

1177/AB XXIV. GP

Eingelangt am 05.05.2009

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



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

GZ: BMG-11001/0037-I/5/2009

Wien, am 30. April 2009

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1155/J der Abgeordneten Mag. Johann Maier und GenossInnen** wie folgt:

Ich verweise auf die dazu eingeholte Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, die als Beilage angeschlossen ist.

Ergänzend dazu darf ich Folgendes bemerken:

Frage 13:

Wenngleich auch seitens meines Ressorts unter Berücksichtigung der Mitteilungen des Hauptverbandes davon ausgegangen wird, dass ein Missbrauch der e-card lediglich in geringem Ausmaß stattfindet, hat der Ministerrat im Rahmen der Regierungsklausur in Sillian am 19.2.2009 auf Basis eines meines diesbezüglichen Vortrages den Beschluss gefasst, die Ärzte zur Prüfung der Identität der Patient/inn/en zu verpflichten sowie von den Krankenversicherungsträgern die Prüfung der Anwendungsauffälligkeiten durch die Krankenversicherungsträger zu verlangen.

Frage 21:

Es wird darauf hingewiesen, dass die Frage der Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger/innen auf Wunsch der Länder mit dem Projekt der „bedarfsorientierten Mindestsicherung“ verknüpft wurde und in dessen Rahmen weiter verfolgt wird. Federführend für dieses Projekt ist der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Frage 23:

Ich weise darauf hin, dass die Initiative zur Änderung der Musterkrankenordnung vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Rahmen der Selbstverwaltung und der dieser eingeräumten Befugnisse auszugehen hätte. Mir kommt in meiner Eigenschaft als Bundesminister für Gesundheit zufolge § 456 Abs.2 in Verbindung mit § 455 Abs.2 vorletzter Satz ASVG lediglich die Aufgabe der Genehmigung einer von der Trägerkonferenz gemäß § 441d Abs.2 Z.4 gefassten Beschlusses über die Musterkrankenordnung oder deren Änderung zu. Darüber hinaus schließe ich mich den Ausführungen des Hauptverbandes an.

Mit freundlichen Grüßen

Alois Stöger diplômé
Bundesminister



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

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

TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-29/09 Sd/Hak

Wien, 7. April 2009

An das
 Bundesministerium für Gesundheit,
 Radetzkystraße 2
 1031 Wien

Betr.: Parlamentarische Anfrage Nr. 1155/J (Abg.
 Mag. Johann Maier und GenossInnen)
 betreffend „gestohlen bzw. als verlustig
 erklärte e-cards im Jahr 2008“

Bezug: Ihr E-Mail vom 16. März 2009;
 GZ: BMG-90001/0025-I/B/10/2009

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu der parlamentarischen Anfrage Nr. 1155/J gibt der Hauptverband die folgende Stellungnahme ab.

Allgemein darf darauf hingewiesen werden, dass Fragen zu praktischen Themen des e-card-Systems bereits in einer Reihe anderer parlamentarischer Anfragebeantwortungen behandelt worden sind¹, auf deren Inhalte in der Folge in

¹ So z. B. in den Beantwortungen

Nr. 152/AB des Gesundheitsministers vom 5. Jänner 2009,
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/AB/AB_00152/pmh.shtml betreffend Ausstellung der neuen e-cards ab 2010 (zur Anfrage Nr. 205/J)

Nr. 4049/AB der Gesundheitsministerin vom 6. Juni 2008,
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_04049/pmh.shtml betreffend missbräuchliche Verwendung der e-card (zur Anfrage Nr. 4086/J)

Nr. 3947/AB der Gesundheitsministerin vom 27. Mai 2008,
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_03947/pmh.shtml betreffend Ausstattung der e-card mit Fingerabdrücken (zur Anfrage Nr. 4044/J)

Nr. 3915/AB des Innenministers vom 23. Mai 2008,
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_03915/pmh.shtml betreffend gestohlene bzw. als verlustig erklärte e-cards im Jahr 2007 (zur Anfrage Nr. 3924/J)

Nr. 3834/AB der Gesundheitsministerin vom 8. Mai 2008
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_03834/imfname_109358.pdf betreffend gestohlene bzw. als verlustig erklärte e-cards im Jahr 2007 (zur Anfrage Nr. 3928/J)

Nr. 1710/AB vom 18. Dezember 2007
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_01710/imfname_096206.pdf (zur Anfrage 2075/J)

Nr. 1476/AB vom 21. November 2007
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_01476/imfname_092401.pdf (zur Anfrage 1557/J)

Nr. 2297/AB-BR vom 10. Mai 2007 http://www.parlament.gv.at/PG/DE/BR/AB-BR/AB-BR_02297/imfname_078412.pdf (zur Anfrage 2496/J-BR/2007)

Nr. 268/AB vom 20. März 2007: http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_00268/imfname_074525.pdf
 (zur Anfrage 276/J)

Nr. 4119/AB vom 22. Juni 2006 http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/XXII/AB/AB_04119/imfname_065894.pdf
 (zur Anfrage 4175/J)

einigen Details Bezug genommen wird.

1. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards im Jahr 2008 bis 31. Dezember 2008 als gestohlen gemeldet wurden (Aufschlüsselung auf Krankenkassen)?

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

Kürzel ²	Sperrgrund „gestohlen“
WGKK	18.373
NÖGKK	5.626
BGKK	661
OÖGKK	6.366
StGKK	4.383
KGKK	1.504
SGKK	2.100
TGKK	2.603
VGKK	1.145
BKK Tabak	31
BKK Wiener Linien	116
BKK Semperit	32
BKK Neusiedler/Mondi	11
BKK Voest Bahnsysteme	26
BKK Zeltweg	13
BKK Kindberg	5
BKK Kapfenberg	30
VA für Eisenbahnen und Bergbau	979
VA öffentlich Bediensteter	4.456
SVA der gewerblichen Wirtschaft	3.467
SVA der Bauern	862
Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien	1.083
KFA Graz	60
KFA Villach	5
KFA Salzburg	8
KFA tir. Gemeindebedienstete	3
KFA tir. Landesbedienstete	10
KFA tir. Landeslehrer	38
Summe	53.996

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

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

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

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

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

Durch die Veränderungen in den Betrieben, für welche Betriebskrankenkassen eingerichtet sind, kann es auch 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 eine BKK eingetragen sein).

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

Insgesamt wurden bis Dezember 2008 11.232.355 Karten produziert und versendet. Davon wurden 156.283 Karten³ als gestohlen erklärt, somit 1,39 Prozent in den ungefähr vier Jahren vom Beginn des flächendeckenden Roll-outs 2005 bis Ende 2008.

2. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards im Jahr 2008 bis 31. Dezember 2008 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	32.465
NÖGKK	16.440
BGKK	2.668
OÖGKK	19.449
StGKK	15.794
KGKK	7.523
SGKK	7.928
TGKK	9.511
VGKK	6.389
BKK Tabak	35
BKK Wiener Linien	270
BKK Semperit	83
BKK Neusiedler/Mondi	48
BKK Voest Bahnsysteme	174
BKK Zeltweg	50
BKK Kindberg	29
BKK Kapfenberg	137
VA für Eisenbahnen und Bergbau	3.014
VA öffentlich Bediensteter	8.092
SVA der gewerblichen Wirtschaft	8.609
SVA der Bauern	4.226
Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien	1.444

³ 56.511 Karten, siehe AB 268, Seite 6, der für 2007 gemeldete Wert von 45.776 und für 2008 53.996 Karten. Unterschiedliche Werte können sich ergeben, wenn man die KFAs nicht zu den Sozialversicherungsträgern rechnet oder unterschiedliche Erfassungsstichtage (Einlangen bei SV-Träger, Call-Center, Auftragsversand nach Stornierungen etc.) verwendet. Die Größenordnung ergibt jedoch stets das gleiche Bild.

KFA Graz	131
KFA Villach	8
KFA Salzburg	40
KFA tir. Gemeindebedienstete	4
KFA tir. Landesbedienstete	10
KFA tir. Landeslehrer	50
Summe:	144.621

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

Insgesamt wurden bis Dezember 2008 11.232.355 Karten produziert und versendet. Davon wurden 391.297 Karten⁴ als verloren erklärt, somit 3,48 Prozent in den ungefähr vier Jahren vom Beginn des flächendeckenden Roll-outs 2005 bis Ende 2008.

3. Welche Verfahrensschritte wurden durch die Krankenkassen eingeleitet, wenn ein Karteninhaber seine e-card verloren hatte?

Bleibt die Antwort in der Anlage zur AB 3834/XXIII. GP vom 8. Mai 2008 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 2007 in der Fassung der 1. Änderung, www.avsv.at Nr. 130/2006 und Nr. 26/2008. Diese Texte (Musterkrankenordnung und Krankenordnungen der Versicherungsträger) sind vollständig und kostenlos in ihrer authentischen Kundmachung im Internet unter www.avsv.at zugänglich⁵. Der Gesamtstand einer Norm ist für diese Regeln auch über die Rechtsdokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechts www.sozdok.at kostenlos zugänglich.

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

Für die Rechtslage betreffend den einzelnen Fall ist stets die Krankenordnung des jeweiligen Sozialversicherungsträgers (welche die Musterkrankenordnung im Regelfall gleichlautend übernimmt) zu beachten. Für die Krankenfürsorgeanstalten gelten nach unseren Informationen ähnliche Regeln, allerdings gilt für diese Institutionen die Musterkrankenordnung des Hauptverbandes nicht, sodass sich im Detail Abweichungen ergeben können.

⁴ 128.913 Karten, siehe AB 268, Seite 7, der für 2007 gemeldete Wert von 117.763 und für 2008 die genannten 144.621.

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

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

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

4. Erfolgte 2008 jeweils sofort eine Verlustmeldung durch den Karteninhaber?

Wenn nein, mit welchen Konsequenzen war dies jeweils für diese verbunden?

Bleibt die Antwort des Hauptverbandes in der Anlage zur AB 3834/XXIII. GP vom 8. Mai 2008 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 werden Verlustmeldungen ausgewertet und den Aufzeichnungen über Behandlungskontakte der verloren gemeldeten Karten („Stecken der e-card beim Arzt usw.“) gegenüber gestellt. Es zeigte sich, dass für die untersuchten Karten nach dem angeblichen Verlustdatum keine Verwendungsversuche vorlagen. Das war allerdings zu erwarten – wer seine Karte (unrechtmäßig) weitergeben möchte, wird diese nicht sofort als verloren melden, weil das die sofortige Sperre dieser Karte bewirkt. Wer eine Karte findet und zu Unrecht verwenden will, muss zunächst ein Motiv haben, eine Behandlungsstelle aufzusuchen. Da das wohl oft nicht zum Fundzeitpunkt der Fall sein wird, wird die Verlustmeldung (samt Sperre) im Regelfall rascher erfolgen als einschlägige Missbrauchsversuche.

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

Zu den Konsequenzen:

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

- Schadenersatz setzt u. a. Verschulden (Vorwerfbarkeit) voraus, was bei einer 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

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

festzusetzen, die Haftungen ohne Verschulden (also Sonderregeln des Zivilrechts) normieren, siehe die Formulierung des § 456 ASVG.

- Der Sachverhalt, aus dem Ansprüche abgeleitet werden sollen, muss im Einzelfall beweisbar sein, was in der Praxis oft sehr schwierig, wenn nicht unmöglich ist - mangels Zeugen usw. Mutmaßungen oder Statistiken sind keine brauchbare Anspruchsgrundlage für Ersatzforderungen.
- Nur dann, wenn diese Voraussetzungen vorhanden sind, besteht überhaupt die Chance, ein Verfahren erfolgreich zu führen.
- Die Verfahrenskosten sind mit den in Rede stehenden Beträgen zu vergleichen: Ob es (den Beitrags-/Steuerzahlern) zumutbar ist, dass wegen z. B. vergleichsweise geringfügigen Verschuldens (verzögerte 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 Schadenserstattungskosten sind hier zu beachten).

Bei Fallkonstellationen, deren Auswirkungen über die Krankenordnung begegnet werden kann, werden einschlägige Änderungen gesetzt: So zuletzt durch die 2. Änderung der Musterkrankenordnung (Beschluss der Trägerkonferenz vom 1. April 2009): Dort wurde in § 5b Abs. 3 MKO die Zahl der Vertretungsfälle eingeschränkt, um zu vermeiden, dass mit der Behauptung, der ursprüngliche Behandler sei nicht erreichbar, unberechtigt viele Ärzte als angebliche Vertreter⁷ aufgesucht werden könnten. Einschlägige Fälle hat es vereinzelt, aber doch gegeben. Für 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.

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

5. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards bis 31. Dezember 2008 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 2008 und nicht auf den gesamten Projektzeitraum bezieht):

Träger	Sperrgrund „defekt“
WGKK	23.593
NÖGKK	20.587
BGKK	3.375
OÖGKK	24.466
StGKK	17.119
KGKK	10.041
SGKK	8.082

⁷ 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.

Träger	Sperrgrund „defekt“
TGKK	13.585
VGKK	5.870
BKK Tabak	53
BKK Wiener Linien	268
BKK Semperit	81
BKK Neusiedler/Mondi	71
BKK Voest Bahnsysteme	170
BKK Zeltweg	65
BKK Kindberg	55
BKK Kapfenberg	182
VA für Eisenbahnen und Bergbau	4.417
VA öffentlich Bediensteter	9.375
SVA der gewerblichen Wirtschaft	10.111
SVA der Bauern	5.589
Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien	1.310
KFA Graz	83
KFA Villach	17
KFA Salzburg	37
KFA tir. Gemeindebedienstete	1
KFA tir. Landesbedienstete	10
KFA tir. Landeslehrer	12
	158.625

Insgesamt wurden Dezember 2008 11.232.355 Karten produziert und versendet. Davon wurden 392.515 Karten⁸ als defekt erklärt, somit 3,49 Prozent in den ungefähr vier Jahren vom Beginn des flächendeckenden Roll-outs 2005 bis Ende 2007.

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

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

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

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

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

⁸ 110.959 Karten, siehe AB 268, Seite 10, der für 2007 gemeldete Wert von 122.931 und für 2008 158.625 Karten.

6. Welche Verfahrensschritte wurden durch die Krankenkassen eingeleitet, wenn ein Karteninhaber seine Karte als defekt gemeldet hatte?

Bleibt die Antwort des Hauptverbandes in der Anlage zur AB 3834/XXIII. GP vom 8. Mai 2008 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 Callcenter der Sozialversicherungsträger.

7. Wie viele e-cards mussten wegen Diebstahl, Verlust oder Defekt 2008 neu ausgestellt werden?

Mit welchen Kosten war dies in diesem Jahr 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 2008 357.242 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.

Karte gestohlen 2008	53.996
Karte verloren 2008	144.621
Karte defekt 2008	158.625
Summe	357.242

Diese Zahl bedeutet für die Fallgruppe „verloren, gestohlen, defekt“ bei Ausstellungskosten von (wie bisher, keine Erhöhung) 6 € pro Karte samt begleitender Aufwände Kosten von 2.143.452 € im Jahr 2008. Da die neue Kartengeneration pro Karte deutlich günstigere Preise aufweist, ist zu erwarten, dass sich dieser Betrag ab Einführung der neuen Kartengeneration – gleichbleibende Rahmenbedingungen vorausgesetzt – verringern wird: Die Kosten pro e-card betragen 1,95 € inkl. Personalisierung, Begleitbriefherstellung (Lettershop) und Versandkosten, ohne Optionen und Einmalkosten, was einer Reduktion der Kartenkosten um ca. die Hälfte gleichkommt.⁹

Zu dieser Zahl ist in Relation zu setzen, dass allein im Jahr 2008 vom Chipkartensystem her nicht beeinflussbar schon 500.410 Karten (zu Kosten von 3.002.460 €, nämlich

- 88.205 Karten wegen Änderungen bei Personendaten (Namensänderungen Ehe, Scheidung, Adoption usw.),
- 208.846 Karten als Erstausstattung nach Geburten, erstmaliger Versicherung

⁹ Siehe die Anfragebeantwortung durch den Bundesminister für Gesundheit, Familie und Jugend Alois Stöger, dipl., 152/AB (XXIV. GP) vom 5. Jänner 2009, BMGFJ-11001/0184-I/5/2008, http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/AB/AB_00152/fnameorig_146743.html, zu der schriftlichen Anfrage (205/J) der Abgeordneten Dr. Dagmar Belakowitsch-Jenewein, Kolleginnen und Kollegen an die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend betreffend Ausstellung der neuen e-cards ab 2010,

in Österreich, Zuzug aus dem Ausland, Teilnahme eines weiteren Rechtsträgers (Krankenfürsorganstalt), u. ä.,

- 184.302 Karten wegen Veränderungen der EKVK-Zeiträume auf der Kartenrückseite - § 7a Abs. 1 MKO 2007¹⁰ idF avsv Nr. 130/2006 bzw. betrafen und
- 19.057 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 zu 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 März 2009 wurden 8.809.520 Karten als Grundausstattung und 2.628.332 Karten als Nachversorgung, somit insgesamt 11.437.852 Karten insgesamt produziert und versendet¹⁴: Die ursprüngliche Austauschquote von jährlich 20 % hätte einen jährlichen Austausch von ca. 2,29 Mio. Karten und Austauschkosten von jährlich 13,7 Mio. € ausgelöst.

Tatsächlich waren aus den Gründen „gestohlen, verloren, defekt“ seit Roll-out-Beginn 918.703 Karten neu auszustellen, somit praktisch in den vier Jahren 2005 bis 2008 zusammen 8,03 Prozent des Gesamtstandes.¹⁵

Die Zahl der aktiven e-cards belief sich Ende März 2009 auf 8.488.766 und somit (für praktisch vier Jahre¹⁶) 74,22 Prozent des insgesamt ausgegebenen Bestandes.

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

¹⁰ Ursprünglich Musterkrankenordnung 2004 in der Fassung ihrer ersten Änderung (enthaltend die e-card-Bestimmungen) www.avsv.at Nr. 49/2005, darauf beruhend die Krankenordnungen der österreichischen Krankenversicherungsträger.

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.

¹⁴ Die Differenz zu der weiter oben genannten Zahl ergibt sich daraus, dass hier das erste Quartal 2009 bereits berücksichtigt ist.

¹⁵ Ähnliche Größenordnungen ergeben sich, wenn man die 2008 aktiven Karten (8.406.452) mit der ursprünglichen Quote von 20 Prozent vergleiche: Das ergäbe 1,68 Mio. Karten und 10,08 Mio. € Kosten.

¹⁶ 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.

8. Ist Ihnen bekannt, ob andere Personen als die Karteninhaber im Jahr 2008 mit gestohlenen oder als verlustig erklärt e-cards sich 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?

Allgemein

Zur Einleitungsfrage: Ja (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“ (und jemand anderer ihn „gefunden“) hatte, konnte man sich spätestens im nächsten Kalendervierteljahr einen neuen Schein holen (oder aus den ausgegebenen Krankenscheinheften, z. B. für Pensionisten ohne weiteres entnehmen), während auf der Basis des alten Scheines (durch Überweisungen usw.) umfangreiche Behandlungen abwickelbar waren. Weiters war es bei mehrfacher Beschäftigung einfach möglich, sich bei jedem einzelnen Dienstgeber einen Krankenschein zu beschaffen, während eine Mehrfachverwendung der e-card in solchen Fällen (mehrfache Erstdordinationen bei verschiedenen Vertragsärzten der Gebietskrankenkassen) nicht mehr möglich ist.

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

Bekannt geworden sind Fälle, in denen Missbrauch *versucht* wurde. In solchen Fällen haben OrdinationsmitarbeiterInnen beim Krankenversicherungsträger angerufen und den Verdacht geäußert, dass die von einem Patienten vorgelegte e-card nicht dem jeweiligen Patienten gehört (z. B. anhand des Geburtsdatums) und angefragt, wie sie in diesem Fall vorgehen sollen. Die Ordinationen wurden in diesen Fällen gebeten, die Identität des Patienten mit einem Lichtbildausweis zu kontrollieren, was auch gesamtvertraglich so vorgesehen ist (§ 15 Mustergesamtvertrag: „beim Nachweis der Anspruchsberechtigung soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Patienten geprüft werden“), andererseits ist der Patient in diesen Zweifelsfällen auch verpflichtet, die Identität in der Ordination nachzuweisen, widrigenfalls er als Privatpatient behandelt werden kann. In der Musterkrankenordnung wurde eine ausdrückliche Verpflichtung aufgenommen. § 5 Abs. 11 MKO 2007 lautet idF der Novelle www.avsv.at Nr. 26/2008:

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

Der Hauptverband bedauert es, dass es von maßgeblichen Repräsentanten der ärztlichen Standesvertretung abgelehnt wird, an der Identitätsprüfung von Patienten mitzuwirken. Die entsprechende Presseaussendung der Wiener Ärztekammer wurde bereits mehrfach, auch mit der letzten Anfragebeantwortung, vorgelegt. Missbrauchssituationen bei Menschen, die in der

Ordination als unverdächtig behandelt oder wo Unrichtigkeiten bei der Personenidentität in Kauf genommen wurden, werden auch Zukunft einfach möglich sein.

Es sollte diskutiert werden, ob nicht zumindest beim erstmaligen Kontakt mit einem Patienten (Notfälle selbstverständlich ausgenommen) die Vorlage eines Identitätsnachweises verlangt werden sollte. Im Regierungsprogramm 2008-2013¹⁷ ist dazu vorgesehen, dass die Vertragspartner bei Inanspruchnahme der e-card dafür zu sorgen haben, dass die Anwendungskontrolle vor Ort erfolgt und Anwendungsauffälligkeiten vom Krankenversicherungsträger zu prüfen sind. Soweit dies die Krankenversicherungsträger betrifft, sind die einschlägigen Maßnahmen vorhanden.

Die Zahl der bekannt gewordenen Missbrauchsfälle ist nach wie vor gering.

Die Schäden liegen im Allgemeinen bei einigen – zig bis einigen hundert Euro pro Fall. Ihnen gegenüberzustellen ist der Aufwand der Verfolgung solcher Fälle, um schließlich eine „gerichts- bzw. bescheidreife“ Darstellung liefern zu können, auf deren Basis erst die Erstellung eines Exekutionstitels für die Eintreibung von Schäden möglich wäre.

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

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

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

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

Die Rückseite der e-card, die Europäische Krankenversicherungskarte EKVK ist derzeit noch eine optisch zu lesende Karte und garantiert – wie 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 werden, solange man nur die e-card in Händen hat. Allgemein hat sich gezeigt, dass die Zahl der bekannt werdenden Missbrauchsfälle gering ist und wenn, dann auch relativ geringe Beträge betroffen waren bzw. es überhaupt beim Versuch blieb.

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

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

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

¹⁷ <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=32965>, Seite 195.

näher untersucht. Auch in solchen Fällen darf keinesfalls von vornherein Missbrauch unterstellt werden, weil es auch Behandlungen (Infusionskuren etc.) gibt, die tägliche Arztkontakte verlangen.

Aus den Mitteilungen der Krankenversicherungsträger:

Die **Wiener Gebietskrankenkasse** teilte mit, dass sie von Polizeidienststellen, Vertragspartnern und anonym auf Verdachtsfälle aufmerksam gemacht werde, wobei es sich aber um insgesamt weniger als 20 Fälle mit einem vermuteten Schadensbetrag von insgesamt weniger als 10.000 € handelte. Mitteilungen von Vertragsärzten beträfen zumeist Versuche, weil die Verdächtigen die Ordination wieder verlassen würden, ohne Leistungen zu erhalten. Anonyme Mitteilungen wären mangels konkreter Angaben nicht immer weiter verfolgbar, die Zahl der bekannt werdenden Fälle lässt aber keine Schlüsse auf die Entwicklung vorhandener oder vermuteter Missbrauchsfälle zu.¹⁸

Bei der **Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse** wurde 2008 lediglich ein Fall eines möglichen Missbrauchs einer e-card bekannt, welcher derzeit geprüft wird. Die **Steiermärkische Gebietskrankenkasse** berichtet über einen Fall, der sich mit einer gestohlenen oder geborgten e-card am 5. Februar 2008 ereignete, der angebliche Patient flüchtete. Der Besitzer der e-card konnte nicht befragt werden, weil im Ausland unerreichbar. Der Schaden beläuft sich auf 25,54 € für ein Brustwirbelsäulenröntgen. Weitere Leistungen wurden mit dieser e-card im Berichtsjahr nicht mehr bezogen. Eine Zahnärztin hatte in einem anderen Fall bemerkt, dass das Geburtsdatum nicht zum Karteninhaber passte und den angeblichen Patienten der Ordination verwies.

Die **Kärntner Gebietskrankenkasse** teilte einen Fall mit, der ihr von der Wiener Kriminalpolizei mitgeteilt worden war.

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

9. Ist Ihnen bekannt, ob es im Jahr 2008 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?

Zur Einleitungsfrage: Ja. Für jene Fälle, in denen eine Karte nicht als verloren oder gestohlen gemeldet wird, sondern schlicht weitergegeben, „verborgt“ wird, können umfassende Zahlen nicht genannt werden, zu Einzelfällen siehe unten.

Auch bei dieser Form des Missbrauchs ist es denkbar, dass sie öfter vorkommt. Es gilt das zu Frage 9 Gesagte, d. h., dass es in Einzelfällen bereits in den Ordinationen gelingen könnte,

¹⁸ Z. B. kann ein Hinweis in der Art „... habe gesehen, wie in der Apotheke xy dutzende Rezepte auf einmal eingelöst wurden“, auch ein Pensionistenheim und Personen mit konkreten Ansprüchen usw. im Hintergrund haben, wobei Verstöße – sollten sie überhaupt vorliegen – gegen die Rezeptpflicht-Regeln keinen Missbrauch des e-card-Systems bilden.

diese Fälle zu vermeiden, wenn im Zweifelsfall der Nachweis der Identität mit Lichtbildausweis verlangt würde und, falls dies nicht erfolgt, die Behandlung auf Kassenkosten verweigert wird. Daten über die nicht aufgefallenen Missbrauchsfälle liegen nicht vor.

Selbst dann, wenn die e-card nur kurzfristig verborgt (und wieder zurückgegeben) wird, wird durch die Regeln über die Häufigkeit von Arztbesuchen erschwert, dass mehrere Ärzte des selben Fachgebietes in Anspruch genommen werden, ohne dass dies auffällt (vgl. die Ausführungsregeln der Krankenkassen zu § 5 Abs. 5 MKO 2007, avsv Nr. 130/2006 und die Vorgängerregeln sowie die im Genehmigungsverfahren stehende 2. Änderung der Musterkrankenordnung).

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

An Einzelfällen bzw. Verdachtsmomenten hat sich bisher das Gesagte bestätigt.

Nachforschungen sind jedoch jedenfalls dann – präventiv – sinnvoll (und werden zunächst über statistische Methoden begonnen), wenn damit Betrugsnetzwerke oder abgesprochene Vorgangsweisen aufgedeckt bzw. verhindert werden können.

Statistiken und Detailaufzeichnungen über alle Fälle werden angesichts des Aufwands der Einzefallermittlung nicht geführt, vgl. dazu die Größenordnung der weiter unten erwähnten Beträge.

Bei der **niederösterreichischen** Gebietskrankenkasse wurde bekannt, dass ein Versicherter seine e-card während eines Auslandsaufenthaltes jemand anderen überlassen hatte. Da aber – eben wegen Abwesenheit – in dieser Zeit keine Versicherung bestand, konnte die e-card eine solche auch nicht belegen und war damit in der Praxis unbrauchbar (im früheren Krankenscheinsystem hätte in ähnlichen Situationen allerdings durch das Überlassen von Krankenscheinformularen wesentlicher Schaden entstehen können).

Bei der **oberösterreichischen** Gebietskrankenkasse wurden drei Fälle bekannt, in denen die Karte an Familienangehörige weitergegeben wurde. Die Schadenshöhe ist noch nicht bekannt, bei der Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen wird die Kostenübernahmeverklärung widerrufen und vom Krankenhaussträger dann eine Privatrechnung ausgestellt und deren Betrag eingetrieben. Für die Gebietskrankenkasse entsteht somit kein Schaden.

Bei der **steiermärkischen** Gebietskrankenkasse hat für den 5. Februar 2008 die unter Frage 8 erwähnten Fälle mitgeteilt. Der Schadenersatzanspruch wird nach Abschluss der Erhebungen gestellt. In einem weiteren Fall hatte ein Asylwerber, der selbst versichert war, die e-card eines Bekannten benutzt. Da die Leistung auch mit der eigenen Karte so erbracht worden wäre, entstand kein Schaden an Behandlungskosten.

Die **Salzburger** Gebietskrankenkasse nannte zwei Fälle von Missbrauch bei ambulanten Krankenhausbehandlungen, einmal im UKH Salzburg und einmal an der Univ.-Klinik in Innsbruck mit Schäden von 168 und 165,15 € Eine Geltendmachung ist nicht sinnvoll bzw. aussichtslos, da der Aufwand den Betrag übersteige und der Betroffene mittellos und in Haft ist. Beide Fälle wurden von den Polizeibehörden vorgelegt.

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

Wie bereits oben beschrieben, werden vermutete (versuchte) Missbrauchsfälle in der Regel durch telefonische Anfragen der Ordinationen und Spitalsambulanzen bzw. durch die Aufmerksamkeit von MitarbeiterInnen bekannt. Bei vermuteten Missbrauchsfällen stellt sich dann aber nicht selten heraus, dass doch kein Missbrauchsfall vorliegt, weil die Identität mit Lichtbildausweis nachgewiesen werden konnte oder dass es beim Versuch bleibt, weil der „Patient“ 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 BGBI. I Nr. 101/2007 die Schutzfrist (Verlängerung des Versicherungsschutzes nach dem Ende der Anspruchsberechtigung) in § 122 Abs. 3a ASVG auf sechs Wochen erweitert.

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

Einige Fälle werden durch Ermittlungen der Polizei nach Diebstählen, 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.

Die Gebietskrankenkassen teilen dazu mit, dass Missbrauchsverdachtsfälle durch Anfragen von Polizeidienststellen, Mitteilungen von Vertragsärzten und anonyme Mitteilungen bekannt werden. Die Anfragen der Polizeidienststellen befassten sich mit konkreten Verdächtigen, so dass in diesen Fällen die Feststellung eines etwaigen Schadens möglich war. In diesen Fällen 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 auf, dass das Alter von Patienten mit den Daten auf der e-card nicht übereinstimmen kann (auf den Wunsch nach Ausweisleistung verließ der Patient fluchtartig das Ambulatorium). Es kommt auch vor, dass frühere Befunde wie Röntgenbilder nicht zu früher gemachten Aufnahmen passen und dies einem Arzt beim Vergleich auffällt.

11. Sind die Missbrauchsfälle mit e-cards im Vergleich zu Missbrauchsfällen früherer Jahre mit Krankenscheinen zurückgegangen?

Wenn ja, wie ist dies zu erklären?

Zur ersten Frage: Ja, schon wegen der Änderung des Systems für den Nachweis von Versicherungsschutz, das jetzt viel genauer und rascher ist als früher. Das Zurückgehen 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.

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 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.

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

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

Dazu ist das System wegen seiner Benützungseinschränkungen für mehrfache Arztbesuche pro Abrechnungszeitraum, die durch die letzte Änderung der Musterkrankenordnung noch verfeinert wurden, schon grundsätzlich nicht geeignet.

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

12. Sind durch die Verwendung des e-card-Systems im Jahr 2008 signifikante Änderungen bei Missbrauchsfällen (z. B. Vorgangsweisen) eingetreten?

Wenn ja, welche?

Nein.

13. Welche Gegenmaßnahmen wurden seitens Ihres Bundesministeriums und des Hauptverbandes bislang gegen den bekannt gewordenen e-card Missbrauch gesetzt?

Welche sind für 2009 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 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 oder mit hohem Aufwand Datenspeicherungen einzurichten, in denen „alles über alle“ gespeichert ist, nur damit in sehr wenigen von Millionen Fällen – vielleicht – ein Missbrauch ein einigen –zig Euro aufgedeckt wird. Es werden aber die

Erfahrungen genutzt, die bereits seit Jahrzehnten, schon aus dem Krankenscheinsystem, vorhanden sind. Dies wird auch 2009 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 ein, wenn auch in der Praxis bedeutender, Einsatzbereich der Karte.

Die gesetzliche Vorgabe, eine elektronische Authentifizierung zu ermöglichen, war Grundlage dafür, dass bei der Ausstellung von e-cards mit anderen staatlichen Stellen, insbesondere dem E-Government, zusammengearbeitet wird. Nach § 31 Abs. 4 Z 1 ASVG hat der Hauptverband die Aufgabe, die Sozialversicherungsnummern mit den bereichspezifischen Personenkennzeichen (§ 9 E-GovernmentG) 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 Dienstellen) 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 bettlägrigen Menschen auch kaum zumutbar wäre) und
 - bei der Ausstellung der e-card kein Lichtbild aufgebracht (die Patienten sollen nicht mit der Bildbeschaffung und Bildübermittlung an die ausstellende Stelle belastet werden).

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

Diese Problematik ist für alle Karten und Ausweise gleich, 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 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: Hier liegt ein wesentlicher Punkt des Themas: Es ist zwar möglich, jemandem, wenn ein Foto nicht „passt“, den Führerschein, Reisepass usw. 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. Dazu 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, Sparbuchlösungsworten 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 bisher, bis März 2009, nicht möglich, die vollständige rasche Erfassung exakter Personendaten zu erreichen, weil ein großer Teil der Standesämter nach wie vor keine elektronischen Meldungen an die Sozialversicherung übermittelt. An sich wäre in § 360 Abs. 5 ASVG vorgesehen, dass z. B. Namensänderungen, Scheidungen, Todesfälle usw. von den Personenstandsbehörden mitzuteilen wären. Damit sollte ursprünglich die exakte Ausstellung von e-cards nur für tatsächlich vorhandene Personen und die exakte Erfassung von Versicherungsansprüchen erleichtert werden. Die Personenstandsverordnung BGBI. II Nr. 239/2004 gäbe dafür seit mehreren Jahren eine Grundlage, das Bundesministerium hat auch einen Durchführungserlass dazu herausgegeben¹⁹ (vom 28. März 2007, siehe Beilage). Der Hauptverband hat wesentliche Vorleistungen kostenlos erbracht.²⁰ 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).

Beim Bundeskanzleramt läuft ein Projekt („Babypoint“), in welchem dieses Thema behandelt wird und in absehbarer Zeit auch Erfolge absehbar scheinen.

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

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

Umgekehrt wird eine tatsächlich gestohlene e-card (EKVK), mit der im In- oder Ausland absichtlich medizinische Behandlungen erschlichen werden sollen, gerade deswegen nicht rasch bei irgendeinem Fundamt abgegeben werden (bestenfalls nach einiger Zeit dann, wenn sie vom Dieb entsorgt wird). Die deutliche Senkung der Kartenkosten für die nächste Generation der e-cards macht es auch deswegen noch weniger als bisher notwendig, der Verwaltung gefundener Karten wegen ihres materiellen Wertes derzeit intensive Aufmerksamkeit zu schenken.

In diesem Zusammenhang darf auch auf den Aufbau eines eigenen Call-Center-Teams durch sozialversicherungseigene MitarbeiterInnen hingewiesen werden, welches seine Tätigkeit 2008 aufgenommen hat. Damit wird es möglich, auf bestimmte Auffälligkeiten, die in Telefonanrufen gemeldet werden, rascher zu reagieren und damit auch

¹⁹ BMG-11001/0037-I/5/2009.

²⁰ 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

Missbrauchsentwicklungen frühzeitiger abzufangen.

Weitere Gegenmaßnahmen für den Fall stark steigender Missbräuche können sein (solche Maßnahmen können, falls die Standesvertretungen der Gesundheitsberufe nicht zu vertretbaren [insbesondere finanziellen] Bedingungen zustimmen sollten, weitgehend nur in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ministerien erfolgen):

- Begrenzung bzw. zusätzliche Regeln für Behandlungen ohne zwingende Verwendung der e-card – für Notfälle müssen immer auch solche Behandlungen möglich sein, aber es sind Maßnahmen denkbar, mit denen die Zahl von angeblich dringend notwendigen Behandlungen, die ohne jenen Beleg oder Dringlichkeitsnachweis erfolgen, gedämpft werden kann (z. B. Dokumentation, Verrechnung und Registrierung solcher Behandlungen sofort nach deren Durchführung und nicht erst mit der allgemeinen Abrechnung).
- Anspruchsprüfung mit der e-card auch bei anderen Gesundheitsdiensteanbietern, insbesondere Krankenanstalten und Apotheker, geprüft werden kann.
- Koppelung der e-card-Funktionen mit anderen Chipkartenausweisen (das wurde für Asylwerber bereits überlegt, scheiterte nach Informationen des Hauptverbandes jedoch an den Rechtsgrundlagen für solche Ausweise und deren mangelnder technischer Ausstattung mit einschlägig verwendbaren Signaturchips).
- Einführung der Anforderungen des Gesundheitstelematikgesetzes (gesicherte Datenübermittlungen) ohne Verzögerung (hiezu soll die Verordnung zum Gesundheitstelematikgesetz unseren Informationen nach wegen der Verlängerung der Übergangsfristen nach dem GTelG geändert werden).
- 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 Oberste Gerichtshof hat bereits mehrfach²¹ 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 unbare Zahlungsmittel* gegenüber einer Vielzahl von Personen eingesetzt werden (vgl. Schroll in Wiener Kommentar, 2. Aufl., Vorbemerkung zu §§ 241a bis 241g StGB Rz 8). Sie ist nach Ansicht der OGH daher kein unbare Zahlungsmittel iSv § 74 Abs. 1 Z 10 StGB.

Das bedeutet, dass die strafrechtlichen Bestimmungen zum Schutz unbarer Zahlungsmittel nicht angewendet werden können, obwohl die e-card bei über 10.000 Vertragspartnern der

²¹ 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.

Sozialversicherung (und die EKVK im Ausland) gerade dazu verwendet wird, Honorarforderungen nicht bar bezahlen zu müssen, sondern mit der Krankenversicherung verrechnet werden können - und damit für den Patienten und den Arzt bargeldvertretend sind. Die e-card hat nach dem OGH Urkundencharakter und Ausweisfunktion²² (§ 231 StGB) und ist demzufolge durch die Bestimmungen des 12. Abschnittes des StGB (§§ 223 ff. StGB) geschützt. Diese Tatbestände sind in der Praxis jedoch schwierig nachzuweisen und haben weiters auch geringere Strafrahmen.

Es wird angeregt, aus generalpräventiven Gründen die bargeldersetzenende Funktion der e-card im Strafrecht vorzusehen. Der Hauptverband hat das bereits vorgeschlagen²³.

14. Sind im Jahr 2008 Missbrauchsfälle auch im internationalen Bereich bekannt geworden (Europäische Krankenversicherungskarte)? Was ergab die Beobachtung dieser Missbräuche?

Mussten Gegenmaßnahmen gesetzt werden?

Wenn ja, welche in welchen Staaten?

Die Rechtslage bei Verwendung der EKVK zur Einschränkung von Missbrauchsfällen ist günstiger als derzeit noch für die e-card in Österreich, 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 europaweit vorhandene Formular (in Österreich: Anhang 3 zur Musterkrankenordnung, es ist auch die Angabe der Ausweisdaten verlangt).

Es sind (von den hiefür zuständigen Versicherungsträgern in den Mitgliedstaaten der EU bzw. des EWR und der Schweiz) einige Hinweise auf missbräuchliche Verwendungen eingetroffen. Nach den zur Verfügung stehenden Informationen wurden in den drei Jahren 2006 bis 2008 insgesamt 33 Fälle eines Missbrauchs der österreichischen EKVK verzeichnet.²⁴ Der hieraus entstandene Schaden beläuft sich auf 25.366,97 € Darin enthalten sind die bereits letztes Jahr genannten 20.596,90 € eines Versicherten der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse.²⁵ Die meisten Missbrauchsfälle wurden von der Niederösterreichischen und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse gemeldet.

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

²² Bereits OGH 22. 11. 1977, 13 Os 153/7: Ausweise nach § 231 StGB sind nach der Judikatur (St 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.

²³ http://www.parlament.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XXII/ME/ME_00078_05/fname_000000.pdf

²⁴ Monitoring der Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte; Stellungnahme zur Aufzeichnung des Sekretariates vom 22. Dezember 2008 (CA.SS.TM. 531/08) und vom 20. Dezember 2007 (CA.SS.TM. 366/07).

²⁵ siehe dazu auch die Anfragebeantwortung vom 8. Mai 2008, Seite 30 des Anhanges: http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_03834/imfname_109358.pdf

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, einfach deswegen, weil die EKVK schwieriger zu fälschen ist.

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

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

Nach unserer Einschätzung wird die Prüfbarkeit auf einen solchen Missbrauch *bei der Leistungsinanspruchnahme* 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.

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 2007, für eine andere Person verwendet

(und vielleicht sogar auf deren Ausweisdaten gefälscht - „hingetrimmt“), gibt es im Falle des Einvernehmens zwischen dem Versicherten und der anderen Person derzeit überhaupt keine mit einem vertretbaren Verwaltungsaufwand administrierbare Möglichkeit, eine dadurch betrügerisch erlangte Sachleistung festzustellen.

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

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

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

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

Siehe auch die Seite über die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Datenbank der europäischen Krankenkassen (Code-List Database)

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=651&langId=de> .

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

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

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

Die Salzburger GKK teilte vier Missbrauchsfälle mit, ein Fall mit Malta, zwei Fälle mit Spanien, ein Fall mit Frankreich, jeweils betreffend ärztliche Behandlungen. Der Schäden beträgt pro Fall zwischen 50 und 60 €

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.*²⁶

²⁶ 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)

Einerseits erspart das die Produktion und Verteilung einer zweiten Kartengeneration, andererseits kann die – seltener, nämlich nur bei Auslandsreisen verwendete – EKVK im Regelfall nicht vergessen oder verlegt werden, solange man nur die e-card in Händen hat. Ob die Kosten für die Kartenproduktion durch eine Trennung der e-card von der EKVK so gesenkt werden können, dass dennoch in Summe Einsparungen lukrierbar sind, wird derzeit überlegt.

Es wird in diesem Zusammenhang auch hin und wieder vorgeschlagen, die Gültigkeitszeiträume für die EKVK zu verkürzen: Das würde allerdings bedeuten, dass in einer großen Anzahl von Fällen allein wegen des Fristablaufes der EKVK neue Karten²⁷ 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.

15. In welchen EU-Mitgliedsstaaten gab es 2008 Probleme mit der Anerkennung der Europäischen Krankenversicherungskarte?

Welche Konsequenzen wurden daraus gezogen?

Bleibt die Antwort des Hauptverbandes in der Anlage zur AB 3834/XXIII. GP vom 8. Mai 2008 aufrecht?

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 eingetüft 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 auf einem Formular E 111 (das früher gegolten hat) bestanden, in diesem Zusammenhang wurden Fälle aus Deutschland, Ungarn und Griechenland bekannt, nach einer Mitteilung der stmkgkk hat sich die Situation mit Ungarn aber verbessert.

Derartige Probleme sind Gegenstand von Verbindungsstellenbesprechungen, sie können aber meist in direkten Kontakten mit den ausländischen Krankenversicherungsträgern gelöst werden. Dass in Einzelfällen eine Behandlungsstelle die Annahme der EKVK verweigert, obwohl sie dazu verpflichtet wäre, kommt leider vor und wird mit den jeweils zuständigen Stellen im Ausland²⁸ behandelt, welche gegenüber ihren landesinternen Behandlungsstellen

Logistikaufwand, Personalkosten usw. für Einrichtung und Betrieb der dafür notwendigen Parallelstruktur zum ohnedies vorhandenen e-card-System.

²⁷ 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).

²⁸ Welche Stellen (Versicherungsträger) es gibt, ist in der Datenbank der einschlägigen Einrichtungen unter http://ec.europa.eu/employment_social/cld/public/findInstitution.do?lang=de festgehalten. Auf diese Weise können alle europäischen Versicherungsträger ermittelt werden, die im Rahmen der

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. Bei einer Erhebung der ööGKK wurde festgestellt, dass in zwei Monaten (August und September 2008) in 323 Fällen die EKVK nicht angenommen worden war. 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.

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

In der Praxis kommt es vor, dass von Vertragspartnern die Chipkarte elektronisch zu lesen versucht wird (was noch nicht funktionieren kann²⁹ und insb. In Deutschland vorkommt) und danach wegen Kartendefekts Barzahlung oder die Beschaffung eines ausländischen Krankenscheins verlangt wird.

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

Daraus ergibt sich mitunter, dass (neben allenfalls fremden Sprachen) die Leistungserbringung und die verwaltungstechnischen Erfordernisse in anderen Staaten Personen, die das hohe Leistungsniveau und unbürokratische System in Österreich gewohnt sind (bloßes e-card-Stecken reicht ja im Inland normalerweise aus) überfordern können³⁰. 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. 22 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeiter , ABI. L 149/1971.³¹

europäischen Koordinierungsvorschriften im Bereich der sozialen Sicherheit anfallende Kosten für Gesundheitsleistungen erstatten.

²⁹ 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.

³⁰ Dass dabei nicht jede Behandlungsstelle ohne weiteres bereit sein könnte, ihrem Patienten alle einschlägigen Hürden aus dem Weg zu räumen, darf nicht übersehen werden: die Motivation, dass der Patient dadurch zu direkten Honorarzahlungen in bar veranlasst werden kann, könnte dafür einen Anlass bieten.

³¹ Und deren Nachfolgerin, die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABI. L 200/2004 (dort Art. 19 Abs. 1).

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;
- 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 oder dies behauptet/vorschützt, um vom Patienten Privathonorare verlangen zu können.

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

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

Konkrete Fälle von Ablehnungen der EKVK von Vertragspartnern in EU-/EWR-Staaten sind nur in geringem Umfang bekannt. Von einigen Versicherten wurden die Versicherungsträger jedoch darüber informiert, dass die EKVK nicht immer akzeptiert wird, wobei in diesen Fällen nicht bekannt ist, ob es sich um vertragliche Leistungsanbieter handelte.

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

Bessere Patienteninformation wird angestrebt

Der Hauptverband hat in einer Aufzeichnung an die Verwaltungskommission (CA.SS.TM)³²

³² Commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, vgl. Art. 80 der VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. in Zukunft Art. 71 EG-KoordV ABI. L Nr. 883/2004.

für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer³³ auf eines der 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 Beschlussentwurf³⁴ 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 vehement 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 Vertreter des Hauptverbandes bei jener Sitzung der Verwaltungskommission, bei der die EKVK-Statistik des Jahres 2008 erörtert werden soll, 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 wurde beispielsweise seitens des Hauptverbandes angedacht, eine Aufzeichnung an die Verwaltungskommission zu schicken und darin alle Mitgliedstaaten aufzufordern, die Vorgangsweise bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen mit der EKVK in ihrem Land detailliert darzustellen und in ihrer Stellungnahme 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 der Homepage des Hauptverbandes oder der Träger abgerufen werden. Ob diese Überlegungen des Hauptverbandes schlussendlich auch umgesetzt werden können, ist derzeit noch nicht abzuschätzen.

16. Wie ist der Stand der Erweiterung des Projekts der internationalen computerlesbaren Krankenversicherungskarte?

Wann wird diese EU-weit realisiert sein?

Es gibt zu diesem Thema auf EU-Ebene verschiedene Aktivitäten, welche von der bereits genannten Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer in Europa ausgehen:

1. Das Projekt NETC@RDS

Das Projekt NETC@RDS³⁵ arbeitet einerseits daran, bestehende nationale Sozialversicherungs-Chipkarten kompatibel (interoperabel) zu machen. Andererseits werden auch Lösungsmöglichkeiten zur elektronischen Erfassung der Daten der „Europäischen Krankenversicherungskarte“ (EKVK) sowie die Anbindung von nicht-kartenorientierten Systemen angeboten.

Im Zuge eines Pilotbetriebes („Phase A“) ist in zehn Ländern (Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Österreich, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn)

³³ CA.SS.TM 230/06 vom 28. September 2006.

³⁴ CA.SS.TM 163/07 vom 30. Mai 2007.

³⁵ <http://www.netcards.eu>

jeweils ein NETC@RDS-Portal eingerichtet worden, welches der Kommunikation mit den Partnerländern dient. Das österreichische Portal wird derzeit vom Hauptverband (bzw. von der SVC) betrieben.

Weiter wurden in Krankenanstalten in den teilnehmenden Ländern Arbeitsplätze mit der NETC@RDS-Software ausgestattet, welche ein Auslesen unterschiedlicher nationaler Krankenversicherungskarten ermöglicht. Derzeit werden Chipkarten aus Deutschland, Frankreich, Italien, Slowenien und Österreich sowie EKVKS aus allen Partnerländern unterstützt.

Phase A wurde erfolgreich abgeschlossen und bildet die Grundlage für die Einführungsphase B, an der neben den Partnerländern der Phase A auch Liechtenstein, die Niederlande, Norwegen, Polen und Rumänien am Projekt teilnehmen.

Ziele dieser Phase sind:

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

Der Hauptverband arbeitet auch in dieser Phase weiter im Projekt mit. Der Abschluss dieser Projektphase ist mit Dezember 2010 geplant.

2. Die Ad-Hoc Working Group „eEHIC“

Die Technische Kommission (kurz TC) von CASSTM hat eine aus europäischen Experten bestehende Arbeitsgruppe ins Leben gerufen und mit der Erstellung eines Dokumentes beauftragt, welches bis Mai dieses Jahres die rechtlichen, funktionalen und technischen Grundlagen sowie einen Zeitplan für die Einführung einer elektronischen EKVK (eEHIC) als Entscheidungsgrundlage für die Kommission aufbereiten soll.

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

Die derzeit 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.

3. Normierungs-Bestrebungen durch CEN

CASSTM und TC haben das europäische Normungsinstitut CEN mit der Schaffung eines vorläufigen Standards für eine eEHIC beauftragt. Die Veröffentlichung des von der zuständigen Arbeitsgruppe bereits abgestimmten Dokumentes durch CEN wird für Juni diesen Jahres erwartet.

Die in CASSTM vertretenen Länder werden möglicherweise noch 2009 über die weitere Vorgehensweise abstimmen.

Österreich ist durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 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 ist aber trotz der geschilderten umfangreichen Vorarbeiten der Zeitpunkt einer EU-weiten Einführung auch weiterhin nicht seriös abschätzbar.

17. Wie kann ein Teilnehmer am e-card-System (z. B. ein Praktischer Arzt) erkennen, dass eine Karte als verlustig oder gestohlen gemeldet wurde?

Bleibt die Antwort des Hauptverbandes in der AB 3834/XXIII.GP vom 8. Mai 2008 aufrecht?

Hat sich die Haltung der Ärzte zur Identitätskontrolle in Ordinationen geändert?

Die Antwort zur letzten Anfrage bleibt aufrecht.

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

Wenn die Karte als verlustig oder gestohlen gemeldet ist, ist sie automatisch gesperrt. Das ist in der Arztordination zu bemerken, wobei der Grund für die Sperre nicht angegeben wird. 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:

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

Technisch wird in diesen Fällen vom e-card System (Server) nur ein Fehlerhinweis gemeldet – „e-card wird nicht akzeptiert (gesperrt, abgelaufen)“ o. ä. Hat ein Arzt eine Arztsoftware installiert, kann der Fehlertext auf dem Bildschirm in der Ordination auch anders lauten (der Fehlercode aus dem e-card-System wird von den Arztsoftware-Produkten in frei lesbaren Text umgesetzt) – auf diese Texte hat die Sozialversicherung keinen Einfluss, weil es sich um die Organisation der Praxis des jeweiligen Arztes und anderen Vertragspartners handelt.

Gemeinsam mit den Anbietern von Ordinationssoftware ist der Hauptverband aber bemüht, die jeweilige Situation klar darzustellen.

Der Versicherungsanspruch ist nicht auf der Karte verzeichnet, er wird nur jeweils mit der Karte aktuell festgestellt³⁶.

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, „wegschicken muss“. Unseres Erachtens gehört es in den Aufgabenbereich des Vertragspartners, den

³⁶ 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.

Kunden/Patienten auch in solchen Zusammenhängen Unterstützung anzubieten.

18. In wie vielen Fällen wurde 2008 online in der Arztordination festgestellt, dass kein Versicherungsschutz besteht?

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

Im Jahr 2008 konnte bei 1.579.263 Konsultationen kein Versicherungsschutz vom e-card-System zurückgemeldet werden; diese Fälle verteilen sich auf 785.909 Karteninhaber. Dies entspricht einem Verhältnis von 1,5 % 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. 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). Nach Schätzungen der ööGKK erfolgen jährlich etwa 1000 bis 1500 Anfragen aus Arztordinationen, weil kein Krankenversicherungsanspruch aufscheint.

Diese Zahl ist auch keine Aussage darüber, dass 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). Ebenso kommt das bei Sozialhilfebeziehern vor, die im Regelfall (von einer früheren Erwerbstätigkeit/Versicherung her) eine e-card besitzen können, mit welcher aber kein Anspruch belegbar ist: Es ist nachvollziehbar, dass dann, wenn ein Patient eine e-card besitzt, vorsichtshalber von einer Ordinationshilfe usw. jedenfalls zunächst jedenfalls diese Karte verwendet wird und erst danach andere Anspruchsgrundlagen (Sozialhilfekrankenschein, ausländische EKVK) herangezogen werden, weil letzteres mit höherem administrativem Aufwand verbunden ist. Nicht berücksichtigt sind bei der genannten Zahl auch spätere erfolgreiche Anspruchsprüfungen im selben Quartal, wenn der Anspruch rückwirkend festgestellt wurde („Nachbringen“ der e-card zu einem späteren Zeitpunkt im selben Quartal mit vorhandenem Anspruch).

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.

19. In wie vielen Fällen war dies auf defekte Karten oder nicht funktionierende Lesegeräte zurückzuführen?

In wie vielen Fällen lag der Grund für die Nichtfunktion außerhalb des Einflusses der Sozialversicherung?

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. 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.

20. Welche Personengruppen verfügen mit Stichtag 1. Jänner 2009 in Österreich noch über keine e-card?

Das sind Personen (stets auch einschließlich sonst nicht [mit-]versicherter Angehöriger³⁷⁾, 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

³⁷ 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).

Ausland vom dort zuständigen Sozialversicherungsträger nach dessen Regeln, aber mit Finanzierung durch den inländischen Sozialversicherungsträger behandelt werden (solche Personen müssen einem inländischen Sozialversicherungsträger nicht einmal stets bekannt sein, vgl. die Darstellung in der Anfragebeantwortung 2297/AB-BR/2007, Frage 10, Seite 3 unten),

- d) Sozialhilfebezieher – deren Einbeziehung steht jedoch derzeit in Diskussion.

Fälle nach lit. a:

1. Mitglieder freier Berufe wie z. B. Architekten, Apotheker, Ärzte, Rechtsanwälte, Wirtschaftstreuhänder,
2. Personen, die seit Beginn des e-card-Projektes nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (Privatiers, Pensionisten, die ihre Pension außerhalb eines Sozialversicherungssystems beziehen, wie z. B. Privatpensionsbezieher),
3. Mitglieder einiger Krankenfürsorgeanstalten der Länder und Gemeinden (wie wobei aber eine Einbeziehung überlegt wird, KFAs aus Wien, Graz, Villach, Salzburg und Tirol nehmen bereits teil, siehe auch die Listen zu Fragen 1, 2 und 6),
4. Urlauber, Touristen, Besucher aus dem Ausland (wobei es sich nicht um Ausländer handeln muss, auch Auslandsösterreicher können davon betroffen sein),
5. Personen, die von der österreichischen Sozialversicherung ausdrücklich ausgenommen sind, wie Diplomaten,
6. Erwerbstätige, die aus dem Ausland nach Österreich gekommen sind (entsendete Arbeitnehmer u. a., vgl. nur § 3 Abs. 3 ASVG) und sich (noch) nicht mit der österreichischen Gebietskrankenkasse usw. Verbindung gesetzt haben, um für Österreich den Status einer betreuten Person zu erhalten, wie es an sich nach dem Europarecht vorgesehen wäre [siehe Art. 76 Abs. 4 der VO (EG) 883/2004],
7. Personen, die zwar sozialversicherungspflichtig wären, aber nicht gemeldet wurden (Schwarzarbeiter) und auch sonst, z. B. von einer früheren Beschäftigung, keine e-card erhalten haben.

Fälle nach lit. b:

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

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

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

Hingewiesen sei aber darauf, dass jemand „als Sozialhilfeempfänger“ keine eigene (neue) e-card erhalten müsste: 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 erhalten. Diese e-card könnte auch dann weiter verwendet

werden, wenn die soziale Absicherung im Krankheitsfall auf sozialhilferechtlichen Regeln beruht – technisch wäre das sogar einfacher und damit billiger bzw. rascher möglich, als wenn für Sozialhilfebezieher eine neue Organisationsform geschaffen würde.

Wenn die Grundlagen feststehen, wäre eine Einbeziehung kurzfristig möglich: Es müssten dafür die berechtigten Personen (mit exakten Personenstandsdaten³⁸), Kostenträger und Zustelladressen feststehen und auch den Sozialversicherungsträgern tatsächlich gemeldet werden.

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

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

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

22. 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 Frühjahr 2007; per 17. März 2009 sind 108 der öffentlichen Krankenanstalten an das e-card System angeschlossen.

Ziel ist es, bis Ende 2009 50 % (134) aller öffentlichen Krankenanstalten an das e-card System anzuschließen. Dabei ist festzuhalten, dass der Zeitpunkt der Einbindung (und damit auch der Endtermin der vollständigen Anbindung aller Krankenanstalten) nicht im Einflussbereich der Sozialversicherung liegt, sondern vom Handeln der einzelnen Krankenanstalten und von den Rechtsträgern der Krankenanstaltenverbünde abhängt.

Da die Krankenanstalten – abhängig von deren Rechtsträgern – sehr unterschiedliche (und naturgemäß auch sehr komplexe) EDV-Systeme verwenden, ist die Einführung eines neuen Systems auf die einzelne Einrichtung umgelegt mit größerem Aufwand und höheren Kosten verbunden als bei den – im Vergleich zu Spitätern relativ kleinen – ärztlichen Ordinationen. Es läge unseres Erachtens im Interesse aller beteiligten Stellen, wenn Versicherungsansprüche auch in Krankenanstalten rasch und sicher verifiziert werden könnten.

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

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

Es wird weiters nicht als Aufgabe des e-card-Systems (Hauptverbandes) bzw. der sozialen Krankenversicherung zu sehen sein, einschlägige EDV-Aufwände der Krankenanstaltenbe-

³⁸ Es kann davon ausgegangen werden, dass zumindest eine Reihe von Sozialhilfebeziehern, nämlich Kinder, aufrechte Krankenversicherungsansprüche gegen einen zweiten, versicherten, Elternteil aus der Angehörigeneigenschaft haben (§ 123 Abs. 2 Z 2 und Z 4 ASVG). Vgl. aber dazu die Ausführungen zu den Personenstandsdaten und die einschlägigen Beilagen dieses Schreibens.

treiber zu finanzieren, ohne Mitspracherechte bei der Organisation und dem Aufbau dieser EDV-Systeme zu haben (wenn Vereinheitlichungen deutliche Kostenersparnisse erwarten lassen, dies ist in den einschlägigen Gremien wie Landesfonds, Landes-Krankenanstalten-Betriebsgesellschaften zu erörtern und nicht allein von der sozialen Krankenversicherung). Eine Organisationsumstellung, wie sie im Rahmen der Diskussion über eine einheitliche Finanzierung im Gesundheitswesen behandelt werden könnte, ist im vorliegenden Rahmen nicht zu behandeln.

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

Welche Änderungen sollen aus Sicht des Ressorts 2009 durchgeführt werden?

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:

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

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

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

Im Wesentlichen haben sich die eingeführten Regeln nach Ansicht des Hauptverbandes bewährt.

Auch in Zukunft sind die notwendigen Anpassungen zu erwarten – ebenso, wie Versicherungsbedingungen anderer Versicherungen den jeweiligen Erfordernissen angepasst werden.

Zur Identitätsprüfung:

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

Ein Vertragsarzt oder eine sonstige behandelnde Stelle hat alle Möglichkeiten, die das Zivilrecht für den Abschluss von Behandlungsverträgen bietet, d. h. die Behandlung kann von der Vorlage amtlicher Unterlagen usw. abhängig gemacht werden. Zu erwähnen sind freilich auch die ärztliche Berufspflicht, in Fällen drohender Lebensgefahr die erste Hilfe nicht zu verweigern und überdies auch das strafrechtliche Verbot der Unterlassung einer Hilfeleistung (§ 95 StGB).³⁹

Die 1. Änderung der Musterkrankenordnung⁴⁰ hat mit dem bereits erwähnten § 5 Abs. 11 MKO 2007 eine ausdrückliche Bestimmung eingeführt, wonach auch Patienten (mit oder

³⁹ Siehe Punkt 5 der parlamentarischen Anfragebeantwortung Nr. 1476/AB XXIII. GP, vom 21. November 2007, BMGFJ-11001/0155-I/A/3/2007, Seite 3:
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_01476/imfname_092401.pdf

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

ohne e-card) Ihre Identität z. B. mit Lichtbildausweis nachweisen müssen, genauso, wie die e-card zwecks einfacher Datenerfassung für die Sozialversicherungsmeldung bei Arbeitsantritt gemeinsam mit einem Lichtbildausweis vorzulegen ist, um dem Arbeitgeber sichere Datengrundlagen für die Lohn- und Beitragsverrechnung zu geben, § 4 Abs. 10 MKO 2007.

Diese Verpflichtung des Patienten muss dann aber mit einer entsprechenden Verpflichtung des Vertragsarztes, diese Identität auch zu überprüfen, korrelieren. Sie ist daher ohne Zustimmung der Standesvertretungen durch die Sozialversicherung allein nicht einführbar und wäre vorher noch eingehend wegen ihrer (verzögernden u. a.⁴¹) Auswirkungen auf die Abläufe in den Ordinationen usw. (welche ihrerseits wieder Honorarforderungen an die soziale Krankenversicherung auslösen könnten) zu untersuchen.

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

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

2007 wurden keine Änderungen durchgeführt, Änderungen der Musterkrankenordnung erfolgten durch folgende Kundmachungen (die e-card wurde mit der ersten Änderung der MKO 2004 eingeführt, siehe avsv 49/2005):

1. zweite Änderung der MKO 2004 avsv 22/2006
2. dritte Änderung der MKO 2004, avsv 77/2006
3. Neufassung als MKO 2007, avsv 130/2006
4. erste Änderung der MKO 2007, avsv 26/2008
5. zweite Änderung der MKO 2007, beschlossen am 1. April 2009, Kundmachung erfolgt nach ministerieller Genehmigung des Beschlusses.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

⁴¹ Kinder besitzen nicht immer Ausweise, nicht alle Patienten werden Ausweise bei sich tragen (Notfälle), Ausweisdaten müssten zwecks Verifikation festgehalten werden usw.