

**14864/AB XXIV. GP**

---

Eingelangt am 14.08.2013

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

BM für Gesundheit

## Anfragebeantwortung



**Alois Stöger**  
Bundesminister

Frau  
Präsidentin des Nationalrates  
Mag. <sup>a</sup> Barbara Prammer  
Parlament  
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0208-I/A/15/2013

Wien, am 12. August 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische  
**Anfrage Nr. 15273/J der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein und weiterer  
Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist festzuhalten, dass zur Beantwortung der vorliegenden  
parlamentarischen Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der  
österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde.

Zunächst darf ich zur Aussage in der Präambel der Anfrage, einzelne Personen  
würden auch ohne Ausweis und e-card behandelt, Folgendes anmerken:

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

Für den Bereich der niedergelassenen (freiberuflich tätigen) Vertrags-(fach)-ärztinnen und Vertrags-(fach)-ärzte der Krankenversicherungsträger normiert der e-card-Ärztegesamtvertrag, dass die e-card grundsätzlich bei jeder Konsultierung zu verwenden ist (vgl. insb. dessen § 4 Abs. 2). Ein Nichtverwenden der e-card stellt den Ausnahmefall dar und erfordert - um die Leistung mit der sozialen Krankenversicherung verrechnen zu können - zumindest die Eingabe der Sozialversicherungsnummer. Sofern ein Sozialversicherungsschutz bzw. eine Anspruchsberechtigung gegenüber einem Krankenversicherungsträger besteht, haben die Patient/inn/en auf einem dadurch erzeugten Beleg durch ihre Unterschrift den Arztkontakt sowie den Anspruch zu bestätigen (vgl. § 5 Abs. 1 und 2).

Sollten Zweifel an der Identität der Patientin/des Patienten bestehen, ist die Vertrags-(fach)-ärztin bzw. der Vertrags-(fach)-arzt aufgrund gesamtvertraglicher Bestimmungen zur Überprüfung der Identität verpflichtet (vgl. § 342 Abs. 1 Z 3 ASVG).

Entsprechende Regelungen sind auch für den stationären und ambulanten Bereich der Krankenanstalten vorgesehen (vgl. § 148 Z 6 und § 149 Abs. 2 ASVG). Die Inanspruchnahme von Leistungen auf Kosten der sozialen Krankenversicherung ohne Ausweis bzw. ohne Vorlage der e-card ist aus Sicht des Hauptverbandes schon deswegen praktisch nicht möglich, weil dann keine ausreichenden Daten für eine Verrechnung der Leistungen vorhanden wären.

### **Fragen 1 bis 35:**

Sofern bei den Fragen 1 bis 6 mit den Worten „Behandlung wegen unerfülltem Kinderwunsch“ auf reproduktionsmedizinische Maßnahmen im Rahmen des IVF-Fonds abgestellt wird, ist Folgendes zu bemerken:

Eine der gesetzlich normierten Voraussetzungen für die Mitfinanzierung von Behandlungen wegen unerfüllten Kinderwunsches durch den IVF-Fonds ist, dass Personen, die nicht österreichische Staatsbürger/innen oder nicht Staatsangehörige eines EU- bzw. EWR-Mitgliedstaates oder nicht Staatsbürger/innen der Schweizerischen Eidgenossenschaft sind, über einen von einer österreichischen Behörde ausgestellten unbefristeten Aufenthaltstitel gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 und 4 Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG), BGBI. I Nr. 100/2005, verfügen müssen (vgl. § 4 Abs. 4a IVF-Fonds-Gesetz, BGBI. I Nr. 180/1999, idgF.). Eine Kostenübernahme von IVF-Behandlungen durch den beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten IVF-Fonds für Personen, die diese Voraussetzung nicht erfüllen, ist nicht möglich.

In Beantwortung der Anfrage ist darüber hinaus festzuhalten, dass dem beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten IVF-Fonds die Staatsbürgerschaft der einzelnen Patient/inn/en nicht bekannt ist, da die Überprüfung der Voraussetzungen vor Ort durch die IVF-Fonds-Vertragskrankenanstalten erfolgt, die selbstredend die Bestimmungen des IVF-Fonds-Gesetzes einzuhalten haben.

Im Übrigen führt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur vorliegenden Anfrage Folgendes aus:

Das österreichische Sozialversicherungsrecht macht im hier vorliegenden Zusammenhang keine Unterschiede zwischen einzelnen Personengruppen.

Die genannten Personengruppen sind gemäß § 1 Z 17 und Z 19 der Verordnung des Bundesministers für soziale Verwaltung vom 28. November 1969 über die Durchführung der Krankenversicherung für die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogenen Personen, BGBl. Nr. 420/1969 idgF. gesetzlich krankenversichert und haben daher Anspruch auf die gesetzlich vorgesehenen Leistungen.

Der Umfang der Krankenbehandlung ist in § 133 ASVG normiert. Gemäß Abs. 2 muss die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Unter anderem soll durch die Krankenbehandlung die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

Wie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger weiter ausführt, können darüber hinaus die einzelnen Fragen im vorgegebenen Zeit- und Ressourcenrahmen nicht beantwortet werden. Leistungen an die genannten Personengruppen (Asylwerber/innen, Asylant/inn/en und subsidiär Schutzberechtigte) sind grundsätzlich nicht als solche im Vorhinein gekennzeichnet, den Krankenversicherungsträgern sind präzise bzw. bundesweite Auswertungen daher nicht möglich.

Zudem weist der Hauptverband darauf hin, dass die angeführten Leistungen fast ausschließlich im stationären Bereich erbracht werden und diesbezügliche Daten (insbesondere Kosten) aufgrund der pauschalierten Krankenanstaltenfinanzierung weitgehend nicht bekannt sind.

Abschließend ist festzuhalten, dass auch aus den meinem Ressort vorliegenden Daten zu Spitalsaufenthalten nicht hervorgeht, welche und wie viele Personen Krankenhausaufenthalte absolvierten bzw. ob sich darunter Asylwerber/innen, anerkannte Asylant/inn/en und subsidiär Schutzberechtigte befanden.