

4273/AB XXIV. GP

Eingelangt am 26.03.2010

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

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger diplômé
Bundesminister

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

Wien, am 26.März 2010

GZ: BMG-11001/0018-I/5/2010

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 4339/J der Abgeordneten Mag. Maier und GenossInnen** nach den mir vorliegenden Informationen 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 14:

Auf Basis eines Beschlusses des Ministerrates im Rahmen der Regierungsklausur am 19.2.2009 in Sillian wurde im 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 147/2009, die Anordnung in das Gesetz aufgenommen, durch entsprechende gesamtvertragliche Regelung eine Verpflichtung der Vertragsärzte/-ärztinnen zur Überprüfung der Identität des Patienten /der Patientin und der rechtmäßigen

Verwendung der e-card im Zweifelsfall sicher zu stellen. Weiters werden die Krankenanstalten verpflichtet, die e-card und die e-card- Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Auch hier sind im Zweifelsfall die Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.

Frage 22:

Bereits seit 1. Juli 2006 ist es möglich, dass Bestandteile des ELSY, dazu gehört u.a. die e-card, für andere als Sozialversicherungszwecke verwendet werden. Ausdrücklich angeführt ist im § 31a Abs. 4 ASVG die "Prüfung von Ansprüchen gegen Sozialhilfeträger nach landesgesetzlichen Vorschriften". Von dieser Möglichkeit wurde bisher allerdings nicht Gebrauch gemacht.

Im Zuge der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung, dies ist mit 1. September 2010 in Aussicht genommen, soll auch die Einbeziehung der Bezieher von bedarfsorientierter Mindestsicherung, die über keine eigene Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen, mittels Verordnung in die Krankenversicherung nach dem ASVG erfolgen. Diese Verordnung zum ASVG befindet sich derzeit in Begutachtung. Mit dieser Einbeziehung wird für Personen, die bisher über keinen eigenen sozialversicherungsrechtlichen Anspruch verfügen ein solcher begründet und eine vorhandene e-card entsprechend hinterlegt, bzw. eine e-card ausgestellt.

Frage 24:

Zu der gleichlautenden Frage in der parlamentarischen Anfrage Nr. 1155/J habe ich in meiner Beantwortung vom 30.4.2009, Nr. 1177/AB, im Wesentlichen Folgendes ausgeführt:

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 eines von der Trägerkonferenz gemäß § 441d Abs. 2 Z 4 ASVG gefassten Beschlusses über die Musterkrankenordnung oder deren Änderungen zu.

Aus Sicht des Ressorts besteht derzeit kein unmittelbarer Änderungsbedarf der Musterkrankenordnung. Die Änderungen der Musterkrankenordnung sind unter der Internet-Adresse www.avsv.at einsehbar. Im Jahr 2009 erfolgte unter der Verlautbarungsnummer 45 eine Änderung der Musterkrankenordnung.

Wesentlicher Inhalt dieser Änderung war eine Klarstellung für den Fall des Wechsels des Arztes/der Ärztin (der Gruppenpraxis) desselben ärztlichen Fachgebietes während eines Kalendervierteljahres.

Im Zusammenhang mit der gegenständlichen Anfrage erfolgte eine gendergerechte Anpassung in der Regelung über den Identitätsnachweis der Anspruchsberechtigten und Leistungsempfänger/innen gegenüber der behandelnden Stelle.

Beilage



ZI. 12-REP-29/10 Sd/Ht

Wien, 2. März 2010

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1031 Wien

Per E-Mail

Betr.: Parlamentarische Anfrage Nr. 4339/J (Abg.
Mag. Johann Maier und GenossInnen) betref-
fend gestohlene bzw. als verlustig erklärte
e-cards im Jahr 2009

Bezug: Ihr E-Mail vom 5. Februar 2010;
GZ.: 90.001/015-I/B/10/2010

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu der parlamentarischen Anfrage Nr. 4339/J gibt der Hauptverband die fol-
gende Stellungnahme ab.

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

¹ So z. B. in den Beantwortungen

Nr. 1177/AB des Gesundheitsministers vom 5. Mai 2009,

http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/AB/AB_01177/pmh.shtml betreffend gestohlene bzw. als verlustig erklärte e-cards
im Jahr 2008 (zur Anfrage Nr. 1155/J)

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 betref-
fend gestohlene bzw. als verlustig erklärte e-cards im Jahr 2007 (zur Anfrage Nr. 3924/J)

Nr. 3834/AB der Gesundheitsministerin vom 8. Mai 2008

Fußnotenfortsetzung nächste Seite

1. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards im Jahr 2009 bis 31. Dezember 2009 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	21.697
NÖGKK	6.140
BGKK	649
OÖGKK	6.100
StGKK	4.023
KGKK	1.573
SGKK	1.980
TGKK	2.183
VGKK	980
BKK Tabak	29
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	154
BKK Semperit	30
BKK Mondi	14
BKK voestalpine Bahnsysteme	32
BKK Zeltweg	14
BKK Kindberg	5
BKK Kapfenberg	36
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.063
VA öffentlich Bediensteter	4.840
SVA der gewerblichen Wirtschaft	3.685
SVA der Bauern	787
Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien	1.161
KFA Graz	65
KFA Villach	1
KFA Salzburg	12
KFA tir. Gemeindebedienstete	3
KFA tir. Landesbedienstete	13
KFA tir. Landeslehrer	46
Summe	57.315

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,

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

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)

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

- 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. Auf der Karte sind jedoch keine Angaben über die Versicherung gespeichert.

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

Durch die Veränderungen in den Betrieben, für welche Betriebskrankenkassen eingerichtet sind, kann es 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.

Die Summe der jährlich als gestohlen gemeldeten Karten ist in der Größenordnung gleichbleibend. Insgesamt wurden bis Dezember 2009 12.073.977 Karten produziert und versendet. Davon wurden 213.598 Karten³ als gestohlen erklärt, somit

³ 56.511 Karten, siehe AB 268, Seite 6, der für 2007 gemeldete Wert von 45.776, der für 2008 gemeldete Wert von 53.996 Karten und die für 2009 genannten 57.315 Karten. Unterschiedliche Werte können sich ergeben, wenn man die KFAs nicht zu den Sozialversicherungsträgern rechnet oder unterschiedliche Erfassungstichtage (Einlangen bei SV-Träger, Call-Center, Auftragsversand nach Stornierungen etc.) verwendet. Die Größenordnung ergibt jedoch stets das gleiche Bild.

1,77 Prozent in den ungefähr fünf Jahren vom Beginn des flächendeckenden Roll-outs 2005 bis Ende 2009.

2. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards im Jahr 2009 bis 31. Dezember 2009 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	34.491
NÖGKK	16.922
BGKK	2.713
OÖGKK	19.113
StGKK	15.750
KGKK	7.979
SGKK	8.070
TGKK	9.496
VGKK	6.803
BKK Tabak	38
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	246
BKK Semperit	86
BKK Mondi	32
BKK voestalpine Bahnsysteme	138
BKK Zeltweg	40
BKK Kindberg	30
BKK Kapfenberg	169
VA für Eisenbahnen und Bergbau	3.008
VA öffentlich Bediensteter	8.544
SVA der gewerblichen Wirtschaft	9.155
SVA der Bauern	4.368
Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien	1.493
KFA Graz	120
KFA Villach	6
KFA Salzburg	35
KFA tir. Gemeindebedienstete	3
KFA tir. Landesbedienstete	26
KFA tir. Landeslehrer	67
Summe:	148.941

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

Die Summe der jährlich als gestohlen gemeldeten Karten ist in der Größen-

ordnung gleichbleibend. Insgesamt wurden bis Dezember 2009 12.073.977 Karten produziert und versendet. Davon wurden 540.238 Karten⁴ als verloren erklärt, somit 4,47 Prozent in den ungefähr fünf Jahren vom Beginn des flächendeckenden Roll-outs 2005 bis Ende 2009.

**3. Welche Verfahrensschritte wurden durch die Krankenkassen eingeleitet, wenn ein Karteninhaber seine e-card verloren hatte?
Halten Sie Ihre Antwort in der AB 1177/XXIV.GP weiterhin aufrecht?**

Die bisherige Antwort bleibt im Wesentlichen aufrecht.

Nachdem die Verlustmeldung einlangt, wird die alte Karte gesperrt und eine neue Karte ausgestellt. Mit einer neuen e-card wird eine Information über sorgfältige Aufbewahrung und die grundlegenden Regeln der Krankenordnung übermittelt bzw. zugänglich gemacht (abhängig von Organisation der einzelnen Krankenkassen). In diversen Veranstaltungen wird auf das Thema eingegangen.

In den Krankenordnungen der Krankenversicherungsträger ist eine möglichst rasche Meldung vorgesehen. Grundlage für die Krankenordnungen sind die (nach § 456 Abs. 2 iVm § 455 Abs. 2 ASVG verbindlichen) Bestimmungen des § 8 der Musterkrankenordnung – MKO 2007 in der Fassung avsv 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 Krankenfürsorgeanstal-

⁴ 128.913 Karten, siehe AB 268, Seite 7, der für 2007 gemeldete Wert von 117.763, der für 2008 gemeldete Wert von 144.621 und die für 2009 genannten 148.941 Karten.

⁵ Es existieren dafür keine Kundmachungen auf Papier (in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“) mehr, die
Fußnotenfortsetzung nächste Seite

ten gelten nach unseren Informationen ähnliche Regeln, allerdings gilt für diese Institutionen die Musterkrankensordnung des Hauptverbandes nicht, sodass sich im Detail Abweichungen ergeben können.

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

4. Erfolgte 2009 jeweils sofort eine Verlustmeldung durch den Karteninhaber? Wenn nein, mit welchen Konsequenzen war dies für diese verbunden? Halten Sie Ihre Antwort in der AB 1177/XXIV.GP weiterhin aufrecht?

Die bisherige Antwort bleibt im Wesentlichen aufrecht.

Verlustmeldungen erfolgen in der Praxis erst dann, wenn der Karteninhaber den Verlust bemerkt. Zwischen Verlust und Verlustmeldung können einige Tage bis Wochen liegen, je nachdem, wo sich die Karte befunden hat (Verluste von Brieftaschen etc. fallen erfahrungsgemäß früher auf als der Verlust einzelner Karten, die man vielleicht auch einige Zeit nicht benötigt).

Ob ein Verlust tatsächlich immer sofort gemeldet wird, kann von der Sozialversicherung mangels Beweismitteln nicht festgestellt werden und ist auch nicht kontrollierbar.

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

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

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

Rechtsbereinigung dieser Vorschriften ist abgeschlossen. Frühere Vorschriften sind aufgehoben.

Fall sein wird, wird die Verlustmeldung (samt Sperre) im Regelfall rascher erfolgen als einschlägige Missbrauchsversuche.

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

Zu den Konsequenzen:

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

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

Bei Fallkonstellationen, deren Auswirkungen über die Krankenordnung begegnet werden kann, werden einschlägige Änderungen gesetzt: So zuletzt durch die 2. Änderung der Musterkrankenordnung, avsv 45/2009: 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 Ärz-

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.).

te 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 einzuheben (vgl. § 8 Abs. 4 der Musterkrankenordnung). Davon wird auch Gebrauch gemacht.

**5. Wie unterscheidet sich eine neu ausgegebene Karte von der ursprünglichen, als verlustig, gestohlen oder defekt gemeldeten e-card?
Halten Sie Ihre Antwort in der AB 1177/XXIV.GP weiterhin aufrecht?**

Diese Frage war in der Anfrage 1155/J im Vorjahr nicht enthalten und kann daher in der AB 1177 nicht behandelt sein. Wohl aber hat die Anfrage 3928/J aus 2008 und damit die AB 3834 (XXIII. GP) das Thema enthalten, die Stellungnahme hierzu wird im Wesentlichen aufrecht erhalten.

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

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

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

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.

6. Ist Ihnen bekannt, wie viele e-cards bis 31 .Dezember 2009 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 2009 und nicht auf den gesamten Projektzeitraum bezieht):

Träger	Sperrgrund „defekt“
WGKK	24.706
NÖGKK	20.665
BGKK	3.475
OÖGKK	24.888
StGKK	17.527
KGKK	10.052
SGKK	8.145
TGKK	13.412
VGKK	6.481
BKK Tabak	33
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	286
BKK Semperit	71
BKK Mondi	83
BKK voestalpine Bahnsysteme	201
BKK Zeltweg	81
BKK Kindberg	63
BKK Kapfenberg	187
VA für Eisenbahnen und Bergbau	4.626
VA öffentlich Bediensteter	9.692
SVA der gewerblichen Wirtschaft	10.088
SVA der Bauern	5.959
Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien	1.458
KFA Graz	100
KFA Villach	13
KFA Salzburg	36
KFA tir. Gemeindebedienstete	5
KFA tir. Landesbedienstete	12
KFA tir. Landeslehrer	43
Summe	162.388

Insgesamt wurden Dezember 2009 12.073.977 Karten produziert und versendet. Davon wurden 554.903 Karten⁸ als defekt erklärt, somit 4,6 Prozent in den ungefähr fünf Jahren vom Beginn des flächendeckenden Roll-outs 2005 bis Ende 2009.

In der Praxis sind wesentliche Unterschiede zwischen tatsächlich defekten

⁸ 110.959 Karten, siehe AB 268, Seite 10, der für 2007 gemeldete Wert von 122.931, der für 2008 gemeldete Wert von 158.625 und die für 2009 genannten 162.388 Karten.

Karten und „als defekt erklärten“ Karten festzustellen.

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

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

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

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

**7. Welche Verfahrensschritte wurden durch die Krankenkassen eingeleitet, wenn ein Karteninhaber seine Karte als defekt gemeldet hatte?
Halten Sie Ihre Antwort in der AB 1177/XXIV.GP weiterhin aufrecht?**

Die Stellungnahme bleibt aufrecht.

Nachdem die Meldung einlangt, wird aufgrund der unter Frage 6 erwähnten Situation möglichst zuerst die alte Karte auf Funktionsfähigkeit geprüft, ehe sie – wenn tatsächlich defekt - gesperrt und eine neue Karte ausgestellt wird. Die alten Karten werden möglichst eingezogen und technisch geprüft, damit – sollte sich ein Defekt häufen – gegenüber dem Kartenhersteller Schritte gesetzt werden können. Dadurch werden auch EKVKs, die sich auf den Kartenrückseiten befinden, aus dem Verkehr gezogen und deren Missbrauchsrisiko vermieden.

Neuausstellungen werden über die Krankenversicherungsträger (sog. „Ad-

min-Client“) veranlasst, Neuausstellungen erfolgen aber auch über das Callcenter der Sozialversicherungsträger.

**8. Wie viele e-cards mussten wegen Diebstahl, Verlust oder Defekt 2009 neu ausgestellt werden?
Mit welchen Kosten war dies verbunden?**

Die Zahl der aufgrund von Diebstahls-, Verlust- und Defektmeldungen neu ausgestellten Karten korrespondiert mit der Zahl der Meldungen, siehe dazu die Antworten auf die Fragen 1, 2 und 6. Somit waren für 2009 368.644 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 2009	57.315
Karte verloren 2009	148.941
Karte defekt 2009	162.388
Summe	368.644

Diese Zahl bedeutet für die Fallgruppe „verloren, gestohlen, defekt“ Ausstellungskosten samt begleitender Aufwände von 2.141.207 € im Jahr 2009. Dabei wurde die Reduktion Kosten pro Karte durch die Einführung der neuen Kartengeneration für die Karten ab Anfang Dezember 2009 schon berücksichtigt.

Zu dieser Zahl ist in Relation zu setzen, dass allein im Jahr 2009 vom Chipkartensystem her nicht beeinflussbar schon 443.169 Karten (zu Kosten von 2.603.436 €), nämlich

- 88.649 Karten wegen Änderungen bei Personendaten (Namensänderungen Ehe, Scheidung, Adoption usw.),
- 186.236 Karten als Erstausrüstung nach Geburten, erstmaliger Versicherung in Österreich, Zuzug aus dem Ausland, Teilnahme eines weiteren Rechtsträgers (Krankenfürsorgeanstalt), u. ä.,
- 149.824 Karten wegen Veränderungen der EKVK-Zeiträume auf der Kartenrückseite - § 7a Abs. 1 MKO 2007⁹ bzw. betrafen und
- 18.460 Karten aus sonstigen Gründen wie Sperre/Kompromittierung eines auf der Karte vorhandenen Bürgerkartenzertifikates usw.

neu auszustellen waren.¹⁰ Neuausstellungen in diesen Fällen sind vorgesehen, um

⁹ 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.

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

Fußnotenfortsetzung nächste Seite

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, Nichtzustellbarkeit¹¹ usw.)

Die ursprünglich im Gesetzgebungsverfahren erwartete Austauschquote von 20 %¹² wurde weit unterschritten. Bis Ende Jänner 2010 wurden 8.963.134 Karten als Grundausrüstung und 3.226.001 Karten als Nachversorgung, somit insgesamt 12.189.135 Karten produziert und versendet¹³: Die ursprüngliche Austauschquote von jährlich 20 % hätte einen jährlichen Austausch von ca. 2,44 Mio. Karten und Austauschkosten von jährlich 14,6 Mio. € ausgelöst.

Tatsächlich waren aus den Gründen „gestohlen, verloren, defekt“ seit Roll-out-Beginn 1.277.347 Karten neu auszustellen, somit praktisch in den fünf Jahren 2005 bis Ende 2009 zusammen 10,58 Prozent des Gesamtstandes.¹⁴

Die Zahl der aktiven e-cards belief sich Ende Jänner 2010 auf 8.577.300 und somit (für praktisch fünf Jahre¹⁵) 70,37 Prozent des insgesamt ausgegebenen Bestandes.

Die direkt zuordenbaren und variablen Kosten von ca. 6 € je Karte der alten Generation bzw. ca. 3,7 € je Karte der neuen Generation setzen sich aus den Kartenkosten¹⁶ samt Zustellung, den wahrgenommenen Optionen (einschl. zusätzlicher Produktionsschritt für die Braille-Kennzeichnung) und den Kosten im Call Center zusammen. Kostenerhöhungen können sich ergeben, wenn auf der Karte ein Zertifikat

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

zeichneten Schätzungen von mehreren hunderttausend Neuausstellungen haben sich in der Größenordnung als richtig erwiesen.

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ Die Differenz zu der weiter oben genannten Zahl ergibt sich daraus, dass hier Jänner 2010 bereits berücksichtigt ist.

¹⁴ Ähnliche Größenordnungen ergeben sich, wenn man die 2009 aktiven Karten (8.517.606) mit der ursprünglichen Quote von 20 Prozent vergliche: Das ergäbe 1,7 Mio. Karten und 10,22 Mio. € Kosten.

¹⁵ Beginn des Roll-outs war im Dezember 2004 im Burgenland, der Roll-out wurde bundesweit bis Herbst 2005 abgewickelt, siehe die Verordnung BGBl. II 63/2005 idF 295/2005.

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

aufgebracht war und dieses auch auf der neuen Karte wieder frei geschaltet wird.

9. Ist Ihnen bekannt, ob andere Personen als die Karteninhaber im Jahr 2009 mit gestohlenen oder als verlustig erklärten e-cards Leistungen aus dem Gesundheitssystem erschlichen haben?

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

Um welche Formen von Missbrauchsfällen handelte es sich dabei?

Wie hoch war jeweils der Schaden?

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

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 Erstordinationen bei verschiedenen Vertragsärzten der Gebietskrankenkassen) nicht mehr möglich ist.

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

Bekannt geworden sind Fälle, in denen Missbrauch *versucht* wurde. In solchen Fällen haben OrdinationsmitarbeiterInnen beim Krankenversicherungsträger angerufen und den Verdacht geäußert, dass die von einem Patienten vorgelegte e-card nicht dem jeweiligen Patienten gehört (z. B. anhand des Geburtsdatums) und angefragt, wie sie in diesem Fall vorgehen sollen. Die Ordinationen wurden in diesen

Fällen gebeten, die Identität des Patienten mit einem Lichtbildausweis zu kontrollieren, was auch gesamtvertraglich so vorgesehen ist (§ 15 Mustergesamtvertrag: „beim Nachweis der Anspruchsberechtigung soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Patienten geprüft werden“), andererseits 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/Wahlärztin, Krankenanstalt) Auskünfte über ihre Identität zu geben und die Richtigkeit dieser Auskünfte durch Urkunden (z. B. amtliche Lichtbildausweise) oder Zeugen zu bescheinigen. Für den Fall, dass nach Namensänderungen noch keine neue e-card vorgelegt werden kann, ist die Namensänderung durch eine amtliche Urkunde zu beweisen.“

Entsprechend dem Regierungsprogramm 2008-2013¹⁷ wurde im 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 147/2009 vorgesehen, dass die Vertragspartner bei Inanspruchnahme der e-card für eine Anwendungskontrolle vor Ort zu sorgen haben. Für die Spitäler ist dies in § 148 Z 6 und § 149 Abs. 2 normiert, für die Ärzte und Ärztinnen in § 342 Abs. 1 Z 3 ASVG. Beide Bestimmungen sind durch Ausführungsgesetze der Länder bzw. durch Gesamtverträge umzusetzen. Soweit dies die Krankenversicherungsträger betrifft, sind die einschlägigen Maßnahmen vorhanden.

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 Scha-

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

den 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.

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

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

Aus den Mitteilungen der Krankenversicherungsträger:

Der **Wiener** Gebietskrankenkasse sind sieben Fälle einer derart unberechtigten Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (zumeist bei Zahnärzten) bekannt. Der Schaden betrug insgesamt 2.925,78 €. In vier Fällen wurde Strafanzeige bei Gericht erstattet, in drei Fällen erfolgte eine Vorladung des Versicherten zur Kasse. Tatsächlich eingebracht werden konnten bis dato lediglich € 1.314,23. Alle anderen Verfahren sind entweder noch anhängig oder mittlerweile von der Staatsanwaltschaft Wien eingestellt worden.

Der **Niederösterreichischen** Gebietskrankenkasse ist ein Fall bekannt, in dem Unbekannte versucht haben, ärztliche Leistungen in der Ordination eines Vertragszahnarztes mit einer fremden e-card in Anspruch zu nehmen. Nach einem entsprechenden Hinweis des Arztes an die Kasse wurde eine Sachverhaltsdarstellung an die zuständige Bezirksanwaltschaft übermittelt, wobei jedoch nicht klar ist, ob in diesem Zusammenhang eine gestohlene/verlorene oder „geborgte“ e-card benutzt wurde. Da keine Leistungen erbracht wurden, ist der Kasse kein finanzieller Schaden entstanden.

10. Ist Ihnen bekannt, ob es im Jahr 2009 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 kann, diese Fälle zu vermeiden, wenn - nunmehr gesetzlich vorgesehen - im Zweifelsfall der Nachweis der Identität mit Lichtbildausweis verlangt

wird und, falls dies nicht erfolgt, die Behandlung auf Kassenkosten verweigert wird. Daten über die nicht aufgefallenen Missbrauchsfälle liegen nicht vor.

Selbst dann, wenn die e-card nur kurzfristig verborgt (und wieder zurückgegeben) wird, wird durch die Regeln über die Häufigkeit von Arztbesuchen erschwert, dass mehrere Ärzte 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 2. Änderung der Musterkrankenordnung, avsv Nr. 45/2009).

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

An Einzelfällen bzw. Verdachtsmomenten hat sich bisher das Gesagte bestätigt. Nachforschungen sind jedoch jedenfalls dann – präventiv – sinnvoll (und werden zunächst über statistische Methoden begonnen), wenn damit Betrugsnetzwerke oder abgesprochene Vorgangsweisen aufgedeckt bzw. verhindert werden können.

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

Bei der **Wiener** GKK wurden 15 Fälle einer Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe (zumeist bei Zahnärzten) mit „geborgten“ e-cards bekannt. Der Schaden betrug insgesamt 5.806,72 €.

In acht Fällen wurde Strafanzeige erstattet. Ein Fall war zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens verjährt. In drei Fällen erfolgte eine Vorladung des Versicherten zu der Kasse. In einem Fall wird ein Zivilprozess angestrengt. Ein Fall wurde wegen Aussichtslosigkeit und zu geringer Schadenssumme nicht weiter verfolgt.

Tatsächlich eingebracht werden konnten bis dato lediglich 94,30 €. Alle anderen Verfahren sind entweder noch anhängig oder mittlerweile von der Staatsanwaltschaft Wien eingestellt worden.

Bei der **oberösterreichischen** Gebietskrankenkasse wurden zwei Fälle bekannt, in denen die Karte an Verwandte bzw. Bekannte weitergegeben wurde.

Im ersten Fall wurde die e-card einem Bekannten zur Inanspruchnahme einer Zahnbehandlung in einem Zahnambulatorium „geborgt“. Die OÖGKK hat sich dem Strafverfahren als Privatbeteiligter angeschlossen und den Schadenersatzbetrag (55 €) zugesprochen bekommen. Auch im zweiten Fall wurde die e-card „verborgt“. Die e-card sollte dazu dienen, leichter einen Arbeitsplatz zu bekommen, Leistungen wurden nicht in Anspruch genommen.

11. Wie wurden derartige Missbrauchsfälle mit e-cards (Fragen 9 und 10) den Sozialversicherungsträgern 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 BGBl. I Nr. 101/2007 die Schutzfrist (Verlängerung des Versicherungsschutzes nach dem Ende der Anspruchsberechtigung) in § 122 Abs. 3a ASVG auf sechs Wochen erweitert.

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

Einige Fälle werden durch Ermittlungen der Polizei nach Diebstählen, 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.

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

Andere Missbrauchsfälle werden durch Zufall bzw. durch die Anzeige eines Dritten bekannt. Aufmerksamen Mitarbeitern fällt z. B. auf, dass das Alter von Patienten mit den Daten auf der e-card nicht übereinstimmen kann (auf den Wunsch nach Ausweiseleistung verließ der Patient fluchtartig das Ambulatorium). Es kommt auch vor, dass frühere Befunde wie Röntgenbilder nicht zu früher gemachten Aufnahmen passen und dies einem Arzt beim Vergleich auffällt.

Bei der **Wiener** GKK wurden zehn Fälle durch den Behandler, sechs Fälle durch die Polizei, ein Fall von der Staatsanwaltschaft Wien und zwei Fälle durch den betroffenen Versicherten angezeigt. Drei Fälle wurden durch eigene Aktivitäten (routinemäßige Überprüfungen) der Kasse entdeckt.

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

Ein „weiterhin zurückgehen“ würde ein neuerliches Sinken der Missbrauchsfälle voraussetzen, die bisherigen Erfahrungen belegen nur das Nichtvorhandensein

auffälliger Entwicklungen oder Steigerungen. Das Eindämmen von Missbräuchen ist auch auf die Verwendungsregeln der e-card und deren schwere (bzw. wegen der Signaturtechnik praktisch weitestgehend unmögliche) Fälschbarkeit zurückzuführen: Ein Krankenschein (auch „Auslandskrankenschein“, Formular E 111 usw.)

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

Missbräuche bei Krankenscheinen sind durch deren leichte Fälschbarkeit und Millionenzahl oft gar nicht erst aufgefallen, was die Aussagekraft von Statistiken in Frage stellen würde. Die Aussage beruht daher auf den Erfahrungswerten der Abrechnungsstellen, konkrete Statistiken werden darüber nicht geführt. Konkrete Prozentsätze lassen sich nicht angeben, weil es vor Einführung der e-card mit vertretbarem Aufwand unmöglich war, verlässliche Zahlen über Missbrauchsfälle aus den vielen Millionen teilweise händisch ausgefüllter Krankenscheine zu erhalten.

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

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

Dazu ist das System wegen seiner Benützungseinschränkungen für mehrfache Arztbesuche pro Abrechnungszeitraum, die durch die erwähnte 2. Änderung der Musterkrankenordnung noch verfeinert wurden, schon grundsätzlich nicht geeignet.

Es liegen auch nach mehrjähriger Verwendung keine Hinweise auf systemweite umfangreiche Missbräuche vor. Es ist freilich anzunehmen, dass es sich bei bekannt werdenden Missbrauchsfällen nur um die „Spitze eines Eisberges“ handelt.

Ob die Missbrauchsfälle insgesamt weiter zurück gegangen sind, lässt sich anhand dieser bekannt gewordenen Einzelfälle für sich allein nicht beurteilen. Signifikante Änderungen bei den Missbrauchsfällen waren gegenüber früheren Jahren jedenfalls nicht feststellbar.

13. Sind durch die Verwendung des e-card-Systems im Jahr 2009 signifikante Änderungen bei Missbrauchsfällen (z.B. Vorgangsweisen) eingetreten? Wenn ja, welche?

Nein. Siehe vorige Frage.

14. Welche Gegenmaßnahmen wurden seitens Ihres Bundesministeriums und des Hauptverbandes bislang gegen den bekannt gewordenen e-card Missbrauch gesetzt? Welche sind für 2009 geplant?

Soweit sich diese Frage an den Minister richtet (es wird das Jahr 2010 gemeint sein), 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 und mit hohem Aufwand Datenspeicherungen einzurichten, in denen „alles über alle“ gespeichert ist, nur damit in sehr wenigen von Millionen Fällen – vielleicht – ein Missbrauch mit einem Schaden von einigen –zig Euro aufgedeckt wird. Es werden aber die Erfahrungen genutzt, die bereits seit Jahrzehnten, schon aus dem Krankenscheinsystem, vorhanden sind. Dies wird auch 2010 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 als die früheren Krankenscheine. Das deswegen, weil

- Krankenscheine leicht zu fälschen und auf jedem qualitätvollen PC-Drucker

herstellbar waren, eine e-card aber aus technischen und logistischen Gründen (Signaturzertifikate usw.) mit herkömmlichen Mitteln nicht gefälscht werden kann

- bei der Ausstellung von Krankenscheinen in Lohnbüros, Dienstbehörden usw. keine Personendaten zu prüfen waren, die Ausstellungsgrundlagen der e-card aber eng mit den Grundlagen des E-Government verbunden sind.

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

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

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

Damit erfolgt schon allein die Ausstellung der e-card, weil sie auf enger Zusammenarbeit mit z. B. der Stammzahlenregisterbehörde beruht, auf Basis genauer 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

ten/der Patientin verlangt (was insbesondere Patient/inn/en wie Kindern und bettlägerigen Menschen auch kaum zumutbar wäre) und

- bei der Ausstellung der e-card kein Lichtbild aufgebracht (die Patienten sollen nicht mit der Bildbeschaffung und Bildübermittlung an die ausstellende Stelle belastet werden).

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

Diese Problematik ist für alle Karten und Ausweise gleich, 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, Sparschlüsselwörtern usw.).

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

Sicherheitsmaßnahmen müssen an Hand der möglichen Schadensbeträge beurteilt werden. Die überwiegende Mehrzahl der Verwender der e-cards und Ordinationskarten gibt keinen Anlass zu Beschwerden. Die e-card hat, wie die Erfahrungen zeigen, Täuschungen eingeschränkt – Missbrauch war beim Krankenschein leichter möglich und häufiger:

Die Auswertungen jener Statistiken, die aus der Verwendung der Karten abgeleitet werden können, werden weitergeführt und beim Vorliegen von 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 hierfür geltenden Rechtsgrundlagen zur Herstellung eindeutiger Personenidentitäten nach dem E-Government-Gesetz (vgl. § 31 Abs. 4 Z 1 ASVG), der klaren Dokumentation durch das Adressregister usw. bilden hierfür gute Grundlagen. EDV-Projekte haben die hier bestehenden

Möglichkeiten zu berücksichtigen (§ 4 Abs. 6 der EDV-Richtlinien, www.avsv.at Nr. 87/2006).

Leider war es auch bisher, bis März 2010, nicht möglich, die vollständige rasche Erfassung exakter Personendaten zu erreichen, weil ein wesentlicher Teil der Standesämter (im Raum Wien, bedingt durch das Verhalten eines Softwareherstellers) nach wie vor keine elektronischen Meldungen an die Sozialversicherung übermittelt. An sich wäre in § 360 Abs. 5 ASVG vorgesehen, dass z. B. Namensänderungen, Scheidungen, Todesfälle usw. von den Personenstandsbehörden mitzuteilen wären. Damit sollte ursprünglich die exakte Ausstellung von e-cards nur für tatsächlich vorhandene Personen und die exakte Erfassung von Versicherungsansprüchen erleichtert werden. Die Personenstandsverordnung BGBl. II Nr. 239/2004 gäbe dafür seit mehreren Jahren eine Grundlage, das Bundesministerium hat auch einen Durchführungserlass dazu herausgegeben¹⁸. Der Hauptverband hat wesentliche Vorleistungen kostenlos erbracht.¹⁹ 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 werden diese Gesichtspunkte behandelt, der Hauptverband geht davon aus, dass das im Regierungsprogramm erwähnte neue elektronische Personenstandsregister hierzu wesentliche Fortschritte bringen wird (im Regierungsprogramm: Abschnitt Inneres, Justiz und Landesverteidigung, Sicherheitsverwaltung, C.1. Reform des Melde- und Personenstandswesens).

Die Entwicklung der Fälle wird – einschließlich ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen – weiterhin beobachtet. In begründeten Verdachtsfällen werden Vertragspartner auf die betreffenden Personen bzw. Sachverhalte aufmerksam gemacht und ersucht, sollte diese/dieser die Ordination aufsuchen, mit der Versicherung Kontakt

¹⁸ BMI-VA1300/0130-III/2/2007 vom 28. März 2007.

aufzunehmen. Weisungen dahingehend können an die Vertragspartner nicht erteilt werden.

Im Jahr 2009 wurde weiters mit den Versicherungsträgern ein Projekt aufgesetzt, das sich eingehend mit einer eventuell missbräuchlichen Verwendung der e-card beschäftigt hat. Ergebnis dieser Arbeit ist ein Maßnahmenkatalog, der in Teilbereichen auch bereits umgesetzt ist, z.B. Limitierung von Vertretungsfällen.

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 Apotheker.
- Koppelung der e-card-Funktionen mit anderen Chipkartenausweisen (das wurde für Asylwerber bereits überlegt, scheiterte nach Informationen des Hauptverbandes jedoch an den Rechtsgrundlagen für solche Ausweise und deren mangelnder technischer Ausstattung mit einschlägig verwendbaren Signaturchips).
- Einführung der Anforderungen des seit 2004 geltenden Gesundheitstelematikgesetzes (gesicherte Datenübermittlungen) ohne weitere Verzögerung.
- Mediale Bewusstseinsbildung bezogen auf konkrete Missbrauchssituationen bei den Versicherten und Vertragspartnern – durch Broschüren und Poster über den Umgang mit der e-card.
- Verringerung/Abschaffung der noch bestehenden Medienbrüche bei der weiteren Betreuung von Patienten: statt Papierformularen somit elektronische Überweisung, Spitalweisung, Krankschreibung, Rezept usw., damit – wenn schon Täuschungshandlungen unerkannt gesetzt werden sollten – wenigstens die Folgekosten minimiert bzw. zusätzliche Kontroll- und Absicherungsmöglichkeiten eingerichtet werden.

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

¹⁹ Schnittstellenbeschreibung für Personenstandsübermittlungen, siehe http://www.sozialversicherung.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=esvportal.channel_content.cms.Window&p_menuid=67038&p_tabid=5

Hinweis auf die Situation nach dem Strafrecht:

Der Oberste Gerichtshof hat bereits mehrfach²⁰ entschieden, dass seines Erachtens die e-card im Wesentlichen (nur) dem Nachweis der Zugehörigkeit zu einer Sozialversicherung dient, mit welcher der Arzt sodann die von ihm erbrachten Leistungen zu verrechnen hat. Die e-card kann aber *nicht im allgemeinen Zahlungsverkehr als unbares Zahlungsmittel* gegenüber einer Vielzahl von Personen eingesetzt werden (vgl. Schroll in Wiener Kommentar, 2. Aufl., Vorbemerkung zu §§ 241a bis 241g StGB Rz 8). Sie ist nach Ansicht der OGH daher kein unbares Zahlungsmittel iSv § 74 Abs. 1 Z 10 StGB.

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

Die e-card hat nach dem OGH Urkundencharakter und Ausweisfunktion²¹ (§ 231 StGB) und ist demzufolge durch die Bestimmungen des 12. Abschnittes des StGB (§§ 223 ff. StGB) geschützt. Diese Tatbestände sind in der Praxis jedoch schwierig nachzuweisen und haben weiters auch geringere Strafrahmen.

Es wird angeregt, aus generalpräventiven Gründen die bargeldersetzende Funktion der e-card im Strafrecht vorzusehen. Der Hauptverband hat das bereits vorgeschlagen.²²

²⁰ 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.

²¹ Bereits OGH 22. 11. 1977, 13 Os 153/7: Ausweise nach § 231 StGB sind nach der Judikatur (SSt 48/89 = EvBl 1978/109 S. 305) öffentliche Urkunden, die, von einer Behörde ausgestellt, zum Nachweis der Identität oder der persönlichen Verhältnisse (Daten) bestimmt sind. Dazu OGH 23. 4. 2007, 15 Os 6/07g: Der e-card kommt angesichts ihrer Ausstellung im Rahmen der den Sozialversicherungsträgern zukommenden Verwaltungsaufgaben und der aus ihr ersichtlichen Daten wie Name, Versicherungsnummer und Sozialversicherungsträger - ungeachtet des Fehlens eines Lichtbildes Ausweisfunktion iSd § 231 StGB zu.

²² http://www.parlament.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XXII/ME/ME_00078_05/fname_000000.pdf

**15. Sind im Jahr 2009 Missbrauchsfälle auch im internationalen Bereich bekannt geworden (Europäische Krankenversicherungskarte)?
Was ergab die Beobachtung dieser Missbräuche?
Mussten Gegenmaßnahmen gesetzt werden?
Wenn ja, mit welchen Staaten?**

Die 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 hierfür zuständigen Versicherungsträgern in den Mitgliedstaaten der EU bzw. des EWR und der Schweiz) auch 2009 Hinweise auf missbräuchliche Verwendungen eingetroffen. Nach den zur Verfügung stehenden Informationen wurden 2009 insgesamt 118 Fälle eines Missbrauchs der österreichischen EKVK verzeichnet.²³ Der hieraus entstandene theoretische Schaden beläuft sich auf 66.921,05 €, wobei aber Betrugsabsicht praktisch nicht nachgewiesen werden kann, weil Fehlverwendungen auch durch Missverständnisse der Rechtslage unbeabsichtigt entstehen können – dies gilt auch für 2010, weil sich mit dem Inkrafttreten der VO 883/2004 (samt DurchführungsVO 987/2009) die Regeln über die Ausstellung und Verwendung von Anspruchsnachweisen ab 1. Mai 2010 ändern werden.

Missbrauchsfälle wurden von der Wiener GKK gemeldet und die häufigsten Fälle im Verhältnis zu Deutschland festgestellt. Bei der **niederösterreichischen** GKK haben sich im Jahr 2009 in insgesamt 28 Fällen Personen ohne aufrechte Versicherung in Österreich mit der EKVK im Ausland ausgewiesen. Der **steiermärkischen** GKK wurden im Jahr 2009 18 Missbrauchsfälle im internationalen Bereich bekannt. Die Schadenssumme beträgt ca. 11.600 €. Die Kasse hat die Kosten - soweit es möglich war - bei den Verwendern regressiert. Gegenmaßnahmen mit anderen Staaten wurden keine gesetzt. Die **Salzburger GKK** teilte vier Missbrauchsfälle mit, ein Fall mit Malta, zwei Fälle mit Spanien, ein Fall mit Frankreich, jeweils betreffend ärztliche Behandlungen. Der Schaden beträgt pro Fall zwischen 50 und 60 €.

²³ Monitoring der Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte; Stellungnahme zur Aufzeichnung des Sekretariates vom 13. Jänner 2010 (CA.SS.TM. 004/10).

Im Falle einer missbräuchlichen Verwendung der EKVK werden die Kosten – soweit dies möglich ist – bei jenen Personen, die für den Missbrauch verantwortlich sind, verfolgt.

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

Derzeit 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.

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 Sys-

tem nicht geprüft werden. Da die derzeitige EKVK ein rein visuell anzuwendender Anspruchsnachweis ist, muss darauf vertraut werden, dass der Leistungserbringer (nicht der aushelfende Träger!) im anderen Anwendungsstaat die Personenidentität geprüft hat (und dass die aushelfende Versicherung in diesem anderen Staat die Leistungserbringer einschlägig informiert bzw. angewiesen hat).

Nach unserer Einschätzung wird die Prüfbarkeit auf einen solchen Missbrauch *bei der Leistungsanspruchnahme* erst mit der flächendeckenden Inbetriebnahme eines elektronischen EKVK-Systems in allen Anwendungsstaaten, also erst in weiterer Zukunft, möglich sein.

Ob 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.

Ist der auf der EKVK im Feld „Kennnummer des Trägers“ ausgewiesene Trä-

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

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

Siehe auch die Seite über die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Datenbank der europäischen Krankenkassen (Code-List Database) <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=651&langId=de>.

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).

Schadenssumme und Administrationseinsparungen

Die Schadenssumme beträgt jedenfalls nach wie vor nur einen Bruchteil jenes Aufwandes, der entstände, wollte man die EKVKs von den e-cards lösen und getrennt organisieren (bestellen lassen, ausstellen und versenden müssen). Die Koppelung der EKVK an die häufiger verwendete e-card ist ein organisatorischer

Vorteil. Sie führte zu einer *Aufwandsverringerung in der Größenordnung von mehreren Millionen Euro* jährlich.²⁴

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 Karten²⁵ auszustellen wären, obwohl die e-cards (Funktionen des Chips) richtig funktionieren und es bei der EKVK in Summe nur in wenigen Fällen zu Missbräuchen kommt. Die Kosten dieser Vorgangsweise wären gegen die Kosten nicht verfolgbarer Missbrauchsfälle und die daraus entstehenden neuen Missbrauchsmöglichkeiten abzuwägen.

**16. In welchen EU-Mitgliedsstaaten gab es 2009 Probleme mit der Anerkennung der Europäischen Krankenversicherungskarte?
Welche Konsequenzen wurden daraus gezogen?**

Die Antwort bleibt im Wesentlichen aufrecht.

Derartige Probleme sind vorhanden, sie existieren in allen Ländern Europas, deren Gesundheitsberufe/Spitäler einerseits noch auf die frühere Vorgangsweise eingeübt sind bzw. sich aus einer Weigerung höhere Privathonorare erwarten (wobei sich auch österreichische Vertragsärzte bereits geweigert haben, Urlauber nach die-

²⁴ Siehe die Anfragebeantwortung vom 12. 4. 2006, 3912/AB (zu 3973/J), Seite 8 FN 9: Aus dem Brief des Hauptverbandes an Herrn BM Haupt vom 15. Juli 2004, Zl. BO-ZSI-32.37/04 Wr: „Eine Schätzung hat einen Aufwand von rund 4.400.000,- € pro Jahr ergeben, wenn die EKVK von Amts wegen an alle österreichischen Versicherten und deren Familienangehörigen versendet werden soll. Dabei handelt es sich um die reinen Material- und Portokosten.“ Dazu kämen noch (jährlich) Logistikaufwand, Personalkosten usw. für Einrichtung und Betrieb der dafür notwendigen Parallelstruktur zum ohnedies vorhandenen e-card-System.

²⁵ 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).

sen Regeln zu behandeln, bekannt bei deutschen Urlaubern in Tirol). Ausländische Leistungserbringer akzeptieren die EKVK mit verschiedenen Begründungen nicht, z. B. sie sei elektronisch nicht lesbar, die Karte ist überhaupt nicht bekannt oder es wird noch immer auf einem Formular E 111 (das früher gegolten hat) bestanden.

Derartige Probleme sind Gegenstand von Verbindungsstellenbesprechungen, sie können aber meist in direkten Kontakten mit den ausländischen Krankenversicherungsträgern gelöst werden. Dass in Einzelfällen eine Behandlungsstelle die Annahme der EKVK verweigert, obwohl sie dazu verpflichtet wäre, kommt leider vor und wird mit den jeweils zuständigen Stellen im Ausland²⁶ behandelt, welche gegenüber ihren landesinternen Behandlungsstellen die notwendigen Schritte setzen können.

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

So hat z. B. die nÖGKK mitgeteilt, dass sie meist telefonisch über nicht akzeptierte EKVK im Ausland informiert wird. Die Ablehnung erfolgt in der Regel von den Leistungserbringern mit dem Hinweis, dass sie (angeblich) nicht wüssten, ob sie mit dieser Karte abrechnen könnten. Weiters sind Leistungserbringer auch nicht immer informiert, dass die EKVK nicht elektronisch auslesbar ist. Seitens der niederösterreichischen GKK werden die nicht bezahlten Rechnungen mit einer provisorischen Ersatzbescheinigung, mit dem Ersuchen um Abrechnung im Rahmen der bestehenden europarechtlichen Vorschriften an den Leistungserbringer übermittelt. Unter anderem sind Probleme mit der Anerkennung der EKVK bei deutschen Rettungsunternehmen bekannt.

²⁶ Welche Stellen (Versicherungsträger) es gibt, ist in der Datenbank der einschlägigen Einrichtungen unter http://ec.europa.eu/employment_social/cld/public/findInstitution.do?lang=de festgehalten. Auf diese Weise können alle europäischen Versicherungsträger ermittelt werden, die im Rahmen der europäischen Koordinierungsvorschriften im Bereich der sozialen Sicherheit anfallende Kosten für Gesundheitsleistungen erstatten.

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

In der Praxis kommt es vor, dass von Vertragspartnern die Chipkarte elektronisch zu lesen versucht wird (was noch nicht funktionieren kann²⁷ 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 hierfür relevanten Gemeinschaftsrecht ist eine gültige EKVK von jedem Vertragspartner eines nationalen Krankenversicherungssystems als Anspruchsnachweis für die Leistungserbringung nach den **für den aushelfenden Träger geltenden Bestimmungen** anzunehmen, *ohne dass der EKVK-Patient vorher mit dem aushelfenden Träger in Kontakt tritt* (= „Direktinanspruchnahme“).

Daraus ergibt sich mitunter, dass (neben allenfalls fremden Sprachen) die Leistungserbringung und die verwaltungstechnischen Erfordernisse in anderen Staaten Personen, die das hohe Leistungsniveau und unbürokratische System in Österreich gewohnt sind (im Inland reicht bloßes e-card-Stecken ja normalerweise aus) überfordern können²⁸. 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 (medizi-

²⁷ 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.

²⁸ 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.

nisch) *erforderlich* ist. Nicht jede Krankenbehandlung im Ausland ist automatisch durch die EKVK gedeckt, vgl. ab 1. Mai 2010 Art. 19 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 200/2004 bzw. bis dahin Art. 22 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer.

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)²⁹ für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer³⁰ 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 Beschlussentwurf³¹ auszuarbeiten, der anlässlich der 305. Sitzung der Verwaltungskommission in der Zeit vom 19 bis 20. Juni 2007 vorgelegt wurde. Bedauerlicherweise haben sich anlässlich der Diskussion über diesen Vorschlag einige Mitgliedstaaten gegen die Verabschiedung dieses Beschlusses ausgesprochen, wodurch der österreichische Vorschlag nicht weiter verfolgt werden konnte.

Auf Grund der weiter bestehenden negativen Erfahrungen der österreichischen Versicherten wird der Hauptverbandes aber neuerlich auf den seinerzeitigen österreichischen Vorschlag verweisen und eine weitere Diskussion darüber fordern. Gleichzeitig wird der Hauptverband im Einvernehmen mit den zuständigen österrei-

²⁹ Commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, vgl. Art. 80 der VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. ab Mai 2010 Art. 71 EG-KoordV ABI. L Nr. 883/2004.

³⁰ CA.SS.TM 230/06 vom 28. September 2006.

chischen 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.

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

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

1. Das Projekt NETC@RDS

Das Projekt NETC@RDS³² 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) 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.

Weiters wurden in Krankenanstalten in den teilnehmenden Ländern Arbeits-

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

³¹ CA.SS.TM 163/07 vom 30. Mai 2007.

plätze 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 Bulgarien, 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 (Technical Commission, TC) von CA.SS.TM hat eine aus europäischen Experten bestehende Arbeitsgruppe ins Leben gerufen und mit der Erstellung eines Dokumentes beauftragt, welches bis Mai 2009 die rechtlichen, funktionalen und technischen Grundlagen sowie einen Zeitplan für die Einführung einer elektronischen EKVk (eEHIC) als Entscheidungsgrundlage für die Kommission aufbereitet hat.

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

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

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

³² <http://www.netcards.eu>

3. Normierungs-Bestrebungen durch CEN

CA.SS.TM und TC haben das europäische Normungsinstitut CEN³³ mit der Schaffung eines vorläufigen Standards (CEN Workshop Agreement, CWA) für eine elektronische EKVK beauftragt. Dieser wurde im Mai 2009 als CWA 15974:2009 zusammen mit einem „White Paper eEHIC“ von CEN veröffentlicht.

Die in CA.SS.TM vertretenen Länder hätten noch 2009 über eine Empfehlung des Standards als Basis für eine Harmonisierung in Europa abstimmen sollen, der Abstimmungstermin ist aber aus interessenspolitischen Gründen bereits mehrmals verschoben worden – als nächstes Datum ist der 3. März 2010 vorgesehen.

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

Aufgrund der teilweise ablehnenden Haltung der Vertreter einiger Mitgliedsstaaten zur eEHIC ist aber trotz der geschilderten umfangreichen Vorarbeiten der Zeitpunkt einer EU-weiten Einführung auch weiterhin nicht seriös abschätzbar.

18. Wie kann ein Teilnehmer am e-card-System (z.B. ein Praktischer Arzt) erkennen, dass eine Karte als verlustig oder gestohlen gemeldet wurde? Halten Sie Ihre Antwort in der AB 1177/XXIV.GP weiterhin aufrecht?

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 Versi-

³³ <http://www.cen.eu>

cherungsanspruch 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.

Es wird allerdings überlegt, dennoch einen Hinweis (z. B. darauf, dass die Karte als gestohlen gemeldet wurde) bei der Benützung der e-card den Ordinationen bekanntzugeben, damit allenfalls auch vom Vertragspartner Maßnahmen gesetzt werden können, falls das im konkreten Einzelfall möglich und der Vertragspartner dazu in der Lage bzw. dies zu tun gewillt ist.

Technisch wird in diesen Fällen vom e-card System (Server) derzeit 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 festgestellt³⁴.

³⁴ 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.

Fußnotenfortsetzung nächste Seite

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

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

19. In wie vielen Fällen wurde 2009 online in der Arztordination festgestellt, dass kein Versicherungsschutz besteht? Wie viele derartige Fälle wurden dem Hauptverband bzw. den Sozialversicherungsträgern zur Kenntnis gebracht?

Im Jahr 2009 konnte bei 1.672.925 Konsultationen kein Versicherungsschutz vom e-card-System zurückgemeldet werden; diese Fälle verteilen sich auf 823.337 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).

Diese Menge der negativen Anspruchsprüfungen teilt sich in folgende Ablehnungsgründe auf:

<i>Versicherungsschutz vorhanden, aber im konkreten Einzelfall nicht in der gewünschten Form realisierbar: Wenn z. B. die mögliche Zahl von Arztbesuchen (Erstkonsultationen, Fachärzte) bereits ausgeschöpft ist oder Mehrfachversicherung vorhanden ist, aber der falsche Versicherungsträger ausgewählt wurde oder eine Vorsorgeuntersuchung bereits in den letzten 12 Monaten verzeichnet ist oder das Mindestalter für eine bestimmte Konsultation nicht erreicht ist</i>	78 %
<i>Tatsächlich fehlender Versicherungsschutz: Kein versicherungsrechtlicher Anspruch zum Zeitpunkt der Prüfung gegeben.</i>	15 %
<i>Vertragspartner nicht berechtigt: Wenn der Arzt hat mit dem Versiche-</i>	5 %

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

Die Karte muss daher nicht umgetauscht werden, wenn sich die Versicherung ändert.

Träger, bei dem der Karteninhaber versichert ist, keinen Vertrag hat	
Ablehnung der Konsultation, weil Karte gesperrt ist	2 %

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

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

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 Inte-

resse der Beitrags- und Steuerzahler im Gesundheitssystem nicht allein als Nachteil zu sehen ist.

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

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

**20. In wie vielen Fällen war dies 2009 auf defekte Karten oder nicht funktionierende Lesegeräte zurückzuführen?
In wie vielen Fällen lag der Grund für die Nichtfunktion außerhalb des Einflusses der Sozialversicherungsträger?**

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

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

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

Für die Behandler besteht hier die Möglichkeit, wie auch im Fall vergessener e-cards, den Versicherungsanspruch mit Hilfe der Ordinationskarte und der Versicherungsnummer des Patienten abzufragen und eine Konsultation zu melden. Der Umstand „nicht vorhandene/lesbare Karte“ kann dann bei einem Folgebesuch durch Nacherfassung auch rückwirkend saniert werden. Die Verwendung der e-card bzw. das Anfrageergebnis ändert nichts am Bestehen oder Nichtbestehen eines Versicherungsanspruches (siehe bereits zu Frage 19).

21. Welche Personengruppen verfügen mit Stichtag 01.01.2010 in Österreich noch über keine e-card?

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

Angehöriger³⁵), die

- a) von der Sozialversicherung ausgenommen sind und auch sonst (Zweitberuf, Nebenbeschäftigung) nicht in der sozialen Krankenversicherung versichert sind oder waren (vgl. die Regeln über das opting-out in § 5 GSVG),
- b) für die der Sozialversicherung von der zuständigen Stelle keine gesicherten Personendaten zur Verfügung gestellt werden,
- c) Versicherte aus Österreich im Ausland und Auslandsösterreicher, die im Ausland vom dort zuständigen Sozialversicherungsträger nach dessen Regeln, aber mit Finanzierung durch den inländischen Sozialversicherungsträger behandelt werden (solche Personen müssen einem inländischen Sozialversicherungsträger nicht einmal stets bekannt sein, vgl. die Darstellung in der Anfragebeantwortung 2297/AB-BR/2007, Frage 10, Seite 3 unten),
- d) Sozialhilfebezieher – deren Einbeziehung steht jedoch derzeit in Diskussion.

Fälle nach lit. a:

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

³⁵ Kinder sind im Regelfall bei beiden Elternteilen mitversichert, sodass Kinder nur dann keine e-card erhalten, wenn beide Elternteile zu den hier dargestellten Personengruppen gehören und seit der Einführung der e-card nicht in der Sozialversicherung krankenversichert waren (Kinder von Eltern, die beide bei einer Krankenfürsorgeanstalt versichert sind, die nicht am e-card System teilnimmt, z. B. in Oberösterreich oder Kinder eines Freiberufler-Ehepaars).

Fälle nach lit. b:

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

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

Das hängt davon ab, wann und mit welchem Inhalt der derzeit in Begutachtung befindliche Gesetzes- bzw. Verordnungsentwurf über die bedarfsorientierte Mindestsicherung in Kraft tritt. Das kann vom Hauptverband nicht beeinflusst werden. Nach dem derzeit bekannten geplanten Ablauf kann dies (beginnend mit einer e-card Verteilung ab Sommer) im September 2010 der Fall sein.

Hingewiesen sei aber darauf, dass jemand „als Sozialhilfeempfänger“ nicht jedenfalls immer eine 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 Rechtsgrundlagen feststehen, wäre eine Einbeziehung kurzfristig möglich: Es müssten dafür die berechtigten Personen (mit exakten Personenstandsdaten³⁶), Kostenträger und Zustelladressen feststehen und auch den Sozialversicherungsträgern gemeldet werden.

Die Sozialversicherung ist dazu bereits seit Längerem technisch und organi-

³⁶ 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.

satorisch bereit.

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).

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

Seitens der Sozialversicherung bestehen sämtliche technischen Voraussetzungen für einen Anschluss der Krankenanstalten an das e-card-System seit Frühjahr 2007; per 1. Februar 2010 sind 125 Krankenanstalten (mit/ohne Öffentlichkeitsrecht, LKF-/PRIKRAF-finanzierte) an das e-card-System angeschlossen. Eine Liste dieser Krankenanstalten ist als Anhang beigelegt. 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 Krankenanstaltenverbände 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 Spitälern relativ kleinen – ärztlichen Ordinationen.

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

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

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

Rechtsträger der Krankenanstalten angewiesen.

**24. Soll aus Sicht des Ressorts die Musterkrankenordnung der Sozialversicherungsträger geändert werden oder hat sich diese aus Sicht des Ressorts bewährt?
Welche Änderungen wurden 2009 durchgeführt?**

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

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

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

Die Regeln der Musterkrankenordnung, nach denen die e-card ausgestellt wird bzw. nach denen sie zu verwenden ist, wurden in den letzten Jahren bereits mehrfach in Details angepasst. Diese Änderungen haben sich bewährt.

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

Die 1. Änderung der Musterkrankenordnung³⁷ hat mit dem bereits erwähnten § 5 Abs. 11 MKO 2007 eine ausdrückliche Bestimmung eingeführt, wonach auch Patienten (mit oder ohne e-card) Ihre Identität z. B. mit Lichtbildausweis nachweisen müssen, genauso, wie die e-card zwecks einfacher Datenerfassung für die Sozialversicherungsmeldung bei Arbeitsantritt gemeinsam mit einem Lichtbildausweis vorzulegen ist, um dem Arbeitgeber sichere Datengrundlagen für die Lohn- und Beitragsverrechnung zu geben (§ 4 Abs. 10 MKO 2007).

Eine Identitätsfeststellung in den Ordinationen oder Spitälern muss freilich flexibel gehandhabt werden und darf nicht zum absoluten Zwang (oder gar zur Leistungsvoraussetzung) werden: Kinder besitzen nicht immer Ausweise, nicht alle Patienten werden Ausweise bei sich tragen (Notfälle), Ausweisdaten müssten zwecks Verifikation festgehalten werden usw. Diese Abläufe haben Auswirkungen auf die Abläufe in den Ordinationen usw.

2009 wurden zwei Änderungen der **MKO 2007** beschlossen, sie erfolgten durch folgende Kundmachungen (die e-card wurde mit der ersten Änderung der **MKO 2004** eingeführt, siehe avsv 49/2005):

- zweite Änderung der Musterkrankenordnung 2007, 45/2009.
- dritte Änderung der Musterkrankenordnung 2007, 5/2010.

Mit der 2. Änderung wurden die Regeln für die mehrfache Inanspruchnahme von Vertragsärzten präzisiert, damit nicht unter Berufung darauf, die erstbehandelnde Stelle sei nicht erreichbar, uneingeschränkt „Vertreter“ in Anspruch genommen werden können (die naturgemäß voneinander nicht wissen können, was ungerechtfertigte z. B. Mehrfachverordnungen von Medikamentenmöglich machen würde; siehe dazu auch Frage 4).

Mit der 3. Änderung wurde eine Bestimmung geschaffen, die es als zulässig erklärt, dass Blinde und stark sehbehinderte Personen die e-card so kennzeichnen, dass sie von anderen e-cards eindeutig unterscheidbar ist. Von allen anderen Karten sind die e-cards ohnedies durch den Aufdruck in Braille-Schrift unterscheidbar; es kann aber Situationen geben, in denen es auch sinnvoll ist, mehrere e-cards untereinander tastbar unterscheidbar zu machen (für Familienangehörige, in Heimen usw.).

Beilage

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Dr. Josef KANDLHOFER

Fußnotenfortsetzung von voriger Seite

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

Liste der an das e-card-System angeschlossenen Krankenanstalten

VPNR	KA-Nr.	Bezeichnung	Bundesland
331427	K673	Graz-West	Steiermark
833132	K606	LKH Bruck an der Mur	Steiermark
833360	K638	LKH Leoben/Eisenerz	Steiermark
833111	K602	LKH Bad Aussee	Steiermark
833127	K642	LKH Bad Radkersburg	Steiermark
957056	K664	LKH Deutschlandsberg	Steiermark
833355	K672	LKH Judenburg/Knittelfeld	Steiermark
833169	K608	LKH Feldbach	Steiermark
833174	K609	LKH Fürstenfeld	Steiermark
833308	K631	LKH Hartberg	Steiermark
833381	K640	LKH Mürzzuschlag	Steiermark
833397	K643	LKH Rottenmann	Steiermark
833440	K651	LKH Voitsberg	Steiermark
833461	K654	LKH Wagna	Steiermark
833329	K611	LKH Hörgas-Enzenbach	Steiermark
833228	K621	Landesnervenklinik Sigmund Freud	Steiermark
833435	K648	LKH Stolzalpe	Steiermark
833616	K647	LPH Schwanberg	Steiermark
833195	K612	Landeskrankenhaus Univ. Klinikum Graz	Steiermark
834370	K655	LKH Weiz	Steiermark
868181	K615	Geriatrisches Krankenhaus der Stadt Graz	Steiermark
833456	K652	Marienkrankehaus Voral	Steiermark
819492	K106	Oberpullendorf	Burgenland
819487	K105	Kittsee	Burgenland
819201	K104	Güssing	Burgenland
819504	K107	Oberwart	Burgenland
833482	K706	LKH Innsbruck	Tirol
833498	K707	LKH Hochzirl	Tirol
833515	K715	LKH Natters	Tirol
833477	K704	PKH Hall	Tirol
825826	K720	BKH Schwaz	Tirol
825810	K717	BKH Reutte	Tirol
825788	K719	Allgemein öffentliches Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol	Tirol
825772	K714	KH Lienz	Tirol
825730	K703	BKH Hall in Tirol	Tirol
950670	K709	Privatklinik Hochrum Sanatorium der Kreuzschwestern	Tirol
832728	K712	A.ö. Krankenhaus der Stadt Kitzbühel	Tirol
825725	K731	A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein	Tirol
950665	K708	Sanatorium Kettenbrücke	Tirol
819626	K906	Kaiserin Elisabeth-Spital	Wien
819711	K916	Krankenhaus Hietzing	Wien
849322	K917	Krankenhaus Rudolfstiftung	Wien
819546	K928	Orthopädisches Spital Gersthof	Wien
348239	K971	SMZ Baumgartner Höhe	Wien
819243	K909	Krankenhaus Floridsdorf	Wien
141938	K956	SMZ Ost Donauspital	Wien
819774	K923	SMZ Sophien-Spital	Wien
819610	K910	Kaiser Franz-Josef-Spital	Wien
819795	K921	Wilhelminenspital	Wien
214319	K963	Privatklinik Döbling	Wien
502698	K931	Seeböckgasse	Wien
546181	K975	Tokiostraße	Wien
830506	K901	AKH der Stadt Wien	Wien
383513	K973	Neurologisches Rehaszentrum Rosenhügel	Wien
834424	K902	Anton-Proksch-Institut	Wien
528454	K381	Grüner Kreis - Sonderkrankenhaus Marienhof	Niederösterreich
541838		Grüner Kreis - Therapieeinrichtung Johnsdorf	Steiermark
819849	K943	Orthopädisches Spital Speising GmbH	Wien
832164	K904	KH Barmherzige Schwestern Wien BetriebsgmbH	Wien
832202	K919	St. Josef Krankenhaus GmbH	Wien
832185	K955	Krankenhaus Göttlicher Heiland GmbH	Wien
202743	K418	KH Barmherzige Schwestern Linz BetriebsgmbH	Oberösterreich
827378	K427	KH Barmherzige Schwestern Ried BetriebsgmbH	Oberösterreich
832138	K914	Krankenhaus Herz-Jesu	Wien
833047	K524	Landeskrankenhaus Salzburg	Salzburg

833068	K528	Christian Doppler-Klinik	Salzburg
833073	K533	Landesklinikum St. Veit	Salzburg
833005	K514	A.ö. Krankenhaus Mittersill des Landes Salzburg	Salzburg
833106	K536	KH Zell am See	Salzburg
833089	K534	Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus	Salzburg
832998	K512	Krankenhaus Hallein	Salzburg
830553	K383	Landesklinikum Waldviertel Zwettl/ Gmünd/ Waidhofen/Thaya	Niederösterreich
830734	K383	Landesklinikum Waldviertel Zwettl/ Gmünd/ Waidhofen/Thaya	Niederösterreich
830776	K383	Landesklinikum Waldviertel Zwettl/ Gmünd/ Waidhofen/Thaya	Niederösterreich
830569	K316	Landesklinikum Thermenregion Hainburg	Niederösterreich
832611	K315	Landesklinikum Thermenregion Hohegg	Niederösterreich
830595	K377	Landesklinikum Waldviertel Horn	Niederösterreich
830607	K321	Landesklinikum Donauregion Klosterneuburg	Niederösterreich
830612	K378	Landesklinikum Weinviertel Korneuburg – Stockerau	Niederösterreich
830628	K326	Landesklinikum Krems	Niederösterreich
830654	K335	Landesklinikum Weinviertel Mistelbach	Niederösterreich
384974	K335	Landesklinikum Weinviertel Mistelbach (Gänserndorf)	Niederösterreich
830675	K380	Landesklinikum Thermenregion Baden/Mödling	Niederösterreich
830680	K338	Landesklinikum Thermenregion Neunkirchen	Niederösterreich
830729	K379	Landesklinikum Donauregion Tulln	Niederösterreich
830755	K354	Landesklinikum Mostviertel Waidhofen an der Ybbs	Niederösterreich
830760	K356	Landesklinikum Wr. Neustadt	Niederösterreich
451650	K382	St.Pölten Lilienfeld	Niederösterreich
830696	K347	Landesklinikum Mostviertel Scheibbs	Niederösterreich
830595	K377	Landesklinikum Waldviertel Horn-Allentsteig	Niederösterreich
832669	K333	Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer	Niederösterreich
830649	K334	Landeskrankenhaus Melk	Niederösterreich
830527	K303	Landesklinikum Mostviertel Amstetten	Niederösterreich
830713	K378	Landesklinikum Weinviertel Korneuburg-Stockerau / St	Niederösterreich
995536	K363	Klinikum Malcherhof Baden	Niederösterreich
828250	K404	KH Bad Ischl	Oberösterreich
828287	K408	KH Freistadt	Oberösterreich
828292	K411	KH Gmunden	Oberösterreich
828245	K449	Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz	Oberösterreich
828325	K415	KH Kirchdorf	Oberösterreich
927673	K441	KH Rohrbach	Oberösterreich
827383	K428	KH Schärding	Oberösterreich
827399	K431	KH Steyr	Oberösterreich
827400	K433	KH Vöcklabruck	Oberösterreich
832733	K425	Landes-Nervenklinik Wagner Jauregg Linz	Oberösterreich
223251	K434	Klinikum Wels - Grieskirchen	Oberösterreich
117861	K416	AKH Linz	Oberösterreich
832286	K205	Landeskrankenhaus Klagenfurt	Kärnten
832568	K216	Landeskrankenhaus Villach	Kärnten
832589	K219	Landeskrankenhaus Wolfsberg	Kärnten
832324	K213	Landeskrankenhaus Laas	Kärnten
832270	K204	Gailtal-Klinik	Kärnten
925430	K215	KH Spittal/Drau	Kärnten
833280	K627	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg	Steiermark
819184	K102	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt	Burgenland
833207	K619	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz	Steiermark
828191	K417	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz	Oberösterreich
833052	K527	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg	Salzburg
828882	K214	Krankenhaus der Barmherzigen St. Veit/Glan	Kärnten
832159	K903	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	Wien
113496	K629	Johannes von Gott - Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder Graz-Kainbach	Steiermark
832291	K206	Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt	Kärnten
828219	K419	KA Elisabethinen Linz	Oberösterreich
496988	K610	Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Bad Aussee	Steiermark
819976	K807	KH Dornbirn	Vorarlberg