zukunft werden diese Arbeiten unter ENED (European Network for Electronic Data exchange in the health care sector) fortgesetzt werden.

Siehe auch die Seite über die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Datenbank der europäischen Krankenkassen (Code-List Database http://ec.europa.eu/employment_social/cld/displayMain.do?lang=de).

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 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).

Schadenssumme und Administrationseinsparungen

Die Schadenssumme beträgt jedenfalls nach wie vor nur einen Bruchteil jenes Aufwandes, der entstünde, wollte man die EKVKs von den e-cards lösen und getrennt organisieren (bestellen lassen, ausstellen und versenden müssen). 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.³⁰

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. Die Frage, ob die Kosten für die Kartenproduktion durch eine Trennung der e-card von der EKVK so gesenkt werden können, dass dennoch in Summe *für das Gesamtsystem* Einsparungen lukrierbar wären, wird aber durchaus im Auge behalten.

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 Karten³¹ 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.

16. In welchen EU-Mitgliedsstaaten gab es 2011 Probleme mit der Anerkennung der Europäischen Krankenversicherungskarte? Welche Konsequenzen wurden daraus gezogen?

³⁰ 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.

³¹ 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).

- 37 -

Die Antwort bleibt im Wesentlichen aufrecht.

Derartige Probleme sind vorhanden, sie existieren in allen Ländern Europas, deren Gesundheitsberufe/Spitäler einerseits noch auf die frühere Vorgangsweise eingeübt sind bzw. sich aus einer Weigerung höhere Privathonorare erwarten (wobei sich auch österreichische Vertragsärzte bereits geweigert haben, Urlauber nach diesen Regeln zu behandeln, bekannt bei deutschen Urlaubern in Tirol). Ausländische Leistungserbringer akzeptieren die EKVK mit verschiedenen Begründungen nicht, z. B. sie sei elektronisch nicht lesbar, die Karte ist überhaupt nicht bekannt oder es wird noch immer auf einem Formular 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 verpflichtet wäre, kommt leider vor und wird mit den jeweils zuständigen Stellen im Ausland³² behandelt, welche gegenüber ihren landesinternen Behandlungsstellen die notwendigen Schritte setzen können.

Die Zahl der einschlägigen Fälle, die den Versicherungsträgern bekannt werden, ist im Steigen begriffen: Ob das aber auf ein steigendes Bewusstsein (und damit häufigere Verwendung bei gleich bleibender oder gar sinkender Problemzahl) oder auf steigenden Widerstand von Gesundheitsdiensteanbietern im Ausland zurückzuführen ist, kann derzeit noch nicht gesagt werden. Hauptsächlich betroffen waren die Haupturlaubsländer Griechenland, Spanien, Italien, Deutschland und Frankreich, welche Gründe die Nichtverwendbarkeit haben kann, weiter unten behandelt. Es muss sich dabei nicht immer um Verweigerung durch einen Arzt, ein Spital handeln.

Bei der **NÖGKK** kommen die Beschwerden vor allem aus den südlich gelegenen EU-Mitgliedstaaten. Vereinzelt werden auch Fälle aus Deutschland gemeldet. Zahlreiche Leistungserbringer akzeptieren die EKVK mit der Begründung nicht, dass die Karte nicht elektronisch lesbar sei. Falls die Rechnungen vom Versicherten noch nicht bezahlt wurden, wird seitens der Kasse versucht, mit dem ausländischen Leistungserbringer die Kosten mittels provisorischer Ersatzbescheinigung im Rahmen

³² Welche Stellen (Versicherungsträger) es gibt, ist in der erwähnten Code-List-Database der einschlägigen Einrichtungen 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.

- 38 -

der europarechtlichen Vorschriften nachträglich zu verrechnen.

Bei der **OÖGKK** gibt es immer wieder Probleme bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Es gibt nach wie vor keine flächendeckende Funktion.

Grundsätzlich ist die Politik gefordert, entsprechende Maßnahmen zur Erhöhung der Akzeptanz der EKVK in den EU-Mitgliedsstaaten zu setzen.

Bei der **STGKK** gibt es laufend mündliche Beschwerden über alle Staaten, insbesondere auch über österreichische Vertragspartner, die die Annahme der EKVK verweigern (mindestens zweimal pro Monat). Die Patienten werden aufgeklärt, die Patientenerklärung wird ihnen ausgehändigt und sie werden gebeten, damit wieder den Arzt aufzusuchen. Im Jahr 2011 wurde ein Fall durch das BMG bekannt, wonach für die Abrechnung des Leistungsbezuges in Frankreich nicht die gültige EKVK einer bei der **STGKK** versicherten Leistungsbezieherin herangezogen, sondern eine Privatrechnung ausgestellt wurde.

Die Klärung erfolgt auch über SOLVIT Österreich. SOLVIT befasst sich mit Problemen, die aufgrund einer fehlerhaften Anwendung des EU-Rechts durch Behörden in den EU-Mitgliedstaaten entstehen.³³

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 elektronisch zu lesen versucht wird (was noch nicht funktionieren kann³⁴ und insb. in Deutschland vorkommt) und danach wegen Kartendefekts Barzahlung oder die Beschaffung eines ausländischen Krankenscheins verlangt wird.

³³ http://ec.europa.eu/solvit/site/index_de.htm

³⁴ Es wäre vielmehr ein wesentlicher Verlust an Sicherheit, wäre es möglich, den Versicherungsanspruch mit jedem beliebigen Chipkartenlesegerät feststellen zu können, weil die dafür notwendigen Standards sicherheitstechnisch (aus Kompatibilitätsgründen) viel niedriger anzusetzen (und damit die Fälschungs- und Missbrauchsgefahr viel höher) wären als beim österreichischen Datennetz.

- 39 -

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 (im Inland reicht bloßes e-card-Stecken ja normalerweise aus) überfordern können.³⁵ 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 200/2004.

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

- weil 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;

³⁵ 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 Honorarzahllungen in bar veranlasst werden kann, könnte dafür einen Anlass bieten.

- 40 -

- 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 der „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die EKVK“ (PEB) möglich ist;
- weil der mit einem nationalen Träger in Vertragsbeziehung stehende Leistungserbringer unzureichend informiert ist (zB in Deutschland die e-card in einen nach deutschen Regeln arbeitenden Chipkartenleser steckt, der für die Informationen/Signaturen in der e-card naturgemäß nicht vorbereitet sein kann) oder
- weil der ausländische Leistungserbringer Unkenntnis 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.

Bessere Patienteninformation wird angestrebt

Der Hauptverband hat in einer Aufzeichnung an die Verwaltungskommission (CA.SS.TM)³⁶ für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer³⁷ auf eines der

³⁶ ab Mai 2010 die Verwaltungskommission nach Art. 71 EG-KoordV ABl. L Nr. 883/2004 bzw. vorher nach Art. 80 der VO (EWG) Nr. 1408/71 (Commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants).

³⁷ CA.SS.TM 230/06 vom 28. September 2006.

- 41 -

Hauptprobleme, nämlich die Nichtidentifizierung der Ärzte, die zur Annahme der EKVK verpflichtet sind, hingewiesen. Es wurde vorgeschlagen, mit einem farbigen Aufkleber, der auf dem Namensschild des Leistungserbringers angebracht wird und das Layout der EKVK in vergrößerter Form darstellen könnte, den Versicherten eine wesentliche Hilfestellung zu leisten. Bei der 303. Sitzung der Verwaltungskommission in der Zeit vom 12. bis 13. Dezember 2006 wurde diese Aufzeichnung behandelt, wobei die Reaktionen der Vertreter der einzelnen Mitgliedstaaten auf den österreichischen Vorschlag grundsätzlich sehr positiv ausgefallen sind. Das Sekretariat der Verwaltungskommission hat es darauf hin übernommen, einen entsprechenden Beschlussentwurf³⁸ auszuarbeiten, der anlässlich der 305. Sitzung der Verwaltungskommission in der Zeit vom 19. bis 20. Juni 2007 vorgelegt wurde. Bedauerlicherweise haben sich anlässlich der Diskussion über diesen Vorschlag einige Mitgliedstaaten gegen die Verabschiedung dieses Beschlusses ausgesprochen, wodurch der österreichische Vorschlag nicht weiter verfolgt werden konnte.

Auf Grund der weiter bestehenden negativen Erfahrungen der österreichischen Versicherten wird der Hauptverbandes aber neuerlich auf den seinerzeitigen österreichischen Vorschlag verweisen und eine weitere Diskussion darüber fordern. Gleichzeitig wird der Hauptverband im Einvernehmen mit den zuständigen österreichischen Behörden weitere Aktivitäten versuchen, um die Probleme bei der Inanspruchnahme der Leistungen mit der EKVK zu minimieren. So wird überlegt, die Mitgliedstaaten aufzufordern, die Vorgangsweise bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen mit der EKVK in ihrem Land detailliert darzustellen und auch einen Link anzugeben, wo Informationen eingeholt werden können, welche Leistungserbringer zur Sachleistungsaushilfe mit der EKVK verpflichtet sind. Diese Information für jeden einzelnen Staat, in dem die EKVK verwendet werden kann, könnten dann in deutscher Sprache auch von help.gv.at, der Homepage des Hauptverbandes und der Krankenversicherungsträger abgerufen werden. Ob diese Überlegungen des Hauptverbandes schlussendlich auch umgesetzt werden können, ist derzeit noch nicht abzuschätzen (ein gemeinsames Portal für Rechtsvorschriften, welches ausgebaut werden könnte, gibt es bereits³⁹).

Hinsichtlich der Gründe für die Nichtanerkennung der EKVK verweist der

³⁸ CA.SS.TM 163/07 vom 30. Mai 2007.

³⁹ http://eur-lex.europa.eu/n-lex/legis_at/ris.legislation_form_de.htm

Hauptverband auf Punkt 6 der Stellungnahme betreffend das Monitoring der Einführung der EKVK für das Jahr 2009⁴⁰:

- Wenn Kopien der EHIC durch den Leistungserbringer angefertigt werden, kommt es durch den dunklen Hintergrund und die kleine standardisierte Schriftgröße zu einem Qualitätsverlust.
- Für die Versicherten ist es oft nicht möglich festzustellen, welcher Leistungserbringer die EHIC akzeptieren muss.
- Rückweisung von Versicherten im Ausland, weil die EHIC elektronisch nicht lesbar ist.
- Nachträgliche Annahme der EHIC bzw. CPR wird abgelehnt.
- Unverständnis der Versicherten, wenn sie im Ausland trotz Vorweis der EHIC die Leistungen zunächst selbst bezahlen müssen, weil die ambulanten Leistungen nicht als Sachleistungen erbracht werden.
- Österreichische Versicherte legen vermutlich den ausländischen Leistungserbringern ihre e-card als Anspruchsnachweis vor, was natürlich nicht akzeptiert werden kann.
- Feldinhalte auf der EHIC sind in einzelnen Staaten unterschiedlich belegt.

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

Die Antwort des Vorjahres bleibt im Wesentlichen aufrecht.

Es gibt zu diesem Thema auf EU-Ebene verschiedene Aktivitäten, welche von der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (vormals Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer in Europa) ausgehen:

1. Das Projekt Netc@rds bzw. ENED

Das Projekt Netc@rds⁴¹ arbeitet einerseits daran, bestehende nationale Sozialversicherungs-Chipkarten kompatibel (interoperabel) zu machen. Andererseits wurden auch Lösungsmöglichkeiten zur elektronischen Erfassung der Daten der EKVK sowie die Anbindung von nicht-kartenorientierten Systemen angeboten.

Im Zuge eines Pilotbetriebes ist in mittlerweile siebzehn Ländern (Bulgarien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Liechtenstein, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Rumänien, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn) jeweils ein Netc@rds-Portal eingerichtet worden, welches der Kommu-

⁴⁰ Das Monitoring für 2010 ist noch im Laufen, seine Ergebnisse können daher hier noch nicht dargestellt werden.

⁴¹ <http://www.netcards.eu>

- 43 -

nikation mit den Partnerländern dient.

Zudem wurden in mehr als 500 Krankenanstalten in den teilnehmenden Ländern Arbeitsplätze mit der Netc@rds-Software ausgestattet, welche ein Auslesen unterschiedlicher nationaler Krankenversicherungskarten ermöglicht. Es wurden Chipkarten aus Deutschland, Frankreich, Italien, Slowenien, Österreich und Polen sowie EKVks aus allen Partnerländern unterstützt.

Seit Sommer 2011 wird die Netc@rds-Infrastruktur von derzeit zehn ehemaligen Netc@rds-Ländern (Deutschland, Liechtenstein, Niederlande, Österreich, Polen, Rumänien, Schweiz, Slowakei, Tschechien und Ungarn) vom Nachfolgeprojekt ENED (European Network for Electronic Data Exchange in Health Care) weiterbetrieben, wobei der Betrieb des österreichischen Portals weiter vom Hauptverband (bzw. von der für das e-card-Projekt nach § 31b ASVG eingerichteten SVC) durchgeführt wird.

2. Die Ad-Hoc Working Group „eEHIC“

Der „Technische Ausschuss“ der Verwaltungskommission hatte eine aus europäischen Experten bestehende Arbeitsgruppe ins Leben gerufen und mit der Aufbereitung der rechtlichen, funktionalen und technischen Grundlagen sowie der Erstellung eines Zeitplans für die Einführung einer elektronischen EKVk (eEHIC) als Entscheidungsgrundlage für die Kommission beauftragt.

Österreich war an der Arbeit dieser Experten-Arbeitsgruppe von Anfang an durch den Hauptverband (vertreten durch die SVC) beteiligt.

Die ausgearbeiteten Szenarien sehen eine breite Lösungspalette - von der Beibehaltung der bestehenden EKVk bis zur Schaffung einer vollelektronischen Online-Lösung - vor, aus der die Mitgliedsstaaten dann „ihre“ Lösung wählen können sollen.

Nachdem die Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit die Vertiefung dieser Lösungsvorschläge zu Gunsten eines erhöhten Ressourceneinsatzes im Programm EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) auf Eis gelegt hatte, wird voraussichtlich Mitte 2012 eine neue Arbeitsgruppe mit österreichischer Beteiligung die Arbeit wieder aufnehmen.

3. Normierungs-Bestrebungen durch CEN

Die Verwaltungskommission hatte zudem das Europäische Normungsinstitut CEN⁴² mit der Schaffung eines vorläufigen Standards (CEN Workshop Agreement, CWA) für eine elektronische EKVK beauftragt. Dieser wurde im Mai 2009 als CWA 15974:2009 zusammen mit einem „White Paper eEHIC“ von CEN veröffentlicht.

Die in der Verwaltungskommission vertretenen Länder hätten noch 2009 über eine Empfehlung des Standards als Basis für eine Harmonisierung in Europa abstimmen sollen, der Abstimmungstermin ist aber aus interessenspolitischen Gründen bereits mehrmals verschoben worden.

Durch die Reaktivierung der oben genannten Ad-Hoc Working Group „eEHIC“ durch die polnische Ratspräsidentschaft wird dieses Thema voraussichtlich mit dem Endbericht der Arbeitsgruppe im Jahr 2013 wieder in der Verwaltungskommission diskutiert werden.

Österreich ist durch den Hauptverband bei all diesen Aktivitäten vertreten und forciert dort den Ausbau einer gemeinsamen elektronischen Lösung.

Aufgrund der teilweise ablehnenden Haltung der Vertreter einiger Mitgliedsstaaten zur eEHIC sowie der Konzentration der Arbeit der Verwaltungskommission auf das EU-Vorhaben „EESSI“ (Electronic Exchange of Social Security Information)⁴³, welches den elektronischen Datenaustausch zwischen den EU-Staaten mit Mai 2014 (statt ursprünglich Mai 2012) verpflichtend vorschreibt, ist aber trotz der geschilderten umfangreichen Vorarbeiten der Zeitpunkt einer EU-weiten Einführung auch weiterhin nicht seriös 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 7393/XXIV.GP weiterhin aufrecht?

Siehe auch Antwort zu Frage 14. Das e-card-System wurde in diesem Zusammenhang ergänzt: Es erscheint beim Stecken einer wegen Diebstahl oder Verlust gesperrten e-card die Meldung: „Die e-card wird nicht akzeptiert (als gestohlen oder verloren gemeldet). Bitte informieren Sie den Inhaber und überprüfen Sie des-

⁴² <http://www.cen.eu>

⁴³ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=869&langId=de>

- 45 -

sen Identität.“ und bei „sonstigem“ Kartensperrgrund wie bisher „Die e-card wird nicht akzeptiert (gesperrt, abgelaufen,...)“. Diese Maßnahme soll dazu beitragen, Missbrauch durch Vorzeigen gestohlener oder weitergegebener, gesperrter Karten vorzubeugen und somit auch präventiv zu wirken.

Die Antwort zur letzten Anfrage bleibt aber im Grundsatz aufrecht.

Es wird nicht als Aufgabe eines Arztes gesehen, polizeiliche Ermittlungsaufgaben zu übernehmen. Dazu 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. Eine Konsultation auf Kosten der Sozialversicherung ist mit dieser Karte nicht mehr möglich. 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: Sie führt aufgrund der Möglichkeit, eine verlorene Karte als gestohlen zu melden,⁴⁴ dann zu Irritationen, wenn der Kartenbesitzer die e-card wieder findet (bekommt, über Fundamt, Polizei usw.) 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 Sperrgrund der behandelnden Stelle nicht weiterhilft. Zur Hebung des allgemeinen Sicherheitsniveaus (es soll bewusst werden, dass auffällige Situationen bemerkt werden und ihnen nachgegangen wird) wurde aber die eingangs geschilderte Vorgangsweise geschaffen.

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

⁴⁴ wenn eine Karte „weg ist“, kann sie verlegt, verloren oder gestohlen sein, eine bloß verlegte Karte kann als daher als vermutlich gestohlen gemeldet sein.

- 46 -

jeweils mit der Karte aktuell festgestellt⁴⁵.

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.

Es ist daher keinesfalls so, dass ein Vertragsarzt einen Patienten, dessen e-card nicht funktioniert, der aber einen Behandlungsanspruch glaubhaft machen kann, „weschicken 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 2011 online in der Arztordination festgestellt, dass kein Versicherungsschutz besteht?
Wie viele derartige Fälle wurden dem Hauptverband bzw. den Sozialversicherungsträgern zur Kenntnis gebracht?**

Im Jahr 2011 konnte bei 1.764.145 Konsultationen kein Versicherungsschutz vom e-card-System zurückgemeldet werden; diese Fälle verteilen sich auf 862.611 Karteninhaber. Dies entspricht einem Anteil von 0,66 % der Konsultationen mit positivem Anspruch. Bei dieser Zahl ist zu beachten, dass bei ein und demselben Konsultationsvorgang die Karte bei einem negativen Anspruchsergebnis auch mehrfach gesteckt wird (z. B. wenn die Ordinationshilfe meint, dass das negative Abfrageergebnis auf einem technischen Fehler beruhe und die Karte nochmals, gegebenenfalls auch mehrfach einliest).

Die negativen Anspruchsprüfungen haben folgende Gründe:

Kein versicherungsrechtlicher Anspruch zum Zeitpunkt der Prüfung gegeben (= „echter fehlender Versicherungsschutz“).	13 %
Leistungsrechtliche Prüfung zu einem bestehenden Anspruch ist negativ (z. B. Erstkonsultationen bereits ausgeschöpft; mehrfachversichert, aber falscher Leistungsträger ausgewählt; Vorsorgeuntersuchung bereits in den letzten 12 Monaten gebucht; Mindestalter für eine bestimmte Konsultation nicht erreicht). In solchen Fällen ist aber grundsätzlich Versicherungsschutz vorhanden (der in anderen Zusammenhängen auch anstandslos genutzt werden kann).	78 %
Ablehnung der Konsultation, weil die Karte gesperrt ist.	3 % ⁴⁵

⁴⁵ 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.

- 47 -

Notwendiger Vertragspartner-Anspruch nicht gegeben (Arzt hat mit dem Versicherungsträger, bei dem der Karteninhaber versichert ist, keinen Vertrag).
--

6 %

Dass man in einem solchen Fall die Karte anfangs noch ein zweites Mal, nach einer kurzen Zeit ein drittes Mal zu verwenden versucht, ist plausibel.

Diese Angaben enthalten auch keine Aussage darüber, ob im Einzelfall Versicherungsschutz aus Gründen, die die Sozialversicherung nicht beeinflussen kann, dennoch vorhanden ist, z. B. bei Fällen, in denen Versicherungsschutz durch Auslandszeiten entstehen könnte oder Versicherungsschutz nicht über die e-card, sondern durch eine ausländische EKVK bestätigt ist und aus irgend welchen Gründen auch eine e-card vorhanden ist (Beschäftigte aus dem Ausland).

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

In diesem Bereich liegt eine wesentliche Änderung durch das Chipkartensystem. Nur dadurch wird fehlender Versicherungsschutz rasch sichtbar, was im Interesse der Beitrags- und Steuerzahler im Gesundheitssystem nicht allein als Nachteil zu sehen ist.

Früher wurde jemand, der mit einem Krankenschein eine Behandlungsstelle aufsuchte, praktisch immer als versichert betrachtet, obwohl das nicht immer der Fall war und die entsprechenden Leistungen rechtlich betrachtet missbräuchlich in Anspruch genommen wurden.

Diese Form der Fehlverwendung bzw. des Missbrauches ist durch die Einführung des e-card-Systems vollständig weggefallen.

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

⁴⁶ Die Verminderung gegenüber dem Vorjahr (Wert 2010: 5 %) hängt mit dem Kartentausch im Jahr 2010 zusammen, wo Versicherte vermehrt statt der neuen e-card die gesperrte alte Karte vorgelegt haben (vgl. dazu die Anfragebeantwortung [5322/AB](#))

Fußnotenfortsetzung nächste Seite

**20. In wie vielen Fällen war dies 2011 auf defekte Karten oder nicht funktionierende Lesegeräte zurückzuführen?
In wie vielen Fällen lag der Grund für die Nichtfunktion außerhalb des Einflusses der Sozialversicherungsträger?**

Defekte Karten oder nicht funktionierende Lesegeräte können von vornherein – eben, weil sie nicht funktionsfähig sind – nicht dazu führen, dass ein Hinweis in Richtung „kein Versicherungsschutz“ bekannt gegeben wird. In solchen Fällen bleibt die Frage nach Versicherungsschutz nur offen, wird aber nicht negativ beantwortet.

Die Frage kann daher 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.

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. Die Verwendung der e-card bzw. das Anfrageergebnis ändert nichts am Bestehen oder Nichtbestehen eines Versicherungsanspruches (siehe bereits zu Frage 19).

21. Welche Personengruppen verfügen mit Stichtag 01.01.2012 in Österreich noch über keine e-card?

Das sind Personen (stets auch einschließlich sonst nicht [mit-]versicherter Angehöriger⁴⁷), 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

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

Punkt 3: die alte Karte wird mit Zusendung der neuen einige Tage voraus gesperrt, um nicht längere Zeit zwei Karten benötigen zu können).

⁴⁷ 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).

- 49 -

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).

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 letzter Satz der VO (EG) 883/2004],
7. Personen, die zwar sozialversicherungspflichtig wären, aber nicht gemeldet wurden (Schwarzarbeiter) und auch sonst, z. B. von einer früheren Beschäftigung, keine e-card erhalten haben.

Fälle nach lit. b:

Manche Asylwerber und Grundversorgte (bei diesen Personengruppen 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 abgesprochen, welche es möglich macht, den/die Betroffene/n über die Datenspeicherung des Innenministeriums zu erkennen. In Wien werden in Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien, der in Wien für die Landesbetreuung der Grundversorgten zuständig ist, die in Wien befindlichen Grundversorgten mit der e-card ausgestattet.

- 50 -

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

Sozialhilfebezieher sind bereits einbezogen, seit Inkrafttreten der Regeln über die Mindestsicherung im Herbst 2010 bzw. in den Monaten nach Jahresbeginn 2011. Im Sozialversicherungsrecht wurde das mit § 1 Z 20 der EinbeziehungsV i.d.F. BGBl. II Nr. 262/2010 (§ 9 ASVG) und mit § 75a ASVG umgesetzt. Grundlage ist die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über eine bundesweite Bedarfsorientierte Mindestsicherung, BGBl. I 96/2010.

Als Sozialhilfeempfänger muss man aber nicht immer *eine neue e-card* erhalten: Wer Sozialhilfe bezieht, war vorher üblicherweise erwerbstätig (oder wenigstens als Angehörige/r bei einem/einer Erwerbstätigen mitversichert) und hat damit im Regelfall ohnedies eine e-card. Diese e-card kann weiter verwendet werden, wenn die soziale Absicherung im Krankheitsfall auf sozialhilferechtlichen Regeln beruht – technisch ist das einfacher, als wenn für Sozialhilfebezieher eine neue Organisationsform geschaffen würde.

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

Seitens der Sozialversicherung bestehen sämtliche technischen Voraussetzungen für einen Anschluss der Krankenanstalten an das e-card-System seit 2007. Das ist gesetzlich so vorgesehen (§ 31a Abs. 7 ASVG). Im Jänner 2012 sind 140 Krankenanstalten an das e-card-System angeschlossen. Betrachtet man die Zahl der Spitalsbetten, sind das bereits mehr als 95 %, was zeigt, dass es sich bei den noch nicht ausgestatteten Krankenanstalten um vergleichsweise kleine Häuser handelt und/oder um Anstalten, die keine Verträge mit der Sozialversicherung haben. Letztere könnten aus dem e-card-System auch keinen großen Nutzen ziehen, weil der Versicherungsstatus von Patienten für sie meist uninteressant ist; sollten jedoch die allgemeinen Daten wie Namen und Geburtsdaten verwendet werden, steht eine Nutzung nach § 31a Abs. 4 Z 3 ASVG zur Verfügung.

Der Zeitpunkt der Einbindung (und damit auch der Endtermin der vollständigen Anbindung aller Krankenanstalten) liegt nicht im Einflussbereich der Sozialversicherung, sondern hängt von den Rechtsträgern der Krankenanstalten ab.

Trotz der relativ großen Verbreitung der e-card Infrastruktur für die Krankenanstalten werden die zur Verfügung stehenden Services dort noch nicht umfangreich

- 51 -

verwendet. Der Grund liegt zunächst sicher darin, dass Krankenanstalten einen anderen Aufgabenbereich haben als niedergelassene Vertragspartner, also manche Angebote, die auf Ordinationen, Apotheken usw. zugeschnitten sind, schon deswegen nicht intensiv nutzen können (Krankenstandsmeldung, Arzneimittelbewilligung). Weiters kann es einen größeren Aufwand als bei Arztsoftware bedeuten, die einzelnen Services im jeweiligen KIS⁴⁸ zu integrieren und die interne Organisation darauf abzustellen. Das kann aber von der Sozialversicherung nicht gesteuert werden, sie greift in die interne Organisation ihrer Vertragspartner nicht ein (und hätte auch keine Rechtsgrundlage dafür), sondern kann nur Schnittstellen liefern. Das ist auch geschehen, nach § 31a Abs. 7, § 148 Z 6, § 149 Abs. 2 ASVG. Im Internet steht dazu auch ein Leitfaden zur Verfügung.⁴⁹

Die Krankenanstalten verwenden hauptsächlich die e-card-Services SAS⁵⁰ und VDAS⁵¹. 119 Anstalten sind über sGINA⁵² angeschlossen, 20 Krankenanstalten verwenden eine mGINA⁵³. Pro Monat werden durchschnittlich 560.000 VDAS Abfragen und 32.000 SAS-Abfragen getätigt. Fünf Krankenanstalten verwenden auch DBAS⁵⁴. Das DBAS dient der elektronischen Erfassung, Verschlüsselung und anschließenden Weiterleitung der Dokumentationsblätter für die Vorsorgeuntersuchungen und für Befundblätter im Rahmen von Therapie Aktiv. Neun Krankenanstalten verwenden darüber hinaus das Service ABS⁵⁵. Pro Monat werden durchschnittlich 700 ABS-Anträge versendet.

Betreiber von Krankenanstalten sind oft Krankenanstaltenverbünde.⁵⁶ Diese Verbünde haben einen e-card Anschluss und eine sGINA. Da die einzelnen Krankenanstalten in diesen Verbünden vernetzt sind, können alle Krankenanstalten eines Verbundes die (verschiedenen) e-card Services verwenden. Als Beispiel hat die gespag einen e-card Anschluss und eine sGINA und Krankenanstalten der gespag verwenden das e-card System darüber.

⁴⁸ Krankenhausinformationssystem.

⁴⁹ Ausstattung von Krankenanstalten mit dem e-card System:

https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/540547_Leitfaden%20%C3%BCr%20e-card%20Anschluss_V3_2.pdf.

⁵⁰ Sozialversicherungsnummern-Abfrageservice.

⁵¹ Versichertendaten-Abfrageservice.

⁵² Server-Gesundheits-Informationsnetzwerk-Adapter. Eine sGINA kann bis zu 500 Kartenlesegeräte (LAN-CCR) verwalten.

⁵³ MIPS-Gesundheits-Informationsnetzwerk-Adapter mit einfacherer Architektur, MIPS - Microprocessor without interlocked pipeline stages). Die mGINA kann maximal 20 Kartenlesegeräte (LAN-CCR) verwalten.

⁵⁴ Dokumentationsblatt-Annahmeservice.

⁵⁵ Arzneimittel-Bewilligungsservice.

⁵⁶ zum Beispiel gespag - Oö, KAGES - Stmk, SALK - Sbg, KRAGES – Bgl.

Krankenanstellen verwenden oft mehrere e-card-Services, die an unterschiedlichen Stellen, wie zum Beispiel Aufnahme, Ambulanz, etc. zum Einsatz kommen. Die einzelnen e-card-Services können entweder über die Web-Oberfläche genutzt werden oder im KIS integriert sein. Viele Krankenanstellen nutzen die e-card Services im Mischbetrieb, d.h. sie verwenden ein e-card-Service im KIS integriert (z. B. VDAS bei der Aufnahme) und das andere über die Web-Oberfläche (z. B. VDAS im Back-Office oder ABS in einzelnen Ambulanzen). Somit ergeben sich folgende Zahlen: In 107 Krankenanstellen gibt es zumindest für ein e-card-Service eine KIS-Integration. 83 Krankenanstellen verwenden entweder nur die Web-Oberfläche bzw. beides. Eine Reihe von KIS-Softwarehersteller haben das e-card-System in das eigene Produkt integriert. Im ersten Halbjahr 2011 wurden fünf neue Krankenanstellen an das e-card System angeschlossen.

Es läge unseres Erachtens im Interesse aller beteiligten Stellen, wenn Versicherungsansprüche auch in Krankenanstellen rasch und sicher verifiziert werden könnten. Die Kosten, die in Krankenanstellen für die Behandlung des jeweiligen Einzelfalles auflaufen, sind allgemein wesentlich höher als die Behandlungskosten in der freien Praxis, sodass gerade in Krankenanstellen 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 Krankenanstellen angewiesen.

**24. Soll aus Sicht des Ressorts die Musterkrankenordnung der Sozialversicherungsträger geändert werden oder hat sich diese aus Sicht des Ressorts bewährt?
Welche Änderungen wurden 2011 durchgeführt?**

Dieses Thema wäre aus der Sicht des Ministeriums (genehmigungsberechtigte Aufsichtsbehörde, § 455 ASVG) zu behandeln (wobei nur für *Krankenversicherungsträger* eine Musterkrankenordnung vorgesehen ist, nicht aber für die anderen Versicherungsträger bzw. Versicherungszweige Unfall- oder Pensionsversicherung).

Allgemein darf aus der Sicht der Sozialversicherung festgehalten werden, dass durch das Aufstellen von Rechtsvorschriften nicht alle Missbräuche, insbesondere nicht vorsätzlich gesetzte Betrugshandlungen, verhindert werden können.

- 53 -

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 Jahren bereits mehrfach in Details angepasst. Diese Änderungen haben sich bewährt. Auch in Zukunft sind die notwendigen Veränderungen zu erwarten. Der Hauptverband wird dazu beitragen, diesen Rechtsbereich aktuell zu halten und neuen Entwicklungen anzupassen.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:



DR. JOSEF HANDLHOFER