

PRESSEINFORMATION

Krankenstands-Kontrolle oder Gesundheits-Spionage? Ein Faktencheck zur Regierungsvorlage

Die Bundesregierung hat in ihrem Initiativantrag zur Arbeitszeitregelung unter Artikel 3 auch eine Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eingebracht. Der Inhalt ist, dass alle „Leistungsdaten“ der Versicherten in eine Kontroll-Software eingespielt werden. Unter dem Begriff „Leistungsdaten“ versteht man alle Informationen zu Arztbesuchen, Medikamentenverschreibungen, Krankenständen und Krankengeld, Kuraufenthalten, Psychotherapie- und Physiotherapieverschreibungen sowie weiteren Verschreibungen. Das bedeutet, dass die Gesundheitsdaten der GKK-Versicherten (denn nur diese betrifft die Änderung) in ein Kontrollsystem eingespielt werden, das grundsätzlich ein „Profiling“-Tool ist, entwickelt um Scheinfirmen und Schwarzarbeit aufzuspüren. Dieses Tool wird derzeit im Bereich der Beitragsprüfung der Gebietskrankenkassen eingesetzt, die aber laut Regierungsplänen zur Finanz wandern soll. Damit hätte dann der Finanzminister Zugriff auf ein System, in dem alle Gesundheitsdaten der GKK-Versicherten gespeichert sind.

Wozu dieses System dienen soll, ist unklar, denn Kontrollen zur Missbrauchsvermeidung gibt es in der Krankenversicherung sehr umfassend. Der Unterschied des neuen Systems zu den bereits existierenden Kontrollen ist, dass ALLE Versicherten pauschal und durch eine Software überwacht werden ohne dass individuell Auffälligkeiten vorliegen. Dieses vorgeschlagene System ähnelt damit eher einem Gesundheits-Spionage-Tool als einem wirksamen Kontrollinstrument.

Andreas Huss, Obmann der Salzburger Gebietskrankenkasse:

„Was hier vorliegt, ist ein massiver Angriff auf das Grundrecht des Menschen auf den Schutz seiner persönlichen Daten. Hier soll mit Methoden der Rasterfahndung gearbeitet werden – und das im sensiblen Bereich der Gesundheit. Missbrauch muss konkret verhindert werden – und das geschieht täglich durch die Arbeit der Krankenversicherungen. Ein pauschales Daten-Screening lehnen wir massiv ab. Unerträglich ist, dass allen GKK-Versicherten pauschal Missbrauch unterstellt wird – und dann noch in einem besonderen Ausmaß den Ärmsten der Armen, nämlich den Rezeptgebührenbefreiten.

Wenn jemand krank ist, hat er einen Leistungsanspruch – dafür hat er nämlich einbezahlt. Das ist das Prinzip der solidarischen Krankenversicherung, mit dem Österreich bisher sehr gut gefahren ist. Die Regierung muss sich die Frage gefallen lassen, ob es ihr um Missbrauchs-Kontrolle oder um Abschaffung einer solidarischen Krankenversicherung geht.“

Die Gesetzesänderung im Wortlaut¹

„§ 42b (1) Die Krankenversicherungsträger haben zur Ergreifung von Maßnahmen gegen den Versicherungsmissbrauch sowie zur Sicherstellung des Versicherungsschutzes Risiko- und Auffälligkeitsanalysen (Risiko- und Auffälligkeitsanalyse-Tool) im Dienstgeber- und Dienstnehmer/innenbereich durchzuführen. (...)

¹ Den vollständigen Text des Initiativantrags finden Sie im Anhang.

2. für den Dienstnehmer/innenbereich: **Verdacht auf missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen, insbesondere aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit; Verdacht auf missbräuchlichen Bezug von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Heilbehelfen; Verdacht auf missbräuchliche Verwendung der e-card.**

In der Anlage 14 wird der Ausdruck „Stammdaten und Versicherungsdaten“ durch den Ausdruck „Stammdaten, Versicherungsdaten und Leistungsdaten“ ersetzt.“ (Initiativantrag 303/A vom 14.6.2018; S. 4).

Was bedeutet diese Gesetzesänderung in der Praxis?

Die Leistungsdaten der Gebietskrankenkassen umfassen alle Gesundheitsleistungen, die Versicherte in Anspruch nehmen. Das sind alle Arztbesuche und Untersuchungen, alle Medikamente und sonstigen Heilbehelfe, Psychotherapie, Physiotherapie, Krankenstandstage, Krankengeldbezug bei längeren Krankenständen, Kur- und Reha-Aufenthalte und viele kleine Leistungen wie psychologische Diagnostik, Ergotherapie, Logopädie.

Diese Daten sollen in eine Software eingespielt werden, die speziell für die Bekämpfung von Scheinfirmen und Schwarzarbeit entwickelt wurde. Diese Software kann mit komplexen Algorithmen verschiedene Daten-Pools verknüpfen und damit eine Art „Profiling“ liefern.

Die GKK-Versicherten sollen mit Hilfe dieser Verbrechensbekämpfungs-Software flächendeckend gescreent werden, um einen möglichen Missbrauch bei der In-Anspruchnahme von Leistungen zu verhindern. Dies unterstellt zum einen, dass eine große Menge an Versicherten permanent Leistungen in Anspruch nimmt, die sie eigentlich nicht braucht. Zum anderen unterstellt dieser Gesetzesvorschlag, dass die Krankenversicherung selbst keinerlei funktionierende Kontrollen habe. Das entspricht nicht der Realität. Denn natürlich werden Kuranträge, Anträge auf Rezeptgebührenbefreiung oder Leistungen wie Physio- und Psychotherapie geprüft bevor sie genehmigt werden. Und zum Ärger vieler Versicherter müssen Leistungen auch des Öfteren abgelehnt werden – eben weil die Krankenversicherung mit den vorhandenen Geldern der Versichertengemeinschaft auskommen muss.

Missbrauchs-Kontrolle

Der Gesetzesvorschlag führt weiter aus, dass mit dieser Maßnahme...

„(...) Missbrauchspotentiale in der Krankenversicherung erkannt und vermindert werden. Das Augenmerk soll auf die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung gelegt werden (missbräuchlicher Bezug von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Heilbehelfen, insbesondere durch von der Rezeptgebühr befreite Personen und deren Angehörige, sowie missbräuchliche Verwendung der e-card). Darüber hinaus ist auch ein besonderes Augenmerk auf die missbräuchliche Inanspruchnahme von Krankenständen zu richten.“ (Initiativantrag 303/A vom 14.6.2018; S. 8).

Interessant ist hier auch das Augenmerk auf rezeptgebühren-befreite Personen. Das sind Menschen mit einem sehr geringen Einkommen (Richtsatz je nach Medikamentenverbrauch zwischen 882 und 1.015 Euro im Monat). Die Hälfte von ihnen ist über 60 Jahre, auch bei den jüngeren sind viele bereits in (Invaliditäts-)Pension. Warum diese Gruppe eine erhöhte Missbrauchs-Anfälligkeit aufweisen soll, kann die SGK nicht nachvollziehen. Bevor jemand die Rezeptgebühren-Befreiung erhält, wird sein gesamtes Einkommen überprüft, in Folge dann in regelmäßigen, meist jährlichen Abständen. Sollte man es mit dieser Regelung auf die Gruppe der Rezeptgebühren-Gedeckelten (REGO-Rezeptgebühren-Obergrenze) abgesehen haben, zielt man auf chronisch (schwer) Kranke, die mehr als 36 Rezepte im Jahr vom Arzt verordnet bekommen.

Gleichzeitig fällt auf, dass andere Versichertengruppen wie Selbständige, Bauern oder Beamte von diesem Gesetz nicht umfasst sind. Für sie gilt der Missbrauchsverdacht also nicht.

Thema: Krankenstandskontrolle

Diese Gesetzesänderung wird mit der Kontrolle von Krankenständen argumentiert. Eine solche Kontrolle gibt es computergestützt bereits seit 10 Jahren, allerdings ohne hoch-sensible Gesundheitsdaten einer unbestimmten Menge von Personen zu verknüpfen. Die SGKK hat im Jahr 2017 exakt 16.166 Krankenstands-Kontrollen durchgeführt. Als Basis der Kontrolle dient ein System, in dem Diagnosen mit der durchschnittlichen Dauer von Krankenständen verknüpft werden. Bei Überschreiten oder anderen Ungereimtheiten erhalten die Betroffenen eine Vorladung. Eine Verknüpfung mit anderen Gesundheitsdaten dieser Menschen gibt es aber nicht.

Die Anzahl der Krankenstandstage sinkt laut Fehlzeiten-Report laufend und betrug im Jahr 2016 12,5 Tage (2000: 14,4 Tage; 1990: 15,2 Tage).

Zum Datenschutz

Grundsätzlich unterliegen Gesundheitsdaten einem strikten Datenschutz. Dieser wird in der Gesetzesänderung aufgehoben mit dem Verweis auf „erhebliches öffentliches Interesse“: *„Im Sinne der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ist es notwendig, Missbrauch in der Krankenversicherung durch Versicherte rechtzeitig zu erkennen.“* (Initiativantrag 303/A vom 14.6.2018; S. 8).“

Der Zugriff auf die Gesundheitsdaten von Menschen wird als notwendig erklärt, um eine missbräuchliche Leistungsverwendung zu verhindern. Der Großteil dieser Leistungen sind aber ärztliche Leistungen (rund 28% der Ausgaben) und Medikamente (rund 25% der Ausgaben) sowie Spitalsleistungen (rund 33% der Ausgaben). Für Krankengeld bei längerfristigen Krankenständen gibt die SGKK rund 36 Millionen Euro im Jahr aus. Dieses Krankengeld wird bereits jetzt sowohl medizinisch durch den ärztlichen Dienst als auch auszahlungstechnisch (Höhe, etc.) in der Verwaltung geprüft. Gleiches gilt auch für Verordnungen von Therapien oder Heilbehelfen wie Rollstühle, Inkontinenzbedarf, Hörgeräte u.ä.

Die Regierung legt keine Zahlen vor, wie viele Diabetes-Medikamente, Rollstühle oder Windeln missbräuchlich verwendet werden und wieviel dieser Missbrauch kostet. Diese Gesetzesänderung ermöglicht aber, alle Versicherten zu screenen und auf ihre persönlichen Gesundheitsdaten zuzugreifen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang vor allem, dass die eingesetzte Software derzeit in der Beitragsprüfung der Gebietskrankenkassen im Einsatz ist. Genau dieser Bereich soll aber nach Regierungsplänen zur Finanzverwaltung wandern. Die Software untersteht dann in Zukunft den Finanzämtern und damit dem Finanzminister. Wenn die Leistungsdaten der Versicherten eingespielt werden – wie der Initiativantrag es vorschlägt – hätte der Finanzminister Zugriff auf die Gesundheitsdaten sämtlicher GKK-Versicherten.

Rückfragehinweis

Pressestelle der SGKK
Mag. Susanne Reif-Peterlik
0662 8889 – 1050
susanne.reif-peterlik@sgkk.at

Anhang: Initiativantrag 303/A vom 14.6.2018/ Auszug

Änderung: Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 30/2018, wird wie folgt geändert: 1. § 42b Abs. 1 lautet:

„(1) Die Krankenversicherungsträger haben zur Ergreifung von Maßnahmen gegen den Versicherungsmissbrauch sowie zur Sicherstellung des Versicherungsschutzes Risiko- und Auffälligkeitsanalysen (Risiko- und Auffälligkeitsanalyse-Tool) im Dienstgeber- und Dienstnehmer/innenbereich durchzuführen. Dabei ist unter Verwendung der in der Anlage 14 genannten Versicherten- und Dienstgeberdaten nach folgenden Gesichtspunkten zu prüfen:

1. für den Dienstgeberbereich: insbesondere Schwarzarbeitsverdacht, Scheinanmeldung, Versichertenströme, Dienstgeberzusammenhänge, Insolvenzgefahr sowie Melde- und Beitragszahlungsverhalten;
2. für den Dienstnehmer/innenbereich: Verdacht auf missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen, insbesondere aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit; Verdacht auf missbräuchlichen Bezug von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Heilbehelfen; Verdacht auf missbräuchliche Verwendung der e-card.“

2. In der Anlage 14 wird der Ausdruck „Stammdaten und Versicherungsdaten“ durch den Ausdruck „Stammdaten, Versicherungsdaten und Leistungsdaten“ ersetzt.

3. Dem § 714 wird folgender § 715 samt Überschrift angefügt:
„Schlussbestimmung zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2018

§ 715. § 42b Abs. 1 und die Anlage 14 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2018 treten mit 1. Jänner 2019 in Kraft.“

Begründung: Im Regierungsprogramm ist unter dem Titel „Treffsicherheit und Transparenz im Sozialsystem“ vorgesehen, das im § 42b ASVG geregelte Risiko- und Auffälligkeitsanalyse-Tool der Krankenversicherungsträger auf den Dienstnehmerbereich zu erweitern. Durch den Ausbau der Funktionen dieses Tools sollen Missbrauchspotentiale in der Krankenversicherung erkannt und vermindert werden. Das Augenmerk soll auf die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung gelegt werden (missbräuchlicher Bezug von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Heilbehelfen, insbesondere durch von der Rezeptgebühr befreite Personen und deren Angehörige, sowie missbräuchliche Verwendung der e-card). Darüber hinaus ist auch ein besonderes Augenmerk auf die missbräuchliche Inanspruchnahme von Krankenständen zu richten. Die Verarbeitung derartiger Daten gründet sich auf Art. 9 Abs. 2 lit. g DSGVO (erhebliches öffentliches Interesse). Im Sinne der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ist es notwendig, Missbrauch in der Krankenversicherung durch Versicherte rechtzeitig zu erkennen.