

Bericht des Rechnungshofes

**Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem
Aufenthalt in der Sozialversicherung als
Anspruchsvoraussetzung**

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9

**BMASK
BMG
BMI**

Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Gesundheit
Inneres

Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt
in der Sozialversicherung als Anspruchsvoraussetzung

Kurzfassung	12
Prüfungsablauf und –gegenstand	22
Rechtliche Grundlagen	23
Zuständigkeiten	31
Prüfschritte der Krankenversicherungsträger	33
Vergleich mit anderen Sozialversicherungsträgern	47
Sonstige Rahmenbedingungen für die Prüfung der Anspruchsberechtigung	51
Zusammenfassung und Reformversuche	61
Schlussempfehlungen	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zugang zu Krankenversicherungsleistungen	24
Tabelle 2: Überblick über die Akteure und ihre Zuständigkeiten	32
Tabelle 3: Entwicklung der Kriterien für die Prüfung des Wohnsitzes	34
Tabelle 4: Entwicklung der Kriterien für die Prüfung des gewöhnlichen Aufenthalts	35
Tabelle 5: Begriffe der JN und des MeldeG und ihre Tatbestandsmerkmale	38
Tabelle 6: Kriterien für die Meldung eines Hauptwohnsitzes bei der Meldebehörde	39
Tabelle 7: Kriterien für die Prüfung des Wohnsitzes und des gewöhnlichen Aufenthalts durch die BGKK, NÖGKK, SGKK, StGKK und WGKK	47

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AMS	Arbeitsmarktservice Österreich
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBL	Bundesgesetzblatt
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
B-KUVG	Beamten-Kranken und Unfallversicherungsgesetz
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium für Inneres
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	cirka
EFSlg.	Sammlung ehe- und familienrechtlicher Entscheidungen
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
f./ff.	folgende
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Hrsg.	Herausgeber
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
i.d.R.	in der Regel
inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
IT	Informationstechnologie
i.V.m.	in Verbindung mit

JN	Jurisdiktionsnorm
Lfg.	Lieferung
LGZ	Landesgericht für Zivilrechtssachen
lit.	litera (Buchstabe)
MeldeG	Meldegesetz
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Nr.	Nummer
OGH	Oberster Gerichtshof
PV	Pensionsversicherung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
rd.	rund
RH	Rechnungshof
Rz	Randziffer
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
SPG	Sicherheitspolizeigesetz
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
VfGH	Verfassungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel
Zl.	Zahl
ZMR	Zentrales Melderegister

**Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Gesundheit
Inneres**

**Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem
Aufenthalt in der Sozialversicherung als
Anspruchsvoraussetzung**

Das österreichische Sozialversicherungsrecht knüpfte das Bestehen eines Krankenversicherungsverhältnisses im Regelfall an das Vorliegen eines Beschäftigungsverhältnisses bzw. einer Pension an. Einige Tatbestände normierten jedoch den Wohnsitz bzw. den gewöhnlichen Aufenthalt als Anspruchsvoraussetzung. Dies galt in der Krankenversicherung etwa für die Selbstversicherung und für die Mitversicherung von Angehörigen, fand sich aber auch in anderen Vollzugsbereichen der Sozialversicherungsträger, z.B. bei der Ausgleichszulage und beim Pflegegeld.

Die Krankenversicherungsträger interpretierten die rechtlichen Grundlagen der Anspruchsvoraussetzungen Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt unterschiedlich. Die Prüfung dieser Kriterien war dadurch erschwert, dass die relevanten Definitionen aus einem anderen Rechtsbereich stammten. Die tatsächlich verwendeten Abfragen des Zentralen Melderegisters waren nicht aussagekräftig.

Nicht zuletzt aufgrund der Gebarungsüberprüfung durch den RH diskutierten die Krankenversicherungsträger, die Vorgehensweise zur Prüfung des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts als Anspruchsvoraussetzung zu verändern.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung zum Thema „Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt als Anspruchsvoraussetzung in der Sozialversicherung“ war die Beurteilung der Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit der diesbezüglichen Vollziehung der Krankenversicherungsträger, der Konsequenzen der gesetzlichen Vorgaben, der Wahrnehmung der gesetzlichen Aufsicht und legislatischer Maßnahmen sowie der Koordination zwischen den Krankenversicherungsträgern. (TZ 1)

Der RH konzentrierte sich im Rahmen dieser Gebarungsüberprüfung insbesondere auf Versicherungsverhältnisse von Drittstaatsangehörigen, also Fremden, die nicht EWR-Bürger oder Schweizer Bürger sind. Dieser Schwerpunkt wurde gewählt, weil die Krankenversicherung von EWR-Bürgern und Schweizer Bürgern durch besondere Regelungen erfasst war, die einen Kostenersatz an Österreich vorsahen. (TZ 1)

Rechtliche Grundlagen

Maßgebliche Anspruchsvoraussetzungen

Im Regelfall knüpfte das österreichische Sozialversicherungsrecht ein Versicherungsverhältnis nicht an den Aufenthalt, sondern an ein Beschäftigungsverhältnis bzw. eine Pension an. Einige Tatbestände normierten jedoch den Wohnsitz bzw. den gewöhnlichen Aufenthalt als Anspruchsvoraussetzung. Dies galt in der Krankenversicherung etwa für die Selbstversicherung und für die Mitversicherung von Angehörigen, fand sich aber auch in anderen Vollzugsbereichen der Sozialversicherungsträger, z.B. bei der Ausgleichszulage und beim Pflegegeld. (TZ 2)

Das ASVG enthielt unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen, die auf den Aufenthalt einer Person Bezug nahmen. Diese Begriffe waren nicht definiert. Die Verwendung unterschiedlicher Begriffe ohne Legaldefinition erschwerte den Vollzug. Der Grund für die Unterschiede war nicht nachvollziehbar. (TZ 2)

Inhalt der Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt

Das Sozialversicherungsrecht nannte die Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt als Anspruchsvoraussetzungen für die Selbstversicherung und Mitversicherung, definierte diese jedoch nicht. Die laut Rechtsprechung heranzuziehenden Definitionen waren dem Zivilprozessrecht entnommen und nicht auf Sozialver-

sicherungsansprüche, sondern auf die Bestimmung der Gerichtszuständigkeit zugeschnitten. (TZ 3)

Beide Begriffe stellten auf das Vorliegen des Lebensmittelpunkts sowie auf eine Dauerhaftigkeit des Aufenthalts ab und waren somit in ihrer Bedeutung sehr ähnlich. (TZ 3)

Die Krankenversicherungsträger standen vor der Herausforderung, bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung die mit den Begriffen Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt geforderte Dauerhaftigkeit des Aufenthalts zu beurteilen. Dass die beiden überprüften Krankenversicherungsträger in der Vollziehung der letzten Jahre verschiedene Vorgehensweisen wählten, zeigte, dass unklar war, wie die Überprüfung der Voraussetzungen konkret erfolgen sollte. (TZ 3)

Die StGKK und die WGKK beurteilten die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts für die Begründung eines Wohnsitzes unterschiedlich. Die StGKK vertrat die Rechtsansicht, dass beim Wohnsitz die Prüfung der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts nicht zulässig war. Demgegenüber sah die WGKK das Vorliegen eines rechtmäßigen Aufenthalts zwar als erforderlich an, prüfte diesen allerdings nicht gesondert, da sie davon ausging, dass die Meldebehörden eine Prüfung der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts vor Eintragung der Meldedaten im Zentralen Melderegister (ZMR) durchführten. (TZ 3)

Zuständigkeiten

Die Zuständigkeiten für die Eintragung eines Hauptwohnsitzes (Bürgermeister einer Gemeinde), für die Prüfung der Voraussetzungen eines Versicherungsverhältnisses (Krankenversicherungsträger) und für einen wesentlichen Teil der finanziellen Konsequenzen (die Länder waren Erhalter von Krankenanstalten) waren zersplittert. Jeder dieser Aufgabenträger sah sich in der Regel nur für seinen eigenen Bereich verantwortlich. (TZ 4)

Kurzfassung

Überblick über die Akteure und ihre Zuständigkeiten								
	Bund			SV-Träger		Land		Gemeinde
	BMEIA	BMI	BMG	Hauptverband	KV-Träger	Krankenanstalt	Landeshauptmann	Meldebehörde
Genehmigung Einreise	X	X						
Aufenthalt und Niederlassung		X					X	
Meldung der Unterkunft laut MeldeG		X						X
Begründung einer Krankenversicherung			X	X	X			
Finanzierung der Leistungen					X	X		

Quelle: Darstellung RH

Bei den Rechtsträgern bestanden unterschiedliche Interessenslagen: Während die Gemeinden aufgrund der Zuweisung von Steuermitteln nach Bevölkerungsschlüsseln eher einen Anreiz hatten, eine hohe Zahl gemeldeter Hauptwohnsitze anzustreben, hatten die Krankenversicherungsträger das Vorliegen eines Versicherungsverhältnisses zu prüfen. Da sie Krankenhausaufenthalte pauschal vergüteten, trugen sie nur ein beschränktes Risiko für eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme stationärer Behandlung. Die Länder, die als Träger der Krankenanstalten einen großen Teil der Behandlungskosten trugen, waren im Prozess für das Zustandekommen eines Versicherungsverhältnisses nicht eingebunden. (TZ 4)

Prüfschritte der Krankenversicherungsträger

Entwicklung der Prüfmaßstäbe

Die StGKK und die WGKK verfügten in den letzten Jahren über unterschiedliche Kriterien für das Vorliegen eines Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts und reduzierten diese Kriterien im Laufe der Zeit. Während z.B. die StGKK bis zum Jahr 2010 eine Aufenthaltsbewilligung bzw. einen Antrag auf Aufenthaltsbewilligung als Nachweis des Wohnsitzes für eine Selbstversicherung verlangte, zog die WGKK bereits seit dem Jahr 1985 lediglich die Hauptwohnsitzmeldung im ZMR für eine Selbstversicherung heran. Allerdings waren die StGKK und die WGKK über die im Zuge einer Wohnsitzmeldung von den Meldebehörden vorgenommenen Prüfschritte nicht informiert. (TZ 5)

Neben der Abfrage im ZMR erfolgten keine weiteren Prüfungshandlungen zu den tatsächlichen Lebensumständen. Insbesondere auf den Umstand, dass viele Drittstaatsangehörige nur einen zeitlich befristeten Aufenthalt besaßen, gingen die Krankenversicherungsträger nicht ein. (TZ 5)

Abfrage im Zentralen Melderegister für die Prüfung durch die Krankenversicherungsträger

Die von der StGKK und der WGKK verlangte Eintragung im ZMR ließ keine zwingenden Rückschlüsse auf den tatsächlichen Aufenthalt bzw. den tatsächlichen Lebensmittelpunkt zu, da die Meldebehörden keine weiterführenden Prüfschritte setzten. So konnten auch Personen, die sich mit einem 90-Tage-Reisevisum in Österreich aufhielten, einen Hauptwohnsitz in Österreich begründen. Die Meldebehörden konnten bei einer Meldung, die postalisch oder durch einen Dritten vorgenommen wurde, nicht verifizieren, ob sich die angemeldete Person zum Meldezeitpunkt tatsächlich im Inland aufhielt. Wenn für die Meldebehörde – z.B. durch ein Visum – erkennbar sein konnte, dass der Aufenthalt einer Person voraussichtlich nicht dauerhaft war, waren keine Prüfungshandlungen der Meldebehörden vorgesehen. (TZ 6)

Da das Melderecht keine Befristung für die Dauer des kurzfristigen Aufenthalts vorsah, war nicht auszuschließen, dass ein Wohnsitz im ZMR bestehen blieb, wenn der Meldepflichtige nach Ablauf seines rechtmäßigen Aufenthalts wieder ausreiste und sich nicht abmeldete. Es gab auch keine rückwirkende Berichtigung der Meldedaten. (TZ 6)

Die Meldebestätigungen beurkundeten lediglich die Tatsache der Meldung, gaben aber nicht über die tatsächlichen Verhältnisse Auskunft. Sie hatten zwar Indizcharakter, ersetzten aber nicht eine tiefergehende inhaltliche Prüfung. (TZ 6)

Da die Meldebehörden keine eingehende Prüfung von Aufenthaltsvoraussetzungen vornahmen, mussten die nachfolgenden Organisationseinheiten selbst Prüfungshandlungen vornehmen. Damit war die Gefahr von Doppelgleisigkeiten und uneinheitlichen Ergebnissen verbunden. (TZ 6)

Abweichung von der grundsätzlichen Vorgehensweise

Bei der Selbstversicherung erfolgte bei beiden Krankenversicherungsträgern die Abfrage im ZMR nur zum Zeitpunkt der Anmeldung, es erfolgte keine weitere Prüfung während der Wartezeit bis zum Leistungsanspruch. Seit dem Jahr 2014 führte die WGKK vor Beginn des Leistungsanspruchs neuerlich eine Abfrage durch. (TZ 7)

Die geltende Dienstanweisung der WGKK über die Prüfung des gewöhnlichen Aufenthalts gab die aktuelle Vollzugspraxis nicht vollständig wieder. Die WGKK hatte mit der Wissensdatenbank ein laufend aktualisiertes Informationstool zur Verfügung. Die Informationen im Bereich der Mitversicherung waren für eine ordnungsgemäße Vollziehung der gesetzlichen Bestimmungen nicht ausreichend. So war z.B. nicht erkenntlich, ob bei einer Mitversicherung von Pflegekindern ein Hauptwohnsitz oder ein Nebenwohnsitz als Anspruchsvoraussetzung gefordert war. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war die WGKK bestrebt, die Schulungsunterlagen zusammenzuführen und zu aktualisieren. (TZ 7)

Die StGKK hielt sich zumindest in zwei Fällen nicht an ihre eigenen Vorgaben, eine Selbstversicherung nur bei Vorliegen eines Hauptwohnsitzes durchzuführen. Es war nicht dokumentiert, dass die Anspruchsvoraussetzungen aufgrund anderer Nachweise erbracht worden waren. (TZ 7)

Die StGKK wies den Versicherten im Formblatt der Mitversicherung auf das Erfordernis des Bestehens des Lebensmittelpunkts in Österreich hin und ließ sich dessen Vorliegen mit der Unterschrift am Formblatt bestätigen. (TZ 7)

Vergleich mit anderen Sozialversicherungs- trägern

Prüfschritte durch andere Krankenversicherungsträger

Im Rahmen der Gebarungsüberprüfung nahm der RH Kontakt zu weiteren Krankenversicherungsträgern auf (Burgenländische Gebietskrankenkasse – BGKK, Niederösterreichische Gebietskrankenkasse – NÖGKK, Salzburger Gebietskrankenkasse – SGKK und Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft – SVA) und erhob deren Vollzugspraxis. Die Praktiken der einzelnen Krankenversicherungsträger bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt unterschieden sich. (TZ 8)

Selbst innerhalb der Träger galten für die Prüfung von Wohnsitz sowie gewöhnlichem Aufenthalt teilweise unterschiedliche Prüfmaßstäbe. So verlangte z.B. die BGKK für das Vorliegen des Wohnsitzes einen Aufenthaltstitel des Antragstellers, erachtete aber für den gewöhnlichen Aufenthalt eines Angehörigen eine Meldebestätigung als ausreichend. Im Gegensatz dazu sahen die NÖGKK, die SGKK und die SVA beim Wohnsitz die Meldebestätigung als ausreichend an und forderten für die Feststellung eines gewöhnlichen Aufenthalts neben der Meldebestätigung zusätzliche Nachweise. Für die SVA war das Vorliegen eines Reisevisums nicht ausreichend, um einen gewöhnlichen Aufenthalt zu belegen. (TZ 8)

Die SGKK hatte im Bereich der Mitversicherung im Jahr 2014 ihre Praxis geändert. Sie sah das Vorliegen einer ZMR-Meldebestätigung nicht mehr als ausreichend an und unternahm weitere Prüfschritte zur Bestimmung des gewöhnlichen Aufenthalts. (TZ 8)

Neben der StGKK und der WGKK beurteilten auch die anderen angeführten Krankenversicherungsträger das Vorliegen eines rechtmäßigen Aufenthalts für die Begründung eines Wohnsitzes unterschiedlich. (TZ 3, 8)

Kriterien der Pensionsversicherungsanstalt für die Gewährung einer Ausgleichszulage

Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) forderte für die Feststellung eines gewöhnlichen Aufenthalts als Voraussetzung zur Gewährung der Ausgleichszulage – im Unterschied zur StGKK und WGKK im Bereich der Krankenversicherung – umfangreiche Informationen und Unterlagen des Antragstellers. Der RH sah den Grund für die umfangreichen Prüfmaßnahmen darin, dass Ansprüche auf Geldleistungen erworben wurden und Finanzierung, Regelung und Aufsicht über den Vollzug in einer Hand, nämlich beim Bund, lagen. (TZ 9)

Sonstige Rahmenbedingungen für die Prüfung der Anspruchsberechtigung

Kreis der Angehörigen

Der Kreis der Angehörigen war im ASVG weit gefasst und umfasste nicht nur Ehegatten und verwandte Personen, sondern auch z.B. Pflegekinder und Haushaltsführer. (TZ 10)

Insbesondere für eine Mitversicherung von unentgeltlich gepflegten Pflegekindern und Haushaltsführern waren keine schlüssigen Nachweise erforderlich. Die StGKK und die WGKK verlangten für die

Mitversicherung in der Vollzugspraxis nur eine einfache Erklärung am Formblatt, daneben reichte das Vorliegen eines Hauptwohnsitzes laut ZMR als alleiniges Kriterium aus, was keinen Beweis über die tatsächlichen Lebensverhältnisse lieferte. (TZ 10)

Die gesetzlichen Regelungen zur Mitversicherung von Pflegekindern ohne behördliche Bewilligung und von Haushaltsführern waren in der vorliegenden Form nicht ausreichend, um Missbrauch von Krankenversicherungsleistungen zu verhindern. (TZ 10)

Daten und Datenqualität

Die StGKK und die WGKK hatten keine Konzepte zur Speicherung von Daten, die Grundlage für eine Risikoeinschätzung zur Verhinderung ungerechtfertigter Inanspruchnahme von Leistungen mangels Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt sind. (TZ 11)

Die beiden Krankenversicherungsträger speicherten die Staatsangehörigkeit der Anspruchsberechtigten nicht durchgängig. Die fehlende Information über die Staatsbürgerschaft erschwerte eine risikoorientierte Analyse. (TZ 11)

Die Krankenversicherungsträger erstellten aus ihren bestehenden Daten keine risikoorientierten Auswertungen. Dies ist essentiell, um aus den gespeicherten Daten jene Fälle auswählen zu können, bei denen eine vertiefte Prüfung notwendig ist. (TZ 11)

Zusammenarbeit mit Behörden

Ein standardisierter Datenaustausch zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem BMI zur Identifizierung und Klärung von Zweifelsfällen (Regelung, welche Informationen auszutauschen wären, wer Zugriff auf welche Systeme haben sollte und wer als Ansprechpartner zur Verfügung stehen sollte) fand nicht statt, es war auch kein Konzept dafür vorhanden. Bei den Akteuren bestand Unsicherheit darüber, ob ein Austausch datenschutzrechtlich möglich sei. (TZ 12)

Es gab nur in Einzelfällen Kontakte zwischen den Krankenversicherungsträgern, Fremden- und Aufenthaltsbehörden und Meldebehörden, eine standardisierte Form der Zusammenarbeit bestand jedoch nicht. (TZ 12)

Beispielsweise hatte das BMI nur Zugriff auf den Versicherungsdatenauszug, weitere Informationen – wie z.B. die Anspruchsberechtigung eines Angehörigen – konnte es nicht erkennen. Andererseits hatten die Krankenversicherungsträger keine Möglichkeit, auf die Informationssysteme zu Visum und Aufenthalt zuzugreifen. Die Krankenversicherungsträger erhielten weiters von einer Abmeldung im ZMR keine Kenntnis, sofern der Versicherte dies nicht selbst mitteilte. Das Versicherungsverhältnis blieb dann trotz fehlender Anspruchsvoraussetzungen aufrecht. (TZ 12)

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

Die Krankenversicherungsträger hatten zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzufordern, wenn der Leistungsempfänger den Bezug durch bewusst unwahre Angaben oder die Verletzung von Meldevorschriften herbeigeführt hatte. Die Sozialversicherungsgesetze enthielten unterschiedliche Regelungen zur Rückforderung. (TZ 13)

Das ASVG sah zwar eine Rückforderung von erbrachten Geldleistungen sowie Aufwendungen für Heilbehelfe und Anstaltspflege vor, jedoch keine Rückforderung von Aufwendungen für ärztliche Hilfe und Heilmittel. Eine gleichlautende Bestimmung enthielt das BSVG. Im Gegensatz dazu ermöglichten das GSVG und das B-KUVG die Rückforderung aller Geld- und Sachleistungen. Die Einschränkung der Rückforderbarkeit war 1976 damit begründet worden, dass die Zuordnung und exakte Ermittlung der Ärzte- und Medikamentenkosten zum Zeitpunkt der Einführung der gesetzlichen Bestimmung nur mit hohem Verwaltungsaufwand möglich gewesen war. (TZ 13)

Die abgerechneten ärztlichen Leistungen und Heilmittel konnten mittlerweile durch IT-Unterstützung exakt ermittelt und einem Versicherten zugeordnet werden. Damit war die Einschränkung der Rückforderbarkeit sachlich nicht mehr begründet. (TZ 13)

Projekte zur Missbrauchsbekämpfung

Der Hauptverband war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bemüht, eine neue Schwerpunktkompetenz im Bereich „Missbrauchsbekämpfung in der sozialen Sicherheit“ zu entwickeln. Er analysierte dabei in enger Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungsträgern sowie sonstigen Beteiligten (Finanzverwaltung, Polizei, AMS etc.) Missbrauchsszenarien und die damit verbundenen Probleme und entwickelte Maßnahmen zur Verhinderung von Sozialmissbrauch.

Kurzfassung

Eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Behörden war von großer Bedeutung. (TZ 14)

Zusammenfassung und Reformversuche

Der Status quo zur Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt als Anspruchsvoraussetzungen in der Krankenversicherung war unbefriedigend. Einerseits waren im ASVG die Voraussetzungen Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt vorgegeben und diese hatten die Krankenversicherungsträger daher zu überprüfen. Andererseits fehlten Voraussetzungen wie z.B. klare Begrifflichkeiten und wirkungsvolle Instrumente für eine Überprüfung. (TZ 15)

Eine genaue Prüfung war insbesondere im Hinblick auf die Systematik weiterfolgender Sozialleistungen bedeutsam (z.B. die Verknüpfung von Pflegegeldzuständigkeit mit der Zuständigkeit für die Krankenversicherung). (TZ 15)

Der Hauptverband und die Krankenversicherungsträger hatten mehrmals versucht, den gewöhnlichen Aufenthalt im Bereich der Krankenversicherung um das Kriterium der Rechtmäßigkeit – analog der Regelungen des Kinderbetreuungsgeldes und der Ausgleichszulage – zu ergänzen, um Anträge bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen für einen rechtmäßigen Aufenthalt ablehnen zu können. Das BMG sprach sich diesbezüglich für eine Beibehaltung der derzeitigen Rechtslage aus. (TZ 15)

Kenndaten der Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Sozialversicherung als Anspruchsvoraussetzung							
Rechtsgrundlagen	Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F.) Gesetz vom 1. August 1895, über die Ausübung der Gerichtsbarkeit und die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte in bürgerlichen Rechtssachen (Jurisdiktionsnorm – JN, RGBl. Nr. 111/1895 i.d.g.F.) Bundesgesetz über das polizeiliche Meldewesen (Meldegesetz 1991 – MeldeG, BGBl. Nr. 9/1992 i.d.g.F.)						
Gebbarungsvolumen	StGKK						
	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung 2009/2013	
	in Mrd. EUR						in %
Aufwand für Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung	1,321	1,325	1,361	1,403	1,441	0,120	+ 9,1
Anspruchsberechtigte Personen in der Krankenversicherung¹							
	StGKK						
Anspruchsberechtigte	896.836	902.381	913.575	921.724	931.471	+ 34.635	+ 3,9
davon							
<i>Selbstversicherung nach § 16 und § 19a ASVG</i>							
	Anzahl						in %
§ 16 Abs. 1 ASVG	6.850	6.791	6.305	6.258	6.202	– 648	– 9,5
§ 16 Abs. 2 ASVG	4.511	4.536	3.811	3.566	3.558	– 953	– 21,1
§ 19a ASVG	7.196	7.270	7.595	7.684	7.931	+ 735	+ 10,2
Angehörige nach § 123 ASVG¹							
Gesamt	238.061	236.586	234.971	233.316	233.133	– 4.928	– 2,1
davon							
<i>Ehepartner und eingetragene Partner</i>	45.317	43.767	42.231	40.762	39.712	– 5.605	– 12,4
<i>Kinder, Stiefkinder und Enkel</i>	188.342	188.117	187.609	186.859	186.952	– 1.390	– 0,7
<i>Pflegekinder</i>	866	872	937	949	1.038	+ 172	+ 19,9
<i>Haushaltsführer</i>	1.744	1.759	1.893	1.937	1.975	+ 231	+ 13,2
<i>Pflegende Person</i>	8	55	100	130	154	+ 146	+ 1.825,0
<i>Angehöriger EWR</i>	1.784	2.016	2.201	2.679	3.302	+ 1.518	+ 85,1

Fortsetzung: Kenndaten der Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Sozialversicherung als Anspruchsvoraussetzung							
Gebbarungsvolumen	WGKK						
	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung 2009/2013	
	in Mrd. EUR						in %
Aufwand für Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung	2,603	2,642	2,729	2,799	2,874	+ 0,271	+ 10,4
Anspruchsberechtigte Personen in der Krankenversicherung ¹							
	WGKK						
Anspruchsberechtigte	1.499.398	1.524.860	1.552.410	1.573.567	1.599.551	+ 100.153	+ 6,7
davon							
Selbstversicherung nach § 16 und § 19a ASVG							
	Anzahl						in %
§ 16 Abs. 1 ASVG	14.674	14.071	13.927	13.938	14.194	- 480	- 3,3
§ 16 Abs. 2 ASVG	14.803	15.372	14.536	14.606	14.639	- 164	- 1,1
§ 19a ASVG	7.372	7.537	8.366	8.645	9.579	+ 2.207	+ 29,9
Angehörige nach § 123 ASVG ¹							
Gesamt	390.820	396.887	403.763	408.105	415.689	+ 24.869	+ 6,4
davon							
Ehepartner und eingetragene Partner	53.558	53.318	54.103	54.061	54.450	+ 892	+ 1,7
Kinder, Stiefkinder und Enkel	333.113	338.548	343.875	347.496	354.048	+ 20.935	+ 6,3
Pflegekinder	1.145	1.205	1.281	1.358	1.421	+ 276	+ 24,1
Haushaltsführer	2.461	2.533	2.747	2.976	3.117	+ 656	+ 26,7
Pflegende Person	4	27	57	70	78	+ 74	+ 1.850,0
Angehöriger EWR	539	1.256	1.700	2.144	2.575	+ 2.036	+ 377,7

¹ Stichtag: 30. November

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH führte von April bis Juli 2014 eine Querschnittsprüfung zum Thema „Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt als Anspruchsvoraussetzung in der Sozialversicherung“ durch. Ziel der Gebahrungsüberprüfung war die Beurteilung der Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit der diesbezüglichen Vollziehung der Krankenversicherungsträger, der Konsequenzen der gesetzlichen Vorgaben, der Wahrnehmung der gesetzlichen Aufsicht und legistischer Maßnahmen sowie der Koordination zwischen den Krankenversicherungsträgern.

Prüfungshandlungen erfolgten bei zwei Krankenversicherungsträgern (Steiermärkische Gebietskrankenkasse – StGKK, Wiener Gebietskrankenkasse – WGKK), bei drei Bundesministerien (BMASK, BMG, BMI) und beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband). Der Überprüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2009 bis 2013, im Bedarfsfall nahm der RH auf frühere bzw. aktuelle Daten Bezug.

Der RH konzentrierte sich im Rahmen dieser Gebarungsüberprüfung insbesondere auf Versicherungsverhältnisse von Drittstaatsangehörigen, also Fremden, die nicht EWR-Bürger oder Schweizer Bürger sind. Dieser Schwerpunkt wurde gewählt, weil die Krankenversicherung von EWR-Bürgern und Schweizer Bürgern durch besondere Regelungen erfasst war, die einen Kostenersatz an Österreich vorsahen.

Die Beurteilung der Vollziehung des Fremden- und Aufenthaltsrechts sowie der Vollziehung des Meldegesetzes (MeldeG) war nicht Gegenstand dieser Gebarungsüberprüfung.

Zu dem im November 2014 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMI im Jänner 2015, das BMASK, das BMG, der Hauptverband und die StGKK im Februar 2015 sowie die WGKK im März 2015 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Mai 2015.

Rechtliche Grundlagen

Maßgebliche
Anspruchs-
voraussetzungen

2.1 (1) Zugang zu Krankenversicherungsleistungen

Das österreichische Sozialversicherungsrecht knüpfte das Bestehen eines Krankenversicherungsverhältnisses im Regelfall an das Vorliegen eines Beschäftigungsverhältnisses bzw. einer Pension an. Einige Tatbestände normierten jedoch den Wohnsitz bzw. den gewöhnlichen Aufenthalt als Anspruchsvoraussetzung, wie z.B. die Selbstversicherung¹ und die Mitversicherung² von Angehörigen.

¹ Personen, die nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren, konnten sich, solange ihr Wohnsitz im Inland gelegen war, gemäß § 16 Abs. 1 ASVG in der Krankenversicherung auf Antrag selbstversichern.

² Für den Versicherten bestand im österreichischen Sozialsystem die Möglichkeit für eine Mitversicherung von Angehörigen, die nicht selbst krankenversichert waren. Der Leistungsanspruch der Angehörigen war vom Leistungsanspruch des Versicherten abgeleitet.

Rechtliche Grundlagen

Auch in anderen Vollzugsbereichen der Sozialversicherung – wie z.B. beim Kinderbetreuungsgeld, bei der Ausgleichszulage und beim Pflegegeld – knüpfte der Leistungsanspruch an den Aufenthalt der leistungsberechtigten Person an. Beim Pflegegeld war z.B. der gewöhnliche Aufenthalt gefordert, bei der Ausgleichszulage der rechtmäßige gewöhnliche Aufenthalt. Für den Erhalt von Kinderbetreuungsgeld musste der Mittelpunkt der Lebensinteressen im Inland liegen und der Aufenthalt rechtmäßig sein.

Die Regelungsbereiche waren teilweise miteinander verbunden. So richtete sich die nationale Zuständigkeit für das Pflegegeld z.B. gemäß EU-rechtlichen Vorschriften nach der Zuständigkeit für die Krankenversicherung.

Die Möglichkeiten des Zugangs zu einer Krankenversicherung wiesen – wie in Tabelle 1 dargestellt – unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen auf.

Tabelle 1: Zugang zu Krankenversicherungsleistungen			
Rechtsgrundlage/Gruppe	Wohnsitz bzw. Aufenthalt im Inland als Anspruchsvoraussetzung	Beitrag des Versicherten (Stand: 2014)	Besonderheiten der Versicherung
ASVG			
Arbeitnehmer	nicht erforderlich	Beitrag je nach Einkommen	
Selbstversicherte	Wohnsitz	zwischen 94,46 EUR und 377,85 EUR/Monat	i.d.R. Wartezeit sechs Monate
selbstversicherte Studierende	gewöhnlicher Aufenthalt	52,68 EUR/Monat	
selbstversicherte geringfügig Beschäftigte	Wohnsitz	55,79 EUR/Monat (inkl. PV-Beitrag)	Erwerb von Pensionsversicherungszeiten
mitversicherte Angehörige	gewöhnlicher Aufenthalt ¹	Zusatzbeitrag für bestimmte Angehörige	
Pensionisten	ständiger Aufenthalt im Inland ¹	Beitrag je nach Pension	
GSVG			
Selbstständige	nicht erforderlich	Beitrag je nach Einkommen, mindestens 30,24 EUR/Monat ²	Selbstbehalt 20 % ³
mitversicherte Angehörige des Selbstständigen	gewöhnlicher Aufenthalt ¹	Zusatzbeitrag für bestimmte Angehörige	Selbstbehalt 20 % ³ ausgenommen Kinder
Weiterversicherung für Selbstständige	Wohnsitz	zwischen 41,14 EUR bzw. 53,93 EUR und 404,31 EUR/Monat	Selbstbehalt 20 % ³

¹ Der Inlandsbegriff umfasste auch Staaten des EWR, die Schweiz sowie Vertragsstaaten.

² Bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung mit ASVG oder B-KUVG konnte dieser Betrag unterschritten werden (bis auf 0 EUR).

³ Durch das Vorsorgeprogramm (Erfüllung bestimmter Gesundheitsziele: Blutdruck, Gewicht, Bewegung, Tabak, Alkohol) war eine Reduzierung auf 10 % möglich; bestimmte Leistungen waren vom Selbstbehalt ausgenommen (z.B. Spitalsaufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse).

Quellen: ASVG; GSVG; SVA; Darstellung RH

Als Voraussetzung für eine Selbstversicherung und eine Mitversicherung von Angehörigen sah der Gesetzgeber unter anderem den Wohnsitz bzw. den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland vor. Bei der Mitversicherung von Angehörigen bezog sich der Inlandsbegriff nicht nur auf das Bundesgebiet, sondern es waren aufgrund EU-rechtlicher und zwischenstaatlicher Regelungen der EWR, die Schweiz sowie fünf Vertragsstaaten gleichgestellt. Österreich hatte mit Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien und der Türkei ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen, das die Sachleistungsaushilfe bei Krankheit und den Kostenersatz dafür regelte. Damit waren Angehörige auch dann von der Mitversicherung erfasst, wenn sie nicht im Bundesgebiet, sondern in diesen Staaten aufhältig waren.

(2) Selbstversicherung

- Personen, die nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren, konnten sich, solange ihr Wohnsitz im Inland gelegen war, gemäß § 16 Abs. 1 ASVG auf Antrag selbstversichern. Ein Leistungsanspruch bestand grundsätzlich erst nach sechs Monaten.³ Die selbstversicherte Person hatte Anspruch auf Sachleistungen (z.B. ärztliche Hilfe, Heilmittel, Anstaltspflege). Geldleistungen (Krankengeld, Wochengeld) waren gesetzlich nicht vorgesehen.
- Der überwiegende Teil der Antragsteller zahlte einen nach seinen wirtschaftlichen Verhältnissen herabgesetzten Beitrag.⁴ Für Selbstversicherte war die Mitversicherung von Ehegatten, eingetragenen Partnern und Kindern möglich.⁵
- Bei der Selbstversicherung für Studierende nach § 16 Abs. 2 ASVG war nicht der „Wohnsitz“ sondern der „gewöhnliche Aufenthalt“ im Inland erforderlich. Eine Wartezeit für den Leistungsanspruch bestand nicht. Die StGKK und die WGKK verlangten für die Durchführung einer Selbstversicherung für Studierende jährlich eine Studienbestätigung. Bei Nichtvorlage beendeten sie die Selbstversicherung.

³ siehe § 124 ASVG i.V.m. der Satzung des Krankenversicherungsträgers

⁴ Von den nach § 16 Abs. 1 ASVG selbstversicherten Personen (April 2014) zahlten bei der StGKK 21 % und bei der WGKK 22 % den Maximalbeitrag in Höhe von 377,85 EUR. Der durchschnittliche Beitrag betrug bei der StGKK und der WGKK jeweils rd. 168 EUR.

⁵ Dafür leistete der Versicherte grundsätzlich einen Zusatzbeitrag; die Mitversicherung von Kindern war vom Zusatzbeitrag befreit.

- Für geringfügig beschäftigte Personen bestand die Möglichkeit, sich bei Vorliegen eines Wohnsitzes im Inland nach § 19a ASVG auf Antrag in der Kranken- und Pensionsversicherung selbstzuversichern. Der Leistungsanspruch bestand sofort.

Der RH konzentrierte sich im Folgenden auf die Selbstversicherung nach § 16 Abs. 1 ASVG, weil bei den übrigen Varianten der Selbstversicherung (Studierende bzw. geringfügig Beschäftigte) Anhaltspunkte für einen Aufenthalt im Inland bestanden.

(3) Mitversicherung

Für den Versicherten bestand im österreichischen Sozialsystem die Möglichkeit für eine Mitversicherung von Angehörigen⁶, die nicht selbst krankenversichert waren. Der Leistungsanspruch der Angehörigen war vom Leistungsanspruch des Versicherten abgeleitet. Er bestand dann, wenn die Angehörigen ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland (Bundesgebiet sowie der EWR, die Schweiz und die fünf Vertragsstaaten) hatten⁷. Der Versicherte musste für die Mitversicherung von Angehörigen grundsätzlich einen Zusatzbeitrag leisten, wobei insb. Kinder, Stiefkinder, Enkel und Pflegekinder davon ausgenommen waren.

(4) Sonstige Begriffe

Neben den Begriffen Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt sah das ASVG einen weiteren Aufenthaltsbegriff als Anspruchsvoraussetzung für eine Krankenversicherung vor: Pensionsbezieher waren krankenversichert, „solange sie sich ständig im Inland“ aufhielten⁸.

Eine sachliche Begründung für die Verwendung unterschiedlicher Begriffe im Bereich der Krankenversicherung konnte dem RH nicht dargelegt werden.

Außerhalb des Krankenversicherungsbereichs verwendete das ASVG weitere ähnliche Begriffe, die auf den Aufenthalt einer Person Bezug nahmen, wie z.B. „ständiger Wohnsitz“⁹, „ständiger Wohnort“¹⁰ und

⁶ Ehegatten/eingetragene Partner, Kinder, Stiefkinder, Enkel, Pflegekinder, Haushaltsführer, pflegende Personen

⁷ Eine Ausnahme von der Voraussetzung des gewöhnlichen Aufenthalts im Inland bestand für Kinder und Enkel, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befanden; § 123 Abs. 5 ASVG.

⁸ § 8 ASVG

⁹ § 299 ASVG (Tragung des Aufwands für die Ausgleichszulage)

¹⁰ § 49 ASVG (Entgelt)

„Wohnung“¹¹ sowie „rechtmäßiger gewöhnlicher Aufenthalt“¹². Das ASVG enthielt für keinen der genannten Begriffe eine Legaldefinition.

- 2.2** Der RH stellte fest, dass das ASVG unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen enthielt, die auf den Aufenthalt einer Person Bezug nahmen. Er kritisierte, dass diese Begriffe nicht definiert waren. Die Verwendung der unterschiedlichen Begriffe erschwerte den Vollzug. Dem RH war der Grund für diese Unterschiede nicht nachvollziehbar.

Der RH empfahl dem BMG, auf eine Vereinheitlichung der unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen (Wohnsitz, Aufenthalt) hinzuwirken und für gleiche Voraussetzungen die gleichen Begriffe zu verwenden.

- 2.3** *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es die Verwendung der unterschiedlichen Begriffe „Wohnsitz“ und „ständiger Aufenthalt“ für sachgerecht halte und keine Vereinheitlichung anstrebe. Der Wohnsitz einer Person sei an dem Ort begründet, an welchem sie sich in der erweislichen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht niedergelassen habe, daselbst ihren bleibenden Aufenthalt zu nehmen. Beim gewöhnlichen Aufenthalt sei die tatsächliche Anwesenheit maßgeblich und müsse keine Bleibeabsicht vorliegen. Bei Studierenden bestehe oftmals nicht die Absicht, ständig am Ort der tatsächlichen Niederlassung zu verbleiben. Somit sei hier der Begriff des gewöhnlichen Aufenthalts zweckmäßiger.*

- 2.4** Der RH wies darauf hin, dass neben den Begriffen „Wohnsitz“ und „gewöhnlicher Aufenthalt“ auch die Begriffe „ständiger Aufenthalt“ und „ständiger Wohnsitz“ verwendet werden. Weiters verwies er neuerlich auf die fehlende Definition dieser Begriffe. Die Verwendung unterschiedlicher Begriffe war geeignet, den Vollzug zu erschweren.

Der RH verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass selbst das BMG in seiner Stellungnahme die Begriffe nicht einheitlich verwendete. Der RH hielt daher eine Vereinheitlichung und Klärung der Begriffe weiterhin für erforderlich und verblieb bei seiner Empfehlung.

¹¹ z.B. § 175 ASVG (Arbeitsunfall)

¹² z.B. § 292 ASVG (Ausgleichszulage)

Rechtliche Grundlagen

Inhalt der Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt

3.1 (1) Das ASVG definierte die Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt nicht. Gemäß mehreren höchstgerichtlichen Entscheidungen waren die Begriffe Wohnsitz¹³ und gewöhnlicher Aufenthalt¹⁴ entsprechend den Definitionen in § 66 Jurisdiktionsnorm (JN) zu verstehen.

Der Wohnsitz einer Person war gemäß § 66 Abs. 1 JN „an dem Orte begründet, an welchem sie sich in der erweislichen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht niedergelassen hat, daselbst ihren bleibenden Aufenthalt zu nehmen“. Er setzte somit neben dem faktischen Dasein an einem Ort auch die Absicht voraus, auf Dauer bleiben zu wollen. Der Ort sollte zum wirtschaftlichen und faktischen Mittelpunkt des Lebens gemacht werden.

Der gewöhnliche Aufenthalt gemäß § 66 Abs. 2 JN bestimmte sich dagegen ausschließlich nach tatsächlichen Umständen; er hing weder von der Erlaubtheit noch von der Freiwilligkeit des Aufenthalts ab. Es waren seine Dauer und seine Beständigkeit sowie andere Umstände zu berücksichtigen, die dauerhafte Beziehungen zwischen einer Person und ihrem Aufenthalt anzeigten.

Im Unterschied zum Wohnsitzbegriff stellte der gewöhnliche Aufenthalt laut JN somit nicht auf die Absicht ab, auf Dauer bleiben zu wollen. Ansonsten war die Bedeutung der Begriffe sehr ähnlich.

(2) Beurteilung der Dauerhaftigkeit des Aufenthalts im Entscheidungszeitpunkt

Die Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt beinhalteten gemäß ihrer Definitionen in § 66 JN ein Element der Dauerhaftigkeit.

Laut Rechtsprechung musste der Aufenthaltsort der Mittelpunkt des Lebens, der wirtschaftlichen Existenz und der sozialen Beziehungen sein. Sollte der Aufenthalt erst kürzlich begonnen haben, so war für die Beurteilung maßgeblich, ob Umstände vorlagen, die darauf hindeuteten, dass die Person längere Zeit an dem Ort bleiben werde und den Ort zum Mittelpunkt des Lebens machen würde.

Als Richtschnur für das Vorliegen eines gewöhnlichen Aufenthalts nannte die Rechtsprechung einen Zeitraum von ca. sechs Monaten¹⁵. Kein gewöhnlicher Aufenthalt lag hingegen vor, wenn sich jemand

¹³ z.B. VwGH 3333/79 vom 5. Dezember 1980

¹⁴ z.B. OHG 10 ObS 34/11i vom 3. Mai 2011, OGH 10 ObS 151/04k vom 25. Jänner 2005

¹⁵ z.B. OGH 10 Ob S 151/04k vom 25. Jänner 2005, OGH 3 Ob 552/88 vom 22. Februar 1989, LGZ Wien EFSlg. 79.089 oder 101.617

an einem Ort bloß vorübergehend oder für einen sonstigen kürzeren, klar abgrenzbaren Zeitabschnitt aufhielt, z.B. zu Urlaubszwecken oder für eine Feriapraxis.¹⁶

Die Krankenversicherungsträger mussten bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Selbstversicherung und Mitversicherung bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung beurteilen, ob dieses Element der Dauerhaftigkeit des Aufenthalts gegeben war und der Lebensmittelpunkt im Inland lag, auch wenn der tatsächliche Aufenthalt erst kurz zuvor begonnen hatte. Diese Ex-ante-Beurteilung führte zu Schwierigkeiten in der Vollziehung (siehe TZ 5, 8).

(3) Rechtmäßigkeit

Für die Begründung eines Wohnsitzes beurteilten die zwei überprüften Krankenversicherungsträger das Erfordernis der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts unterschiedlich. Die StGKK vertrat die Rechtsansicht¹⁷, dass beim Wohnsitz die Prüfung der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts nicht zulässig war. Demgegenüber sah die WGKK das Vorliegen eines rechtmäßigen Aufenthalts zwar als erforderlich an, prüfte diesen allerdings nicht gesondert, da sie davon ausging, dass die Meldebehörden eine Prüfung der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts vor Eintragung der Meldedaten im Zentralen Melderegister (ZMR) durchführten.

Beim gewöhnlichen Aufenthalt waren sowohl die StGKK als auch die WGKK der Meinung, dass die Rechtmäßigkeit keine Rolle spielte. Einige Gesetze im Sozialbereich forderten die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts als Anspruchsvoraussetzung, z.B. das Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG) für das Kinderbetreuungsgeld und das ASVG für die Ausgleichszulage zur Pension¹⁸. Im Gegensatz dazu war im ASVG für die Krankenversicherung die Rechtmäßigkeit des gewöhnlichen Aufenthalts nicht normiert¹⁹. Voraussetzung war hier der „gewöhnliche Aufenthalt“.

¹⁶ Simotta in Fasching/Konecny³ I § 66 JN Rz 26

¹⁷ Sie verwies dazu auf mehrere VwGH-Entscheidungen im Bereich des Staatsbürgerschaftswesens, wonach für das Vorliegen eines Hauptwohnsitzes gemäß Art. 6 B-VG die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts nicht erforderlich war, siehe VwGH 98/01/0081, VwGH 2002/18/0292, VwGH 2003/18/0084.

¹⁸ Ein Pensionsbezieher mit rechtmäßigem gewöhnlichem Aufenthalt im Inland hatte gemäß §§ 292 ff. ASVG Anspruch auf Ausgleichszulage zur Pension, wenn sein Gesamteinkommen einen gesetzlich festgelegten Richtsatz nicht erreicht.

¹⁹ Ebenso wie § 123 ASVG verlangten z.B. § 83 GSVG und § 78 BSVG für die Anspruchsberechtigung von Angehörigen den gewöhnlichen Aufenthalt des Angehörigen im Inland. Auch § 3 Bundespflegegeldgesetz (BPGG) setzte keine Rechtmäßigkeit des gewöhnlichen Aufenthalts des Pflegegeldbezieher im Inland voraus.

Daher war es auch für solche Personen, die sich nicht rechtmäßig im Inland aufhielten, möglich, einen gewöhnlichen Aufenthalt zu begründen und damit die Voraussetzungen für eine Aufnahme in die Krankenversicherung als Angehöriger zu erfüllen.

- 3.2** (1) Der RH stellte kritisch fest, dass das Sozialversicherungsrecht die Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt als Anspruchsvoraussetzungen für die Selbstversicherung und Mitversicherung nannte, diese jedoch nicht selbst definierte. Die laut Rechtsprechung heranzuziehenden Definitionen waren dem Zivilprozessrecht entnommen und nicht auf Sozialversicherungsansprüche, sondern auf die Bestimmung der Gerichtszuständigkeit zugeschnitten.

Beide Begriffe stellten auf das Vorliegen des Lebensmittelpunkts sowie auf eine Dauerhaftigkeit des Aufenthalts ab und waren somit in ihrer Bedeutung sehr ähnlich.

Der RH wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Krankenversicherungsträger vor der Herausforderung standen, bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung die mit den Begriffen Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt geforderte Dauerhaftigkeit des Aufenthalts zu beurteilen. Dass die beiden überprüften Krankenversicherungsträger in der Vollziehung der letzten Jahre verschiedene Vorgehensweisen wählten, zeigte, dass unklar war, wie die Überprüfung der Voraussetzungen konkret erfolgen sollte.

Vor dem Hintergrund dieser Vollzugsprobleme empfahl der RH dem BMG, auf eine Definition der Begriffe hinzuwirken, die sich an den Anforderungen der Vollziehung im Bereich der Krankenversicherung orientiert (z.B. Überprüfbarkeit ex ante).

- (2) Der RH stellte weiters kritisch fest, dass die StGKK und die WGKK das Vorliegen eines rechtmäßigen Aufenthalts für die Begründung eines Wohnsitzes unterschiedlich beurteilten.

Er empfahl daher dem BMG, auf eine Klarstellung der Rechtslage im Hinblick auf das Erfordernis der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts für die Begründung eines Wohnsitzes gemäß § 16 Abs. 1 ASVG hinzuwirken.

- 3.3** (1) *Das BMG sprach sich in seiner Stellungnahme gegen eine Legaldefinition der Begriffe im Sozialversicherungsrecht aus. Es sah auch keine Notwendigkeit für eine gesetzliche Klarstellung der Rechtslage in Hinblick auf das Erfordernis der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts für die Begründung eines Wohnsitzes nach § 16 Abs. 1 ASVG.*

Das BMG verwies darauf, dass das BMASK bereits im Jahr 1996 mit Erlass die Auffassung vertreten habe, dass eine Bindung des gewöhnlichen Aufenthalts im Sinne des § 123 Abs. 1 Z 1 ASVG an das Vorliegen einer Aufenthaltsbewilligung gesetzlich nicht gedeckt sei. Diese Rechtsmeinung sei auch auf die Frage, ob ein Wohnsitz gem. § 16 Abs. 1 ASVG im Inland bestehe, anzuwenden. Es entspreche dem Prinzip der Sozialversicherung, dass für den Eintritt einer Pflichtversicherung nicht an die Rechtmäßigkeit einer Beschäftigung angeknüpft werde. Dies gelte auch für die Frage der Zulässigkeit einer Selbstversicherung. Aus dem Gesetz sei das Erfordernis der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts im Inland jedenfalls nicht abzuleiten.

(2) Die StGKK und WGKK befürworteten in ihren Stellungnahmen die einheitliche Auslegung der Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt sowie die gesetzliche Klarstellung, dass sich in beiden Fällen die Prüfung auch auf die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts zu erstrecken habe.

- 3.4** Der RH wies gegenüber dem BMG nochmals darauf hin, dass die Aufenthaltsbegriffe dem Zivilprozessrecht – somit einem anderen Rechtsgebiet – entnommen, nicht auf die Anforderungen von Sozialversicherungsträgern zugeschnitten waren und insbesondere die Ex-ante-Beurteilung der Sachverhalte in der Vollziehung Probleme verursachte. Vor dem Hintergrund der bestehenden Vollzugsprobleme verblieb der RH bei seiner Empfehlung, auf eine Definition der Begriffe im ASVG hinzuwirken, die sich an den Anforderungen der Vollziehung im Bereich der Krankenversicherung orientiert.

Weiters hielt der RH angesichts der unterschiedlichen Vollzugspraxis der Krankenversicherungsträger (s. Tabelle 7) eine Klarstellung der Rechtslage im Hinblick auf das Erfordernis der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts beim Wohnsitz gem. § 16 Abs. 1 ASVG für notwendig.

Zuständigkeiten

- 4.1** Die folgende Übersicht verdeutlicht die vielfältigen Zuständigkeiten der bei Abschluss einer Krankenversicherung durch Drittstaatsangehörige agierenden Rechtsträger:

Zuständigkeiten

Tabelle 2: Überblick über die Akteure und ihre Zuständigkeiten

	Bund			SV-Träger		Land		Gemeinde
	BMEIA	BMI	BMG	Hauptverband	KV-Träger	Krankenanstalt	Landeshauptmann	Meldebehörde
Genehmigung Einreise	X	X						
Aufenthalt und Niederlassung		X					X	
Meldung der Unterkunft laut MeldeG		X						X
Begründung einer Krankenversicherung			X	X	X			
Finanzierung der Leistungen					X	X		

Quelle: Darstellung RH

Bei der Einreise von Drittstaatsangehörigen nach Österreich war in den meisten Fällen ein Visum erforderlich. Nur für Staatsangehörige einiger Staaten war ein visumsfreier Aufenthalt für eine bestimmte Zeitdauer möglich. Für die Erteilung eines Visums waren grundsätzlich die österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland (z.B. Botschaften) zuständig.²⁰ Als Voraussetzung für die Erteilung eines Visums musste der Antragsteller u.a. eine aufrechte Krankenversicherung (z.B. Reisekrankenversicherung) vorweisen und bestätigen, Österreich vor Ablauf des Visums wieder zu verlassen. Für bestimmte Staaten musste die Vertretungsbehörde vor Visumserteilung eine Stellungnahme des BMI einholen.

Hielt sich eine Person nach ihrer Einreise mindestens drei Tage in Österreich auf, war sie verpflichtet, ihre Unterkunft den Meldebehörden (Bürgermeister) bekanntzugeben. Die Meldebehörden speicherten die Wohnsitzmeldung im ZMR. Die Anzahl der Bewohner mit einem Hauptwohnsitz war für die Gemeinden auch im Hinblick auf Einnahmen aufgrund des Finanzausgleichs (Ertragsanteile) relevant.

Stellte eine Person einen Antrag auf Krankenversicherung, prüfte der Krankenversicherungsträger im Fall einer Selbstversicherung oder Mitversicherung das Vorliegen des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts insbesondere durch eine Abfrage im ZMR. Bei Vorliegen der Voraussetzungen wurde die Person versichert bzw. mitversichert.

²⁰ In manchen Ländern erledigten Schengen-Partnerstaaten diese Aufgabe mit. Visumsverlängerungen waren auch im Inland an den Flughäfen möglich.

In Leistungsfall bezahlten die Krankenversicherungsträger im niedergelassenen Bereich die Sachleistungen nach dem mit den Vertragspartnern²¹ vereinbarten Tarif.

Im Krankenanstaltenbereich übernahmen die Krankenversicherungsträger einen jährlich angepassten Pauschalbetrag. Neben Beiträgen des Bundes und der Gemeinden trugen grundsätzlich die Länder als Träger der Krankenanstalten in diesem Bereich einen großen Teil der Finanzierung.

- 4.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Zuständigkeiten für die Eintragung eines Hauptwohnsitzes (Bürgermeister einer Gemeinde), für die Prüfung der Voraussetzungen eines Versicherungsverhältnisses (Krankenversicherungsträger) und für einen wesentlichen Teil der finanziellen Konsequenzen (die Länder waren Erhalter von Krankenanstalten) zersplittert waren. Jeder dieser Aufgabenträger sah sich in der Regel nur für seinen eigenen Bereich verantwortlich.

Er wies weiters darauf hin, dass bei den Rechtsträgern unterschiedliche Interessenslagen bestanden: Während die Gemeinden aufgrund der Zuweisung von Steuermitteln nach Bevölkerungsschlüsseln eher einen Anreiz hatten, eine hohe Zahl gemeldeter Hauptwohnsitze anzustreben, hatten die Krankenversicherungsträger das Vorliegen eines Versicherungsverhältnisses zu prüfen. Da sie Krankenhausaufenthalte pauschal vergüteten, trugen sie nur ein beschränktes Risiko für eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme stationärer Behandlung. Die Länder, die als Träger der Krankenanstalten einen großen Teil der Behandlungskosten trugen, waren im Prozess für das Zustandekommen eines Versicherungsverhältnisses nicht eingebunden.

Prüfschritte der Krankenversicherungsträger

Entwicklung der
Prüfmaßstäbe

- 5.1 (1) Für die Begründung einer Selbstversicherung oder Mitversicherung war ein Antrag an den Krankenversicherungsträger zu stellen. Dabei musste den Krankenversicherungsträgern die Identität des Antragstellers nachgewiesen werden, z.B. durch Vorlage einer Kopie eines Lichtbildausweises oder einer bereits vorhandenen e-card, ein persönlicher Kontakt war nicht notwendig. Die Krankenversicherungsträger prüften, ob die jeweiligen Voraussetzungen für die Aufnahme in die Krankenversicherung vorlagen.

²¹ z.B. Ärzte

Prüfschritte der Krankenversicherungsträger

Bei Anträgen von Fremden²² hatten die StGKK und die WGKK ihre Prüfmaßstäbe in den letzten Jahren – bei diesbezüglich unveränderter Rechtslage im ASVG – mehrfach geändert, wie aus Dienstanweisungen und Arbeitsanleitungen ersichtlich war.

Tabelle 3: Entwicklung der Kriterien für die Prüfung des Wohnsitzes			
StGKK		WGKK	
Vollzugspraxis	Datum	Vollzugspraxis	Datum
WOHNSITZ (Selbstversicherung)			
*) Hauptwohnsitz UND			
*) Aufenthaltsbewilligung mind. sechs Monate; Reisevisum nicht ausreichend	1996	*) Hauptwohnsitz	jedenfalls seit 1985 (schriftlich dokumentiert ab 2009)
*) Aufenthaltsbewilligung bzw. eingereichter Antrag; Reisevisum nicht ausreichend; Hinweis, dass § 66 JN (Lebensmittelpunkt, Wille) maßgebend und nicht das MeldeG			
*) Hauptwohnsitz	2010		

Quellen: StGKK; WGKK; Darstellung RH

(2) Die StGKK verlangte für die Voraussetzung des Wohnsitzes in der Selbstversicherung in den Jahren 1996 bis 2004 bei Fremden das Bestehen einer Aufenthaltsbewilligung für mindestens sechs Monate und zusätzlich einen Hauptwohnsitz in Österreich. In den Jahren 2004 bis 2010 musste der Antragsteller zumindest einen Antrag auf Aufenthaltsbewilligung vorweisen, der Nachweis eines Hauptwohnsitzes war nicht erforderlich. Im Zuge der Einführung eines für die Gebietskrankenkassen einheitlichen IT-Programms verlangte die StGKK ab dem Jahr 2010 unter Hinweis auf die Vorgehensweise der übrigen Gebietskrankenkassen den Hauptwohnsitz laut ZMR als alleiniges Kriterium.

Die WGKK setzte laut eigenen Angaben zumindest seit dem Jahr 1985 für eine Selbstversicherung das Vorliegen eines Hauptwohnsitzes laut ZMR voraus. Erst ab dem Jahr 2009 war diese Vorgehensweise schriftlich dokumentiert.

²² Personen, die die österreichische Staatsbürgerschaft nicht besitzen

Tabelle 4: Entwicklung der Kriterien für die Prüfung des gewöhnlichen Aufenthalts

StGKK		WGKK	
GEWÖHNLICHER AUFENTHALT (Mitversicherung)			
*) Aufenthaltsbewilligung mind. sechs Monate; Reisevisum nicht ausreichend	1994	*) Wohnsitz UND *) Aufenthaltsbewilligung bzw. –berechtigung mind. sechs Monate; Reisevisum nicht ausreichend Befristung der Angehörigen-eigenschaft längstens mit der Dauer der Aufenthaltsbewilligung oder –berechtigung	1993
*) Aufenthaltsbewilligung für mindestens sechs Monate ODER *) Antrag auf Aufenthaltsbewilligung UND Meldebestätigung, die einen Aufenthalt von mindestens drei Monaten dokumentiert ODER *) schriftliche Darlegung der Fakten, die für eine Zuerkennung sprechen und Einzelfallentscheidung durch die StGKK	1995	gleichlautend wie Dienstanweisung aus 1993; zusätzlich: Prüfung des gewöhnlichen Aufenthalts entfällt für ein Jahr bei Ehegatten und Kindern mit Hauptwohnsitz in Österreich	1994
*) Wohnsitz UND *) gültige Niederlassungsbewilligung bzw. eingereichter Antrag	2003	gleichlautend wie Dienstanweisung aus 1993; zusätzlich: bei Ehegatten und Kindern ist ein Wohnsitz in Österreich nur erforderlich, wenn die Heirat bzw. die Geburt nicht in Österreich erfolgte	1995
*) Niederlassungsbewilligung/Aufenthaltserlaubnis; Reisevisum und Aufenthaltsvisum nicht ausreichend	2003	*) Wohnsitz ausgenommen Ehegatte mit Heiratsort und Kinder mit Geburtsort in Österreich	1996
*) Hauptwohnsitz ODER *) Niederlassungsbewilligung/ Aufenthaltserlaubnis; Reisevisum und Aufenthaltsvisum nicht ausreichend ODER *) Niederlassungsbewilligung bzw. eingereichter Antrag UND Wohnsitz	2004	*) Hauptwohnsitz ausgenommen Ehegatte mit Heiratsort und Kinder mit Geburtsort in Österreich	2006
gleichlautend wie Dienstanweisung aus 2004; zusätzlich: Versicherungszeitenbestätigung des letzten ausländischen Versicherungsträgers (für Angehörige ab dem 15. Lebensjahr, die bei Antragstellung noch keine sechs Monate in Österreich den Hauptwohnsitz haben bzw. ab 5. Juni 2012: für Angehörige (auch unter dem 15. Lebensjahr), die ihren Wohnsitz nach Österreich verlegen und – falls sie den Hauptwohnsitz in Österreich haben – innerhalb von sechs Monaten nicht in Österreich gesetzlich krankenversichert waren)	2012		
*) Hauptwohnsitz	2012		

Quellen: StGKK; WGKK; Darstellung RH

(3) Für einen gewöhnlichen Aufenthalt eines Angehörigen hatten die StGKK bis ins Jahr 2012 und die WGKK bis ins Jahr 1996 eine Aufenthaltsbewilligung von mindestens sechs Monaten verlangt. Wie aus der obigen Tabelle ersichtlich, änderten sie die Prüfungskriterien noch mehrmals.

(4) Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung zogen sowohl die StGKK als auch die WGKK den Hauptwohnsitz im ZMR²³ als alleiniges Kriterium heran, um versichert bzw. mitversichert werden zu können. Sie sahen in der Meldebestätigung über einen Hauptwohnsitz einen Beweis für einen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt. Die StGKK räumte dem RH gegenüber ein, sie habe Informationen, dass die Meldebehörden den rechtmäßigen oder tatsächlichen Aufenthalt nicht prüften und zwar weder zum Zeitpunkt der Anmeldung noch danach.

Die StGKK und die WGKK gingen dennoch davon aus, dass die Meldebehörden zur Feststellung des Aufenthalts einer Person schon zuvor Prüfschritte gesetzt hatten, dass die Angaben im ZMR richtig waren und dass eine Hauptwohnsitz-Eintragung mit einem Reisevisum nicht möglich war.

Andere Prüfungshandlungen oder eigene Erhebungen der Krankenversicherungsträger zu den tatsächlichen Lebensumständen des Antragstellers erfolgten im Regelfall nicht.

Dies galt unabhängig von der Staatsangehörigkeit. Insbesondere auf den Umstand, dass viele Drittstaatsangehörige nur einen zeitlich befristeten rechtmäßigen Aufenthalt (zeitlich beschränkter visumsfreier Aufenthalt, Visum, Aufenthaltstitel etc.) besaßen, gingen die beiden Krankenversicherungsträger nicht ein.

- 5.2** Der RH stellte kritisch fest, dass die StGKK und die WGKK in den letzten Jahren über unterschiedliche Kriterien für das Vorliegen eines Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts verfügten und diese Kriterien im Laufe der Zeit reduzierten. Während z.B. die StGKK bis zum Jahr 2010 eine Aufenthaltsbewilligung bzw. einen Antrag auf Aufenthaltsbewilligung als Nachweis des Wohnsitzes für eine Selbstversicherung verlangte, zog die WGKK bereits seit dem Jahr 1985 lediglich die Hauptwohnsitzmeldung im ZMR für eine Selbstversicherung heran.

²³ Die WGKK verlangte bei Kindern, die in Österreich geboren wurden, und bei Ehegatten, die in Österreich geheiratet hatten, unabhängig von der Staatsangehörigkeit keine ZMR-Meldebestätigung.

Weiters wies der RH darauf hin, dass die StGKK und die WGKK über die im Zuge einer Wohnsitz-Meldung von den Meldebehörden vorgenommenen Prüfschritte nicht informiert waren.

ZMR-Abfrage für die Prüfung durch die Krankenversicherungsträger

6.1 (1) Da die Krankenversicherungsträger in ihrer Prüfung grundsätzlich die Meldebestätigung als Nachweis des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts heranzogen, analysierte der RH, ob diese Vorgehensweise ausreichend und zweckmäßig war. Er untersuchte dafür, ob die Begriffe im MeldeG und im ASVG ident waren, welche Prüfungshandlungen bei der Anmeldung erfolgten und wie eine Berichtigung fehlerhafter Anmeldungen erfolgte.

(2) Das MeldeG verwendete den Begriff des Wohnsitzes und unterschied zwischen Wohnsitz und Hauptwohnsitz²⁴.

- Der „Hauptwohnsitz“ war jene Unterkunft, an der sich jemand in der erweislichen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht niedergelassen hatte, diese zum Mittelpunkt seiner Lebensbeziehungen zu machen.²⁵ Jede Person konnte nur einen Hauptwohnsitz haben.
- Der „Wohnsitz“ laut MeldeG war eine Unterkunft, an der sich eine Person mit der Absicht niederließ, dort einen Anknüpfungspunkt seiner Lebensbeziehungen zu haben.²⁶ Jede Person konnte auch mehrere Wohnsitze haben. Diese wurden im allgemeinen Sprachgebrauch und im ZMR als „Nebenwohnsitze“ bezeichnet.

²⁴ bis zur Erlassung des Hauptwohnsitzgesetzes im Jahr 1994 (BGBl. Nr. 505/1994): ordentlicher Wohnsitz; der Begriff des Hauptwohnsitzes fand sich fast wortgleich auch in Art. 6 Abs. 3 B-VG

²⁵ § 1 Abs. 7 und 8 MeldeG: (7) Der Hauptwohnsitz eines Menschen ist an jener Unterkunft begründet, an der er sich in der erweislichen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht niedergelassen hat, diese zum Mittelpunkt seiner Lebensbeziehungen zu machen; trifft diese sachliche Voraussetzung bei einer Gesamtbetrachtung der beruflichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebensbeziehungen eines Menschen auf mehrere Wohnsitze zu, so hat er jenen als Hauptwohnsitz zu bezeichnen, zu dem er das überwiegende Naheverhältnis hat. (8) Für den Mittelpunkt der Lebensbeziehungen eines Menschen sind insbesondere folgende Kriterien maßgeblich: Aufenthaltsdauer, Lage des Arbeitsplatzes oder der Ausbildungsstätte, Ausgangspunkt des Weges zum Arbeitsplatz oder zur Ausbildungsstätte, Wohnsitz der übrigen, insbesondere der minderjährigen Familienangehörigen und der Ort, an dem sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen, ausgebildet werden oder die Schule oder den Kindergarten besuchen, Funktionen in öffentlichen und privaten Körperschaften.

²⁶ § 1 Abs. 6 MeldeG: Ein Wohnsitz eines Menschen ist an einer Unterkunft begründet, an der er sich in der erweislichen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht niedergelassen hat, dort bis auf weiteres einen Anknüpfungspunkt von Lebensbeziehungen zu haben.

Prüfschritte der Krankenversicherungsträger

Die folgende Tabelle veranschaulicht in vereinfachter Form das unterschiedliche Verständnis der Aufenthaltsbegriffe in der JN und im MeldeG.

Tabelle 5: Begriffe der JN und des MeldeG und ihre Tatbestandsmerkmale				
	JN		MeldeG	
	Wohnsitz	gewöhnlicher Aufenthalt	Hauptwohnsitz	Wohnsitz (= Nebenwohnsitz)
Anknüpfungspunkt von Lebensbeziehungen	X	X	X	X
Lebensmittelpunkt	X	X	X	
Bleibeabsicht	X		X	

Quellen: JN; MeldeG; Darstellung RH

Der Begriff Wohnsitz gemäß § 66 JN war in seiner Bedeutung nicht mit dem Wohnsitzbegriff des MeldeG ident, weil für letzteren irgendein Anknüpfungspunkt ausreichend war. Vielmehr kam er dem Hauptwohnsitzbegriff des MeldeG nahe, weil beide Regelungen auf den Lebensmittelpunkt sowie die Bleibeabsicht Bezug nahmen.

(3) Das MeldeG schrieb vor, dass eine Person, die in Österreich in einer Wohnung Unterkunft nahm, innerhalb von drei Tagen ihren „Wohnsitz“ melden musste. Meldebehörden waren die Bürgermeister.²⁷ Die fachliche Aufsicht als sachlich in Betracht kommende Oberbehörde hatte das BMI.²⁸

Der Meldepflichtige musste die Anmeldung nicht persönlich vornehmen. Es war auch eine postalische Meldung oder eine Meldung per Boten möglich.²⁹ Dabei war der Meldebehörde die Identität des Meldepflichtigen mittels Urkunden nachzuweisen, Fremde mussten ein Reisedokument vorlegen. Der Meldepflichtige hatte seine Angaben auf dem Formblatt „Meldezettel“ anzuführen und durch Unterschrift zu bestätigen. Der Unterkunftsgeber musste ebenfalls auf dem Formblatt unterschreiben.

²⁷ § 13 Abs. 1 MeldeG

²⁸ Gemäß § 2 Abs. 2 SPG ist das Meldewesen ein Teil der Sicherheitsverwaltung. Gemäß § 4 Abs. 1 SPG ist der Bundesminister für Inneres die Oberste Sicherheitsbehörde. Gemäß § 25 MeldeG ist insbesondere der Bundesminister für Inneres mit der Vollziehung des MeldeG betraut.

²⁹ Im Jahr 1994 hob der VfGH die Unzulässigkeit der Anmeldung auf postalischem Weg auf (VfGH G236/93, G237/93 vom 17. Juni 1994).

Eine Prüfung der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts und eine Befristung der Wohnsitzmeldung für Personen mit zeitlich befristetem Aufenthaltsrecht erfolgten nicht.

Es oblag dem Meldepflichtigen, ob er auf dem Formblatt seinen Wohnsitz als Hauptwohnsitz qualifizierte. Die Meldebehörde hatte die Erklärung zur Kenntnis zu nehmen, eine Überprüfung der Angaben im Zuge der Meldung war nicht vorgesehen. In diesem Zusammenhang führte der VwGH in einer Entscheidung aus dem Jahr 2001 aus, dass aufgrund der Meldung alleine nicht der Schluss zulässig wäre, dass die Meldeadresse tatsächlich den Hauptwohnsitz der betreffenden Person bilden würde, doch dem in der Urkunde (Meldezettel) erklärten Willen der gemeldeten Person hohe Indizwirkung zukäme.³⁰

Tabelle 6: Kriterien für die Meldung eines Hauptwohnsitzes bei der Meldebehörde

Kriterium	Prüfung
Identität	Reisedokument ¹
Unterkunft	Name und Unterschrift des Unterkunftgebers
Mittelpunkt der Lebensbeziehungen	erklärter Wille des Meldepflichtigen auf dem Meldezettel

¹ für österreichische Staatsbürger alternativ z.B. auch Geburtsurkunde

Quellen: MeldeG, Meldezettel; BMI; Darstellung RH

Das BMI wies im Rahmen der Gebarungsüberprüfung des RH darauf hin, dass den Meldedaten nur wenig Beweiswert über den tatsächlichen Aufenthalt einer Person zukam.

Dennoch dienten die Meldedaten in verschiedenen Bereichen als Nachweis, wie bspw. für die Erstellung der Wählerevidenzen, die Zuerkennung von Beihilfen³¹, für diverse statistische Zwecke. Viele Behörden bedienten sich bei der Vollziehung ihrer Aufgaben der ZMR-Daten.

Die Vertreter der StGKK und der WGKK wiesen darauf hin, dass es zweckmäßig wäre, die Prüfung von Aufenthaltsvoraussetzungen im Sinne von Effizienz und Einheitlichkeit direkt bei der Anmeldung durch die Meldebehörden vorzunehmen. Dies würde sicherstellen, dass in weiterer Folge nicht andere Behörden und Organisationseinheiten nochmals Prüfungshandlungen setzen müssten. Die derzeitige Situation sei nicht geeignet, eine einheitliche und ordnungsgemäße Vollziehung der gesetzlichen Vorgaben sicherzustellen. Nach Ansicht der StGKK und der WGKK wäre es nötigenfalls Aufgabe des Gesetzgebers,

³⁰ VwGH 11. Juni 2001, Zl. 2000/02/0272

³¹ z.B. Familienbeihilfe, Kinderbetreuungshilfe

durch legistische Anpassungen im Meldewesen die Voraussetzungen für eine erhöhte Beweiskraft einer Meldebestätigung zu schaffen.

(4) Das MeldeG regelte, in welchen Fällen Meldedaten berichtigt werden konnten.³² Es sah z.B. eine amtswegige Berichtigung vor, wenn eine Meldung entgegen den Bestimmungen des MeldeG vorgenommen oder unterlassen worden war oder das Melderegister sonst unrichtige Meldedaten enthielt. Die Berichtigung der Wohnsitzqualität war jedoch nur nach einem speziellen Verwaltungsverfahren (Reklamationsverfahren) zulässig, das vom Bürgermeister beim Landeshauptmann – in bundesländerübergreifenden Fällen beim BMI – zu beantragen war. Die Meldebehörde berichtigte anschließend gegebenenfalls das Melderegister mit dem Datum der Rechtskraft des das Reklamationsverfahren beendenden Bescheids. Ob ein Hauptwohnsitz jemals bestanden hatte, war nicht Gegenstand dieses Verfahrens; maßgeblich war die Sachlage zum Zeitpunkt der Entscheidung.

Informationen über die Anzahl der in Österreich geführten Reklamationsverfahren und die danach erfolgten ZMR-Berichtigungen lagen im BMI nicht vor.

- 6.2** Der RH wies nochmals darauf hin, dass die StGKK und die WGKK für das Vorliegen eines Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts den Hauptwohnsitz laut ZMR verlangten.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass eine Eintragung im ZMR aus mehreren Gründen keine zwingenden Rückschlüsse auf den tatsächlichen Aufenthalt bzw. den tatsächlichen Lebensmittelpunkt der gemeldeten Person zuließ:

- Die Meldebehörden konnten bei einer Meldung, die postalisch oder durch einen Dritten vorgenommen wurde, nicht verifizieren, ob sich die angemeldete Person zum Meldezeitpunkt tatsächlich im Inland aufhielt.
- Das MeldeG forderte für das Vorliegen eines Hauptwohnsitzes die erweisliche oder aus den Umständen hervorgehende Absicht, die bezogene Unterkunft zum Mittelpunkt der Lebensbeziehungen zu machen und stellte dafür Kriterien auf. Obwohl das MeldeG diese Kriterien nannte, waren bei der Anmeldung keine Prüfungshandlungen der Meldebehörden vorgesehen. Dies auch dann, wenn für die Meldebehörde – z.B. durch ein Visum – erkennbar sein konnte,

³² insb. §§ 15 und 17 MeldeG

dass der Aufenthalt einer Person voraussichtlich nicht dauerhaft war.

- Auch Personen, die sich mit einem 90-Tage-Reisevisum in Österreich aufhielten, konnten einen Hauptwohnsitz in Österreich begründen. Da das Melderecht keine Befristung für die Dauer des kurzfristigen Aufenthalts vorsah, war nicht auszuschließen, dass ein Wohnsitz im ZMR bestehen blieb, wenn der Meldepflichtige nach Ablauf seines rechtmäßigen Aufenthalts wieder ausreiste und sich nicht abmeldete.
- Eine rückwirkende Berichtigung der Meldedaten gab es nicht. Selbst wenn tatsächlich niemals ein Hauptwohnsitz bestanden hatte (z.B. aufgrund fehlenden Aufenthalts im Inland), erfolgte die amtsweilige Abmeldung erst mit Bescheiddatum. Somit blieb ein Zeitraum bestehen, in dem die Person mit Hauptwohnsitz weiterhin im ZMR aufschien.
- Laut Rechtsprechung beurkundeten Meldebestätigungen lediglich die Tatsache der Meldung, gaben aber nicht über die tatsächlichen Verhältnisse Auskunft.³³

Soweit eine Behörde den tatsächlichen Aufenthalt einer Person oder ihren Lebensmittelpunkt als Anspruchsvoraussetzung zu prüfen hatte, konnte daher nach Auffassung des RH eine Meldebestätigung zwar als Indiz herangezogen werden, aber keine tiefergehende inhaltliche Prüfung ersetzen.

Der RH wies darauf hin, dass in vielen Bereichen eine Meldebestätigung als Nachweis für den Aufenthalt diene und für die Erlangung von Leistungen notwendig war. Da die Meldebehörden keine eingehende Prüfung von Aufenthaltsvoraussetzungen vornahmen, mussten die nachfolgenden Organisationseinheiten selbst Prüfungshandlungen vornehmen. Der RH teilte die Einschätzung der StGKK und der WGKK, dass damit die Gefahr von Doppelgleisigkeiten und uneinheitlichen Ergebnissen verbunden war. Der RH wies auch auf die Ausführungen des BMI hin, dass derzeit gemäß der Judikatur des VwGH die Willenserklärung des Meldepflichtigen für die Begründung eines Hauptwohnsitzes ausreichend sei.

Der RH empfahl dem BMG und dem BMI zu prüfen, wie eine in Hinblick auf die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und der Sicherstellung einheitlicher Ergebnisse zweckmäßige Bezugnahme und Prüfung

³³ LGZ Wien EFSlg. 66.866 oder 105.503; vgl. auch LGZ Wien EFSlg. 57.693, 82.093; Rechberger (Hrsg.), Zivilprozessordnung⁴, § 66 JN Rz 3

von Aufenthaltskriterien erfolgen sollte und ob dazu Änderungen im MeldeG notwendig wären.

Der RH empfahl daher der StGKK und der WGKK, bis zur etwaigen Vornahme rechtlicher Änderungen im Meldewesen die Prozesse bei der Anmeldung so zu gestalten, dass sichergestellt ist, dass nur Personen, die alle gesetzlichen Voraussetzungen hinsichtlich Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt erfüllen, einen Krankenversicherungsschutz erlangen. Bei Antragstellern, bei denen Zweifelsfragen vorliegen (z.B. bei Drittstaatsangehörigen mit Reisevisum), wären die Voraussetzungen zu prüfen.

6.3 *(1) Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass gesetzliche Klarstellungen bzw. Änderungen im MeldeG in die Zuständigkeit des BMI fallen würden. Entsprechende Vorschläge seien daher von diesem Ressort zu erstatten und könnten in weiterer Folge einer genauen Prüfung hinsichtlich allfälliger Auswirkungen auf den Bereich der Krankenversicherung unterzogen werden.*

(2) Das BMI teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es sich bei Anmeldungen nach dem MeldeG um von den Gemeinden zu vollziehende Massenverfahren handle, in denen – insbesondere auch in Fällen mit Auslandsbezug – zusätzliche Prüfschritte, wie insbesondere die Feststellung, ob an der Unterkunft der „Mittelpunkt der Lebensbeziehungen“ eines Menschen bestehe, praktisch nicht möglich seien. Eine Änderung des MeldeG sei daher nicht in Aussicht genommen.

(3) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass das Vorliegen eines Wohnsitzes von den Meldebehörden im Sinne der Bestimmungen des MeldeG zu prüfen und im ZMR rechtsverbindlich zu dokumentieren sei. Daraus folge, dass sich die Krankenversicherungsträger bei der Umsetzung der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen auf die im ZMR dargelegte Wohnsituation zu verlassen hätten. Sollten beim Krankenversicherungsträger diesbezügliche Zweifel auftreten, würde dieser die tatsächlichen Verhältnisse eruieren und allenfalls die Meldebehörden davon in Kenntnis setzen.

(4) Die StGKK verwies ebenfalls auf die Prüfständigkeit der Meldebehörden. Die StGKK werde aber bis zu einer gesetzlichen Änderung im Meldewesen gemeinsam mit dem Hauptverband und den anderen Krankenversicherungsträgern ein Konzept zur einheitlichen Vorgangsweise der Krankenversicherungsträger in der Selbstversicherung und bei der Feststellung der Angehörigeneigenschaft für Drittstaatsangehörige entwickeln und dieses mit Maßnahmen, die den Grundsätzen einer ökonomischen Verwaltung entsprechen, umsetzen.

(5) Die WGKK teilt in ihrer Stellungnahme mit, dass im Sinne ökonomischen und effizienten Verwaltungshandelns die Prüfständigkeit bei den Meldebehörden verortet werden sollte. Die derzeitige Rechtslage, nach der die Meldebehörden das Meldewesen zu vollziehen haben, das Vorliegen des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts dennoch von jeder Behörde bzw. jedem Krankenversicherungsträger autonom zu beurteilen sei, führe einerseits zu unterschiedlichen Ergebnissen und sei in hohem Maß ineffizient.

Bis zu rechtlichen Änderungen im Meldewesen und einem abgestimmten Vorgehen aller Krankenversicherungsträger werde die WGKK bei Drittstaatsangehörigen die Prüfung des Aufenthaltstitels und eine Einsicht in die Reisepässe vornehmen. Insbesondere bei Personen mit C-Visum würden Anträge aufgrund der fehlenden Voraussetzung des Wohnsitzes im Inland in der Regel abgelehnt werden. Sollte ein Antragsteller dennoch behaupten, seinen Wohnsitz in Österreich zu haben, werde eine nähere Begründung gefordert und Kontakt mit dem BMI aufgenommen.

- 6.4** Der RH hielt die Stellungnahmen des BMG und des BMI nicht für geeignet, die vom RH dargestellten Probleme wirksam zu lösen. Da im Bereich des BMG Vollzugsprobleme vorlagen, hielt der RH den bloßen Verweis des BMG auf die Zuständigkeit des BMI für nicht ausreichend, um sicherzustellen, dass nur Personen, die alle gesetzlichen Voraussetzungen hinsichtlich Wohnsitz bzw. gewöhnlichem Aufenthalt erfüllen, einen Krankenversicherungsschutz erlangen.

Der Hinweis des BMI, dass die Prüfung im Vollzugsbereich des BMI nicht möglich sei, war für den RH ebenfalls nicht zielführend. Die Anmerkung des BMI, dass es sich bei den Anmeldungen nach dem MeldeG um ein Massenverfahren handle, war für den RH keine ausreichende Begründung dafür, die Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen nicht im notwendigen Ausmaß durchzuführen. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Abweichungen von der grundsätzlichen Vorgehensweise

- 7.1** (1) Die StGKK und die WGKK nahmen im Zuge der Antragstellung über ihre IT-Programme Einblick in die Meldedaten des ZMR. Lag zum Zeitpunkt der Antragstellung eine aufrechte Meldung eines Hauptwohnsitzes³⁴ vor, führten sie – bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen – eine Versicherungsanmeldung durch. Abgesehen von Befristungen der Anspruchsberechtigung bei gewissen Angehörigen³⁵

³⁴ Für Studierende genügte die Eintragung eines Nebenwohnsitzes.

³⁵ z.B. bei Pflegekindern mit 3-jähriger Befristung

fürten sie keine weiteren routinemäßigen Kontrollen des Meldestatus zu späteren Zeitpunkten durch.

Die WGKK überprüfte ab dem ersten Quartal 2014 den ZMR-Meldestatus ein weiteres Mal vor Ablauf der Wartezeit bei einer Selbstversicherung. Wies der Selbstversicherte keinen Wohnsitz im ZMR mehr auf (durchschnittlich in rd. 7 % der Fälle³⁶), beendete die WGKK die Selbstversicherung noch vor Beginn des Leistungsanspruchs.

(2) Die StGKK und die WGKK verfügten über schriftliche Arbeitsanweisungen sowie Schulungsunterlagen über die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für Selbstversicherung und Mitversicherung.

Die geltende Dienstanweisung der WGKK zur Prüfung des gewöhnlichen Aufenthalts für eine Mitversicherung stammte aus dem Jahr 1996. Diese sah die Vorlage des Meldezettels (nunmehr Meldebestätigung) vor, das Erfordernis des Hauptwohnsitzes war darin nicht erwähnt.

Die Schulungsunterlagen der WGKK im Bereich der Selbstversicherung waren nicht auf dem aktuellen Stand. Als schriftliche Dokumentation darüber, dass die WGKK aktuell einen Hauptwohnsitz verlangte, um einen gewöhnlichen Aufenthalt anzunehmen, konnte die WGKK dem RH lediglich ein Protokoll einer Dienststellenleitersitzung vorlegen. In der Wissensdatenbank der WGKK, die als Informationstool für die Mitarbeiter zur Verfügung stand und auch für Schulungen herangezogen wurde, war der Begriff des gewöhnlichen Aufenthalts der Angehörigen nicht definiert. Weiters war der Hauptwohnsitz laut ZMR als Anspruchsvoraussetzung nicht bei allen Angehörigengruppen explizit erwähnt, teilweise fehlte eine Information über die von der WGKK geforderte Qualität des Wohnsitzes im ZMR.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung unternahm die WGKK bereits Bestrebungen, diese Schulungsunterlagen zusammenzufassen und zu aktualisieren.

(3) Der RH überprüfte stichprobenartig, ob der von der StGKK und der WGKK für Selbstversicherung bzw. Mitversicherung geforderte Hauptwohnsitz im Anmeldezeitpunkt vorgelegen war. Dabei stellte er fest, dass die StGKK in zwei Fällen eine Selbstversicherung abgeschlossen hatte, obwohl der Antragsteller keinen Hauptwohnsitz laut ZMR hatte. In beiden Fällen schien im ZMR für den Zeitpunkt der Antragstellung ein Nebenwohnsitz auf. Eine Begründung für die abweichende Vorgehensweise konnte die StGKK nicht geben.

³⁶ Bspw. beendete die WGKK im Juli 2014 in sechs von 107 Fällen (5,6 %) die Selbstversicherung vor Entstehen des Leistungsanspruchs mangels Hauptwohnsitz im ZMR.

In einem der vom RH geprüften Fälle beendete die WGKK die Mitversicherung trotz aufrechter Hauptwohnsitzmeldung, da die Umstände darauf hinwiesen, dass der Aufenthalt nur zum Zwecke der Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen erfolgte.

(4) Im Formblatt der StGKK und der WGKK zur Selbstversicherung fand sich weder die Definition des Wohnsitzes noch eine Erklärung des Antragstellers über die Absicht des bleibenden Aufenthalts. Die StGKK forderte im Formblatt für die Mitversicherung von Angehörigen die rechtsverbindliche Bestätigung des Versicherten, dass der Angehörige beabsichtigte, Österreich zum Mittelpunkt seiner Lebensinteressen und seiner wirtschaftlichen Existenz zu machen. Das Formblatt der WGKK zur Mitversicherung enthielt keine solche Erklärung des Versicherten.

7.2 Der RH kritisierte, dass die Umsetzung der grundsätzlichen Vorgehensweise nicht durchgängig erfolgte:

(1) Bei der Selbstversicherung erfolgte bei beiden Krankenversicherungsträgern die Abfrage im ZMR nur zum Zeitpunkt der Anmeldung, es erfolgte keine weitere Prüfung während der Wartezeit bis zum Leistungsanspruch. Der RH anerkannte, dass die WGKK seit dem Jahr 2014 vor Beginn des Leistungsanspruchs neuerlich eine Abfrage durchführte.

Der RH empfahl der StGKK, bei Selbstversicherungen vor Beginn des Leistungsanspruchs neuerlich eine Überprüfung des ZMR-Meldestatus vorzunehmen.

(2) Der RH kritisierte, dass die geltende Dienstanweisung der WGKK über die Prüfung des gewöhnlichen Aufenthalts die aktuelle Vollzugspraxis nicht vollständig wiedergab. Der RH anerkannte, dass die WGKK mit der Wissensdatenbank ein laufend aktualisiertes Informationstool zur Verfügung hatte. Er bemängelte, dass die Informationen im Bereich der Mitversicherung für eine ordnungsgemäße Vollziehung der gesetzlichen Bestimmungen nicht ausreichend waren. So war z.B. nicht erkenntlich, ob bei einer Mitversicherung von Pflegekindern ein Hauptwohnsitz oder ein Nebenwohnsitz als Anspruchsvoraussetzung gefordert war. Der RH anerkannte die Bestrebungen der WGKK, die Schulungsunterlagen zusammenzuführen und zu aktualisieren.

Der RH empfahl der WGKK, die Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt in der Wissensdatenbank zu definieren und die Kriterien für deren Prüfung klarzustellen.

(3) Der RH kritisierte, dass die StGKK sich zumindest in zwei Fällen nicht an ihre eigenen Vorgaben hielt, eine Selbstversicherung nur bei Vorliegen eines Hauptwohnsitzes durchzuführen. Es war nicht dokumentiert, dass die Anspruchsvoraussetzungen aufgrund anderer Nachweise erbracht worden waren.

Er empfahl der StGKK, die eigenen Vorgaben über die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der Selbstversicherung einzuhalten bzw. ein begründetes Abweichen nachvollziehbar zu dokumentieren.

(4) Der RH wertete positiv, dass die StGKK den Versicherten im Formblatt der Mitversicherung auf das Erfordernis des Bestehens des Lebensmittelpunkts in Österreich hinwies und sich dessen Vorliegen mit der Unterschrift am Formblatt bestätigen ließ. Der RH hielt eine Aufklärung über die Begriffe Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt in den Formblättern für geboten. Er empfahl der StGKK und der WGKK, die Antragsteller in den Formblättern zur Selbstversicherung und Mitversicherung zur Meldung der relevanten Informationen zu verpflichten. Dabei wären dem Antragsteller die Rechtslage zur Kenntnis zu bringen und gegebenenfalls die notwendigen Unterlagen einzufordern.

7.3 (1) *Die StGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie die Empfehlung des RH, bei Selbstversicherungen vor Beginn des Leistungsanspruchs neuerlich eine Überprüfung des ZMR-Meldestatus vorzunehmen, bereits umgesetzt habe. Im Interesse der Umsetzung der weiteren Empfehlung, die eigenen Vorgaben über die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der Selbstversicherung einzuhalten, seien die Mitarbeiter nochmalig auf die fachlichen Vorgaben hingewiesen worden. Darüber hinaus komme es zu einer fachlichen Kontrolle spätestens mit der jährlichen Bearbeitung der Anträge auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage.*

(2) *Sowohl die StGKK als auch die WGKK teilten in ihren Stellungnahmen mit, dass die Ausgestaltung der bundeseinheitlichen Formblätter der Selbstversicherung in der Sitzung der Krankenversicherungsträger und des Hauptverbands im Arbeitskreis „Meldeformulare und Datensätze“ im März 2015 behandelt werde.*

Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Sozialversicherung

(3) Die WGKK teilte in ihrer Stellungnahme darüber hinaus mit, dass die Definition der Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt sowie die jeweiligen Prüfkriterien in die Wissensdatenbank aufgenommen worden seien und sie die Empfehlung daher umgesetzt habe.

Vergleich mit anderen Sozialversicherungsträgern

Prüfschritte durch andere Krankenversicherungsträger

8.1 (1) Aufgrund aktueller Entwicklungen³⁷ nahm der RH Kontakt zu weiteren Krankenversicherungsträgern auf (Burgenländische Gebietskrankenkasse – BGKK, Niederösterreichische Gebietskrankenkasse – NÖGKK, Salzburger Gebietskrankenkasse – SGKK und Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft – SVA) und erhob deren Vollzugspraxis. In mehreren Punkten ergaben sich bei diesen Krankenversicherungsträgern Abweichungen zu der beschriebenen Vollzugspraxis der StGKK und der WGKK.

Tabelle 7: Kriterien für die Prüfung des Wohnsitzes und des gewöhnlichen Aufenthalts durch die BGKK, NÖGKK, SGKK, StGKK und WGKK

	Wohnsitz (Selbstversicherung)		gewöhnlicher Aufenthalt (Mitversicherung)
	Kriterien	rechtmäßiger Aufenthalt als Voraussetzung	Kriterien
BGKK	Aufenthaltstitel	ja, daher Prüfung des Aufenthaltstitels	Hauptwohnsitz
NÖGKK	Nebenwohnsitz oder Hauptwohnsitz	ja, aber keine Prüfung	Nebenwohnsitz oder Hauptwohnsitz UND weitere Indizien, z.B. Aufenthaltstitel, (Antrag auf) Aufenthaltstitel, Nachweis des Schulbesuchs bei Kindern
SGKK	Hauptwohnsitz	nein	Hauptwohnsitz UND weitere Indizien, insb. Aufenthaltstitel, Nachweis des Schulbesuchs bei Kindern
StGKK	Hauptwohnsitz	nein	Hauptwohnsitz
WGKK	Hauptwohnsitz	ja, aber keine Prüfung	Hauptwohnsitz, ausgenommen Ehegatte mit Heiratsort und Kinder mit Geburtsort in Österreich

Quellen: BGKK; NÖGKK; SGKK; StGKK; WGKK; Darstellung RH

(2) Bei der Frage, ob die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts eine Rolle für die Begründung eines Wohnsitzes spielte, bestanden nicht nur zwischen der StGKK und der WGKK unterschiedliche Positionen, sondern

³⁷ Im Rahmen der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit auf EU-Ebene befasste sich eine Ad-hoc-Gruppe am 13. Februar 2013 mit der Bestimmung des gewöhnlichen Aufenthalts in Zweifelsfällen in Umsetzung der VO (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009.

Vergleich mit anderen Sozialversicherungsträgern

auch zwischen der BGKK, der NÖGKK und der SGKK. Die Vollziehung war somit uneinheitlich.

Nur die BGKK setzte für die Prüfung des Vorliegens eines Wohnsitzes über eine ZMR-Abfrage hinausgehende Prüfschritte.

In Bezug auf den gewöhnlichen Aufenthalt verzichtete die BGKK ebenso wie die StGKK und die WGKK auf zusätzliche Prüfschritte, dagegen sahen die SGKK und die NÖGKK weitere Prüfmaßnahmen vor.

Für die Prüfung der Selbstversicherung und der Mitversicherung waren bei allen Trägern unterschiedliche Organisationseinheiten zuständig.

(3) Die SGKK veränderte während der Gebärungsüberprüfung des RH ihre Vorgehensweise im Bereich der Mitversicherung:

Sie verlangte bis Februar 2014 für das Vorliegen eines gewöhnlichen Aufenthalts bei der Mitversicherung von Angehörigen das Bestehen eines Hauptwohnsitzes im ZMR. In Anlehnung an den „Abschlussbericht der Ad-hoc-Gruppe zur Bestimmung des gewöhnlichen Aufenthalts“ forderte sie ab März 2014 als weitere Indizien insbesondere einen Aufenthaltstitel des Angehörigen sowie bei Kindern einen Nachweis des Schul- bzw. Kindergartenbesuchs. Angehörige aus Vertragsstaaten mussten eine Bestätigung über das Ende ihrer Versicherung im Herkunftsland vorweisen. Angehörige, die sich mit Reisevisum oder zeitlich befristet visumsfrei in Österreich aufhielten, erhielten keine Mitversicherung, selbst wenn sie eine ZMR-Meldebestätigung vorweisen konnten.

(4) Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)

Das GSVG sah für die Begründung der Pflichtversicherung bei Selbstständigen keine Aufenthaltskriterien vor. Versicherte hatten nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung die Möglichkeit einer Weiterversicherung in der Krankenversicherung.³⁸ Neben anderen Voraussetzungen war dafür vor allem das Bestehen eines Wohnsitzes im Inland maßgeblich. Die SVA verwendete im Regelfall den Hauptwohnsitz laut ZMR als maßgebliches Kriterium. Bei Zweifel über den Wohnsitz forderte die SVA zusätzliche Unterlagen³⁹ an.

³⁸ Zusätzlich gab es auch die Möglichkeit der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung.

³⁹ wie z.B. einen Mietvertrag oder einen Nachweis über getätigte wirtschaftliche Investitionen

Für die Mitversicherung von Angehörigen war analog zum ASVG der gewöhnliche Aufenthalt im Inland erforderlich. Die SVA sah ein Aufenthaltsvisum bzw. einen Aufenthaltstitel als Indiz dafür an, dass der Mittelpunkt der Lebensinteressen im Inland lag. Ein Reisevisum war nicht ausreichend. Im Einzelfall konnten starke familiäre, persönliche oder berufliche Bindungen des Antragstellers zum Inland einen gewöhnlichen Aufenthalt belegen, auch ohne dass ein Aufenthaltsvisum bzw. Aufenthaltstitel vorliegen musste. Eine dauerhaft nutzbare Unterkunft im Inland, der Wohnort der engsten Familienangehörigen oder eine Kfz-Anmeldung im Inland waren mögliche Indizien.

- 8.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass sich die Praktiken der Krankenversicherungsträger bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt unterschieden.

Selbst innerhalb der Träger galten für die Prüfung von Wohnsitz einerseits und gewöhnlichem Aufenthalt andererseits teilweise unterschiedliche Prüfmaßstäbe. So verlangte z.B. die BGKK für das Vorliegen des Wohnsitzes einen Aufenthaltstitel des Antragstellers, erachtete aber für den gewöhnlichen Aufenthalt eines Angehörigen eine Meldebestätigung als ausreichend. Im Gegensatz dazu sahen die NÖGKK, die SGKK und die SVA beim Wohnsitz die Meldebestätigung als ausreichend an und forderten für die Feststellung eines gewöhnlichen Aufenthalts neben der Meldebestätigung zusätzliche Nachweise. Für die SVA war das Vorliegen eines Reisevisums nicht ausreichend, um einen gewöhnlichen Aufenthalt zu belegen.

Der RH wies positiv darauf hin, dass die SGKK im Bereich der Mitversicherung im Jahr 2014 ihre Praxis geändert hatte. Sie sah das Vorliegen einer ZMR-Meldebestätigung nicht mehr als ausreichend an und unternahm weitere Prüfschritte zur Bestimmung des gewöhnlichen Aufenthalts.

Der RH empfahl dem BMG, gemeinsam mit dem Hauptverband eine einheitliche Vorgehensweise der Krankenversicherungsträger bei der Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt sicherzustellen.

Der RH stellte fest, dass neben der StGKK und der WGKK auch die anderen angeführten Krankenversicherungsträger das Vorliegen eines rechtmäßigen Aufenthalts für die Begründung eines Wohnsitzes unterschiedlich beurteilten (siehe TZ 3).

Vergleich mit anderen Sozialversicherungsträgern

Der RH wiederholte seine Empfehlung an das BMG, auf eine Klarstellung der Rechtslage im Hinblick auf das Erfordernis der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts für die Begründung eines Wohnsitzes gemäß § 16 Abs. 1 ASVG hinzuwirken (siehe TZ 3).

8.3 (1) Das BMG verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 3.

(2) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, er werde die Prüfung des RH zum Anlass nehmen, um diese Thematik neuerlich mit den Krankenversicherungsträgern zu diskutieren, um eine bundeseinheitliche Vorgangsweise bei den Krankenversicherungsträgern sicherzustellen.

Kriterien der Pensionsversicherungsanstalt für die Gewährung einer Ausgleichszulage

9.1 Im Bereich der Pensionsversicherung gebührte Pensionisten, deren Pension eine bestimmte Höhe nicht erreichte, eine Zahlung in Höhe der Differenz des Ausgleichszulagenrichtsatzes zur Pensionshöhe (Ausgleichszulage). Die Finanzierung dieser Leistung lag ebenso wie die Regelung ihrer Voraussetzungen und die Aufsicht über den Vollzug beim Bund.

Anspruchsvoraussetzung für eine Ausgleichszulage zur Pension war gemäß § 292 ASVG u.a. der „rechtmäßige gewöhnliche Aufenthalt“ der Person im Inland. Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) sah die Meldung im ZMR lediglich als Indiz für den gewöhnlichen Aufenthalt an und hielt weitere Erhebungen über das tatsächliche Vorliegen des Lebensmittelpunkts im Inland für erforderlich. Dabei verlangte sie von Personen, die unmittelbar vor Pensionsantritt nicht in Österreich beschäftigt waren sowie in Zweifelsfällen (insgesamt rd. 1.000 Personen pro Jahr) mittels eines Formblatts Informationen über die individuellen Lebensverhältnisse, wie bspw. über Gründe für die Wohnsitzverlegung nach Österreich, über den Aufenthaltsort des Partners und der Kinder, Nachweise über Existenzmittel (z.B. Haftungserklärung), Nachweise über die Wohnsitzverlegung (z.B. amtliche Abmeldung im Ausland, Kfz-Abmeldung) und Nachweise über die Wohnsituation im Inland.

Zusätzlich zu den Voraussetzungen des gewöhnlichen Aufenthalts musste der Antragsteller die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts nachweisen, z.B. durch einen Aufenthaltstitel.

Im Bereich der Ausgleichszulage sah das ASVG spezielle Mitwirkungspflichten anderer Behörden vor. Die Fremdenpolizeibehörden sowie die Niederlassungs- und Aufenthaltsbehörden hatten den Pensionsversi-

cherungsträgern⁴⁰ insbesondere Informationen zur Feststellung des gewöhnlichen Aufenthalts und dessen Rechtmäßigkeit und über die tatsächlich verfügbaren Unterhaltsmittel zur Verfügung zu stellen.⁴¹

- 9.2** Der RH stellte fest, dass die PVA für die Feststellung eines gewöhnlichen Aufenthalts als Voraussetzung zur Gewährung der Ausgleichszulage – im Unterschied zur StGKK und WGKK im Bereich der Krankenversicherung – umfangreiche Informationen und Unterlagen des Antragstellers forderte. Er sah den Grund für die umfangreichen Prüfmaßnahmen darin, dass Ansprüche auf Geldleistungen erworben wurden und Finanzierung, Regelung und Aufsicht über den Vollzug in einer Hand, nämlich beim Bund, lagen.

Der RH verwies neuerlich kritisch auf die unter TZ 4 beschriebenen unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Begründung eines Krankenversicherungsverhältnisses und verwies auf seine Empfehlung an die StGKK und die WGKK, bis zur etwaigen Vornahme rechtlicher Änderungen im Meldewesen die Prozesse bei der Anmeldung so zu gestalten, dass sichergestellt ist, dass nur Personen, die alle gesetzlichen Voraussetzungen hinsichtlich Wohnsitz bzw. gewöhnlichem Aufenthalt erfüllen, einen Krankenversicherungsschutz erlangen. Bei Antragstellern, bei denen Zweifelsfragen vorliegen (z.B. bei Drittstaatsangehörigen mit Reisevisum), wären die Voraussetzungen zu prüfen (siehe TZ 6).

Sonstige Rahmenbedingungen für die Prüfung der Anspruchsberechtigung

Kreis der
Angehörigen

- 10.1** (1) Zum Kreis der Angehörigen, für die eine beitragsfreie Mitversicherung möglich war, gehörten Pflegekinder (siehe TZ 2). Als Pflegekinder galten nicht nur jene Kinder, deren Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruhte, sondern auch Kinder, die „unentgeltlich gepflegt“ wurden.⁴² Bei letzteren war kein Nachweis über das Pflegeverhältnis notwendig. Eine einfache Erklärung des Versicherten am Formblatt, dass das Kind unentgeltlich gepflegt wurde, reichte aus. Auch eine Erklärung der leiblichen Eltern oder Vollmachten waren nicht erforderlich.

Die StGKK verlangte bei unentgeltlich gepflegten Pflegekindern einen Hauptwohnsitz an derselben Adresse wie der Versicherte, für die WGKK reichte auch ein Hauptwohnsitz an anderer Stelle aus.

⁴⁰ Neben der PVA waren auch die SVA, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) Pensionsversicherungsträger, die Ausgleichszulagen gewährten.

⁴¹ § 459f ASVG

⁴² § 123 Abs. 2 Z 6 ASVG

Sonstige Rahmenbedingungen für die Prüfung der Anspruchsberechtigung

(2) Als Haushaltsführer konnte neben einer verwandten Person auch jede nicht-verwandte Person mitversichert werden, sofern sie bereits zehn Monate mit dem Versicherten in einer Hausgemeinschaft lebte und in dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führte.⁴³ Als Nachweis für die zehnmonatige Hausgemeinschaft verlangten die StGKK und die WGKK einen dementsprechend lang bestehenden gemeinsamen Hauptwohnsitz laut ZMR.

- 10.2** Der RH stellte fest, dass der Kreis der Angehörigen im ASVG weit gefasst war und nicht nur Ehegatten und verwandte Personen umfasste, sondern z.B. auch Pflegekinder und Haushaltsführer.

Er sah kritisch, dass insbesondere für eine Mitversicherung von unentgeltlich verpflegten Pflegekindern und Haushaltsführern keine schlüssigen Nachweise erforderlich waren. Der RH bemängelte, dass die StGKK und die WGKK für die Mitversicherung in der Vollzugspraxis nur eine einfache Erklärung am Formblatt verlangten und daneben das Vorliegen eines Hauptwohnsitzes laut ZMR als alleiniges Kriterium ausreichte, was, wie in TZ 6 ausgeführt, keinen Beweis über die tatsächlichen Lebensverhältnisse lieferte.

Der RH hielt die gesetzlichen Regelungen zur Mitversicherung von Pflegekindern ohne behördliche Bewilligung und von Haushaltsführern in der vorliegenden Form für nicht ausreichend, um Missbrauch von Krankenversicherungsleistungen zu verhindern.

Der RH empfahl dem BMG, auf legislative Maßnahmen zur Schärfung der Anspruchsvoraussetzungen bei Pflegekindern und Haushaltsführern hinzuwirken.

Er empfahl der StGKK und der WGKK, bei Anträgen auf Mitversicherung von unentgeltlich verpflegten Pflegekindern und Haushaltsführern zusätzlich zur Meldebestätigung weitere Informationen des Antragstellers über die individuellen Lebensumstände einzufordern, die das Vorliegen des gewöhnlichen Aufenthalts des Angehörigen und der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen belegen.

- 10.3** (1) Das BMG kündigte für eine der nächsten ASVG-Novellen einen Vorschlag für eine Harmonisierung und Zusammenführung der verschiedenen Bestimmungen zu Pflegekindern innerhalb des § 123 ASVG an. Eine Verschärfung im Bereich der Mitversicherung von Pflegekindern werde allerdings wegen ansonsten drohender Härtefälle abgelehnt. Weiters wies das BMG darauf hin, dass bei mitversicherten Haus-

⁴³ § 123 Abs. 7 und 7a ASVG

haltsführern der Beweis über die tatsächlichen Lebensverhältnisse nur im Weg des Vollzugs mit allenfalls stichprobenartigen Kontrollen und nicht im Wege einer Gesetzesänderung erfolgen könne. Es wies auch darauf hin, dass aufgrund des in der Regel zu entrichtenden Zusatzbeitrags das Missbrauchspotenzial eingeschränkt sei.

(2) Laut Stellungnahmen der StGKK und WGKK werde in Abstimmung mit dem BMG, BMI und dem Hauptverband eine einheitliche Vorgangsweise der Krankenversicherungsträger angestrebt.

- 10.4** Der RH hielt dem BMG entgegen, dass für die Aufnahme eines Pflegekindes in die Krankenversicherung eine Erklärung des Antragstellers über die unentgeltliche Verpflegung ausreichte. Weitere Nachweise über das Pflegeverhältnis wie z.B. eine Zustimmungserklärung der leiblichen Eltern waren nicht gefordert.

Bei mitversicherten Haushaltsführern war neben einer Meldebestätigung für eine zehnmonatige Hausgemeinschaft kein weiterer Nachweis erforderlich. Der RH erachtete aus diesem Grund nicht eine Verschärfung, sondern vielmehr eine Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen bei Pflegekindern und Haushaltsführern als notwendig.

Er verblieb daher bei seiner Empfehlung, auf entsprechende legislative Maßnahmen hinzuwirken und empfahl darüber hinaus neuerlich, weitere Informationen des Antragstellers über die individuellen Lebensumstände einzufordern.

Daten und Datenqualität

- 11.1** (1) Die Krankenversicherungsträger verfügten in ihren Datenbeständen insbesondere über die Stammdaten der Versicherten, Daten über die Art und Dauer von Versicherungsverhältnissen und Daten über die erbrachten Leistungen der Krankenversicherung. Sie speicherten jene Daten, die für die Vollziehung als relevant angesehen wurden.

Konzepte zur Speicherung von Daten, die Grundlage für eine Risikoeinschätzung zur Verhinderung ungerechtfertigter Inanspruchnahme von Leistungen mangels Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt wären, existierten nicht. Auf Anfrage des RH führten die Krankenversicherungsträger aus, dass aufgrund des bestehenden Datenmaterials eine Abschätzung über das diesbezügliche Risikopotenzial nicht möglich sei. Vor allem war nicht aussagekräftig auswertbar, in welchen Fällen ein relevanter Auslandsbezug vorlag.

Sonstige Rahmenbedingungen für die Prüfung der Anspruchsberechtigung

Die StGKK und die WGKK erfassten das Kriterium der Staatsangehörigkeit nicht durchgängig. In den Formblättern zur Selbstversicherung und Mitversicherung wurde die Staatsangehörigkeit zwar abgefragt, die Eingabe der Information in das entsprechende Datenfeld der IT-Programme war aber nicht zwingend vorgesehen. Die StGKK und die WGKK änderten die ursprünglich gespeicherten Daten zur Staatsangehörigkeit nur, wenn sie vom Versicherten über einen Wechsel der Staatsbürgerschaft informiert wurden. Dies hatte zur Folge, dass bei einem Teil⁴⁴ der Anspruchsberechtigten keine Staatsangehörigkeit oder eine nicht aktuelle Staatsangehörigkeit (z.B. Jugoslawien) hinterlegt war.

(2) Die StGKK und die WGKK nutzten ihre vorhandenen Daten (Versicherungs- und Leistungsdaten) nicht, um durch eine Risikoanalyse Fälle zu identifizieren, die einer vertieften Prüfung zugeführt werden sollten.

- 11.2** (1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Krankenversicherungsträger keine Konzepte zur Speicherung von Daten hatten, die zusätzliche Informationen über Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt einer Person vermitteln konnten, wie z.B. Aufenthaltstitel. Der RH kritisierte weiters, dass die StGKK und die WGKK die Staatsangehörigkeit der Anspruchsberechtigten nicht durchgängig speicherten. Der RH stellte fest, dass durch die fehlende Information über die Staatsbürgerschaft eine risikoorientierte Analyse erschwert war.

Der RH sah die Verdichtung der Daten als Grundlage für eine Risikoeinschätzung sowie für die Aussagekraft nachfolgender Auswertungen.

Der RH empfahl der StGKK und der WGKK, Konzepte zur Speicherung jener Daten zu entwickeln, die Grundlage für eine Risikoeinschätzung zur Verhinderung ungerechtfertigter Inanspruchnahme von Leistungen mangels Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt sind.

Er empfahl weiters der StGKK und der WGKK, die Staatsbürgerschaft in den IT-Programmen durchgängig zu speichern und diese zu aktualisieren, wenn aus den Formblättern bzw. im Zuge von ZMR-Abfragen Änderungen der Staatsbürgerschaft ersichtlich sind.

(2) Weiters kritisierte der RH, dass die Krankenversicherungsträger aus ihren vorhandenen Daten keine risikoorientierten Auswertungen erstellten. Der RH sah es als essentiell an, aus den gespeicherten Daten jene Fälle auswählen zu können, bei denen eine vertiefte Prüfung not-

⁴⁴ Bei den selbstversicherten Personen (Stand April 2014) waren bei der StGKK in rd. 12,5 % und bei der WGKK in rd. 9,4 % keine oder eine nicht mehr aktuelle Staatsbürgerschaft gespeichert.

wendig ist. Der RH empfahl der StGKK und der WGKK, anhand der vorhandenen Daten risikoorientierte Auswertungen durchzuführen und gegebenenfalls auch während des Bestehens eines Versicherungsverhältnisses Erhebungen durchzuführen.

11.3 (1) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass Überlegungen angestellt würden, ob eine EDV-technisch unterstützte Risikobewertung umgesetzt werden könne.

(2) Zur Empfehlung, ein Konzept zur Speicherung relevanter Daten zu entwickeln, teilte die StGKK in ihrer Stellungnahme mit, dass gemeinsam mit dem Hauptverband und den anderen Krankenversicherungsträgern vorerst die Kriterien und die technischen Möglichkeiten einer Risikoeinschätzung auszuloten sein würden. Erst im Anschluss könne ein entsprechendes Konzept entwickelt werden.

Die Staatsbürgerschaft werde in der Selbstversicherung bereits durchgängig gespeichert, bei der Antragstellung müsse im Regelfall der Reisepass vorgelegt werden. Bei Mitversicherungen werde die Staatsangehörigkeit vorgemerkt, sofern diese aus den Unterlagen ersichtlich sei. Da der Nachweis der Staatsangehörigkeit für die Anspruchsberechtigung als Angehöriger nicht erforderlich sei, könnten entsprechende Unterlagen jedoch nicht zwingend verlangt werden.

Die StGKK teilte weiters mit, dass sie in Einzelfällen im Rahmen der Antragstellung oder des Prüfverfahrens Überprüfungen der Sach- und Rechtslage durchführe. Vor Beendigung der Wartezeit in der Selbstversicherung werde eine ZMR-Abfrage durchgeführt. Bei Prüfung von Anträgen auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage könnten zusätzlich auch die Meldedaten von Drittstaatsangehörigen überprüft werden.

(3) Die WGKK sagte in ihrer Stellungnahme zu, sie werde sich beim Hauptverband für eine Umsetzung eines Konzepts zur Speicherung von Daten als Grundlage für eine Risikoeinschätzung einsetzen. Diese setze eine Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern voraus, da bundesweit einheitliche IT-Programme verwendet werden würden und eine effiziente und aussagekräftige Risikoeinschätzung nur unter Heranziehung aller bei den Krankenversicherungsträgern gespeicherten Daten möglich sei.

Die Empfehlung zur Speicherung der Staatsangehörigkeit werde vorerst probeweise umgesetzt. Die Staatsangehörigkeit werde nunmehr auch bei Antragstellung zur Mitversicherung erfasst bzw. im Falle von Differenzen zwischen Speicherung im ZMR und Angaben im Dokument

Sonstige Rahmenbedingungen für die Prüfung der Anspruchsberechtigung

näher geprüft und allenfalls korrigiert. Es werde Einsicht in Dokumente genommen.

Die WGKK teilte weiters mit, dass neben der standardmäßigen Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen vor Eintritt des Leistungsanspruchs auch stichprobenartige Überprüfungen anhand der ZMR-Daten im Rahmen des internen Kontrollsystems vorgesehen seien. Bei Auffälligkeiten im Rahmen der Antragstellung oder des Prüfverfahrens werde mit dem BMI Kontakt aufgenommen. Im Zuge von Anfragen an die Selbstversicherten (z.B. Aufforderung zur Vorlage von Unterlagen zur Prüfung eines Antrags auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage) würden nunmehr auch die Meldedaten Drittstaatsangehöriger überprüft werden.

- 11.4** Der RH anerkannte die von der StGKK und der WGKK vorgenommenen Prüfschritte, wies jedoch darauf hin, dass diese Maßnahmen überwiegend vor Entstehung von Versicherungs- bzw. Leistungspflichten vorgenommen wurden. Die Empfehlung einer risikoorientierten Auswertung der gespeicherten Daten war hingegen als nachfolgende Kontrollmaßnahme zu verstehen, um durch Verknüpfung von Datensätzen jene Fälle auswählen zu können, die eine vertiefte Prüfung erforderten.

Zusammenarbeit der Behörden

- 12.1** (1) Eine Abstimmung zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem BMI über einen Datenaustausch zur Klärung und Identifizierung von Zweifelsfällen erfolgte nicht und es bestand auch kein entsprechendes Konzept dafür.

(2) Das BMI hinterfragte im Rahmen des Verfahrens zur Visumserteilung bzw. -verlängerung in einigen Fällen aufgrund von Auffälligkeiten das Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes und zweifelte das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen an.

Das BMI fragte in einer Datenbank des Hauptverbandes mittels Geburtsdatum und Namen ab, ob für die betreffende Person ein Versicherungsdatenauszug vorlag. Dieser Auszug zeigte die Versicherungshistorie und den aktuellen Stand eines Versicherungsverhältnisses. Eine Anspruchsberechtigung als Angehöriger war aus der Abfrage jedoch nicht ersichtlich. Ergab die Abfrage zwar das Vorliegen einer österreichischen Sozialversicherungsnummer, jedoch keine aktuelle Versicherung, so war es für das BMI nicht erkennbar, ob die betreffende Person aufgrund einer Mitversicherung einen Leistungsanspruch hatte oder nicht.

Das BMI kontaktierte in Zweifelsfällen die Krankenversicherungsträger. Einheitliche Ansprechpartner waren nicht festgelegt.

(3) Die StGKK und die WGKK hatten die Möglichkeit, sich das Visum im Reisepass bzw. den Aufenthaltstitel vom Antragsteller vorlegen zu lassen. Auf die den Fremden- und Aufenthaltsbehörden zur Verfügung stehenden Informationssysteme zu Visum und Aufenthaltsrecht bestand kein Zugriff. Für eine Kontaktaufnahme mit dem BMI bzw. den Fremden- und Aufenthaltsbehörden hatten die StGKK und die WGKK keine konkreten Ansprechpartner festgelegt.

(4) Die StGKK und die WGKK konnten über ihre Stammdatenverwaltung in das ZMR Einsicht nehmen. Sie prüften allerdings die ZMR-Meldedaten grundsätzlich⁴⁵ nur zum Zeitpunkt der Antragstellung. Von einem späteren Verzug ins Ausland und der diesbezüglichen Abmeldung im ZMR erhielten die Krankenversicherungsträger keine Kenntnis, sofern der Versicherte dies dem Krankenversicherungsträger nicht mitteilte⁴⁶. Das Versicherungsverhältnis blieb dann trotz fehlender Anspruchsvoraussetzungen aufrecht.

Eine Information der Meldebehörden an die Krankenversicherungsträger über die Abmeldung war gesetzlich nicht vorgesehen.

(5) Der RH fragte, um ein Gesamtbild zu erhalten, bei mehreren Gebietskrankenkassen über die Zusammenarbeit mit den Meldebehörden nach. Dies ergab, dass es in einzelnen Fällen bei Zweifeln über das Vorliegen eines Neben- bzw. Hauptwohnsitzes Kontakte zwischen der Gebietskrankenkasse und der zuständigen Meldebehörde gab. Die BGKK berichtete dem RH von häufigen Kontakten.

Für die SGKK war unklar, ob eine Kommunikation mit den Meldebehörden rechtlich zulässig war. Das BMI hielt es für geboten, dass die Krankenversicherungsträger im Sinne der Registerpflege die Meldebehörden über Zweifel an der Richtigkeit von ZMR-Daten verständigten⁴⁷ und sah keine datenschutzrechtlichen Hinderungsgründe. Auf Basis dieser Verständigung könnten die Meldebehörden ein Verfahren zur amtlichen Abmeldung einleiten.

12.2 Der RH stellte kritisch fest, dass kein standardisierter Datenaustausch zur Identifizierung und Klärung von Zweifelsfällen (Regelung, welche Informationen auszutauschen wären, wer Zugriff auf welche Systeme haben sollte und wer als Ansprechpartner zur Verfügung stehen sollte) stattfand und es auch kein Konzept dafür gab. Er wies weiters

⁴⁵ Die WGKK führte ab Anfang 2014 eine neuerliche Abfrage vor Beginn des Leistungsanspruchs durch (siehe TZ 7).

⁴⁶ unter Verstoß gegen seine Meldepflicht, siehe z.B. § 39 ASVG für Selbstversicherte

⁴⁷ § 16a Abs. 9 MeldeG

Sonstige Rahmenbedingungen für die Prüfung der Anspruchsberechtigung

darauf hin, dass bei den Akteuren Unsicherheit darüber bestand, ob ein Austausch datenschutzrechtlich möglich sei.

Der RH kritisierte, dass es nur in Einzelfällen Kontakte zwischen den Krankenversicherungsträgern, Fremden- und Aufenthaltsbehörden und Meldebehörden gab, jedoch keine standardisierte Form der Zusammenarbeit bestand.

Der RH empfahl dem BMG, dem BMI, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK, ein Konzept über den Datenaustausch zur Identifizierung und Klärung von Zweifelsfällen zu entwickeln. Dabei wäre insbesondere die Möglichkeit der automatisierten Datenweitergabe von Wohnsitz-Abmeldungen im ZMR an die Krankenversicherungsträger bei Verzug einer Person ins Ausland zu evaluieren.

Der RH empfahl auch eine Verstärkung der Zusammenarbeit zwischen den Behörden. Dazu wären z.B. die Kontaktdaten der Ansprechpartner für eine zeitnahe Behördenzusammenarbeit bei Zweifelsfällen auszutauschen.

12.3 *(1) Das BMI teilte in seiner Stellungnahme mit, dass seine zuständigen Fachabteilungen bei Bedarf für eine Erörterung eines optimierten Datenaustausches zur Verfügung stünden. Zu denken sei etwa an die Validierung vorhandener Daten mit Hilfe des ZMR durch Inanspruchnahme des Änderungsdienstes gem. § 16c MeldeG sowie an die Einräumung einer Abfrageberechtigung aus dem Integrierten Zentralen Fremdenregister, sofern eine solche benötigt und eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen werde.*

(2) Das BMI und die WGKK teilten mit, dass sie mittlerweile Kontaktdaten ausgetauscht hätten und eine erste Besprechung zur engeren Zusammenarbeit der Behörden im November 2014 stattgefunden habe. Die WGKK ergänzte, dass die Umsetzung eines gegenseitigen Informationsaustauschs und die gegenseitige Unterstützung und Koordinierung bei zweifelhaften Fällen sowie regelmäßige Treffen zur Verstärkung der Kooperation vereinbart worden seien.

(3) Die StGKK bekannte sich in ihrer Stellungnahme zu einer Beschleunigung des Informationsflusses. In Einzelfällen habe sie bereits bisher mit den zuständigen Behörden auf kurzem Wege Kontakt aufgenommen. Sie verwies in Bezug auf die Evaluierung einer automatisierten Datenweitergabe auf den Hauptverband, das BMG und das BMI.

(4) Die WGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie sich für eine Verbesserung des Datenflusses einsetze. Die Prüfung der Umsetzbarkeit dieser Empfehlung habe durch den Hauptverband, das BMG und das BMI zu erfolgen.

Rückforderung zu
Unrecht erbrachter
Leistungen

13.1 Die Krankenversicherungsträger hatten gemäß § 107 ASVG zu Unrecht erbrachte Geldleistungen und Aufwendungen für Heilbehelfe⁴⁸ und Anstaltspflege zurückzufordern, wenn der Leistungsempfänger den Bezug durch bewusst unwahre Angaben oder die Verletzung von Meldevorschriften herbeigeführt hatte. Das ASVG sah jedoch keine Rückforderung von Aufwendungen für ärztliche Hilfe und Heilmittel⁴⁹ vor. Eine gleichlautende Bestimmung enthielt das BSVG.⁵⁰

Im Gegensatz dazu ermöglichten das GSVG und das B-KUVG die Rückforderung aller Geld- und Sachleistungen.⁵¹

Die Gesetzesmaterialien zur 32. ASVG-Novelle im Jahr 1976 führten als Grund an, dass die exakte Ermittlung der Ärzte- und Medikamentenkosten kaum möglich war und eine unverhältnismäßig hohe Verwaltungsbelastung darstellen würde.

Die WGKK wies im Jahr 2009 gegenüber dem Hauptverband darauf hin, dass die Beseitigung der Einschränkung des § 107 ASVG geboten sei, um im Fall von Leistungsmissbrauch den Schaden für den Krankenversicherungsträger zu minimieren. Die Einschränkung auf leicht erfassbare Leistungen sei aus heutiger Sicht nicht mehr nachvollziehbar.

13.2 Der RH wies darauf hin, dass die abgerechneten ärztlichen Leistungen und Heilmittel im Unterschied zur Situation vor rd. 40 Jahren mittlerweile durch IT-Unterstützung exakt ermittelt und einem Versicherten zugeordnet werden können. Damit war die Einschränkung der Rückforderbarkeit sachlich nicht mehr begründet.

Der RH wies weiters kritisch darauf hin, dass die Sozialversicherungsgesetze unterschiedliche Regelungen zur Rückforderung enthielten. Er empfahl dem BMG, auf eine Harmonisierung der Regelungen über die Rückforderung von zu Unrecht erbrachten Leistungen dahingehend hinzuwirken, dass Sachleistungen uneingeschränkt umfasst sind.

⁴⁸ z.B. orthopädische Schuheinlagen, Blutzuckermessgeräte, Brillen

⁴⁹ z.B. Medikamente

⁵⁰ § 72 BSVG

⁵¹ § 76 GSVG, § 49 B-KUVG

Sonstige Rahmenbedingungen für die Prüfung der Anspruchsberechtigung

Projekt zur Missbrauchs-
bekämpfung

13.3 *Das BMG kündigte in seiner Stellungnahme an, für eine der kommenden ASVG-Novellen eine Harmonisierung der Regelungen über die Rückforderung von zu Unrecht erbrachten Leistungen dahingehend vorzusehen, dass Sachleistungen uneingeschränkt umfasst werden.*

14.1 Der Hauptverband war zur Zeit der Gebärungsüberprüfung bemüht, eine neue Schwerpunktkompetenz im Bereich „Missbrauchsbekämpfung in der sozialen Sicherheit“ zu entwickeln. In einer ersten Bestandsaufnahme analysierte er, in enger Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungsträgern sowie sonstigen Beteiligten (Finanzverwaltung, Polizei, AMS etc.), Missbrauchsszenarien sowie die damit in rechtlicher und praktischer Hinsicht verbundenen Probleme.

Er definierte drei wesentliche Bereiche der Missbrauchsbekämpfung:

- Beitragshinterziehung/Beitragsumgehung,
- missbräuchlicher Bezug von Leistungen der sozialen Sicherheit und
- Abrechnungsbetrug durch Vertragspartner.

Er beabsichtigte, Konzepte zu entwickeln, wie die Sozialversicherung den unterschiedlichen Herausforderungen in Zukunft in strategischer wie institutioneller Hinsicht global besser begegnen könnte. Dabei sollten Anregungen des RH aus einschlägigen Berichten – wie z.B. zur Verwendung von Registern im Hauptverband⁵² – berücksichtigt werden.

14.2 Der RH anerkannte die Bestrebungen des Hauptverbands und der Krankenversicherungsträger, Missbrauchskonstellationen zu identifizieren und Maßnahmen zur Verhinderung von Sozialmissbrauch zu entwickeln. Er wies dabei insbesondere auf die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit der beteiligten Behörden hin. Er empfahl dem Hauptverband, den Bereich „Missbrauchsbekämpfung in der sozialen Sicherheit“ in Abstimmung mit den Krankenversicherungsträgern weiterzuführen und zu stärken.

14.3 *Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass der Bereich „Missbrauchsbekämpfung in der sozialen Sicherheit“ im Rahmen eines eigenen Konzeptes in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungsträgern weitergeführt und gestärkt werde.*

⁵² Reihe Bund 2014/8

**Zusammenfassung
und Reformversuche**

15.1 (1) Zusammenfassend sah der RH folgende Probleme:

- Verwendung unterschiedlicher, jedoch ähnlicher Begriffe ohne eigene Definition für den Bereich der Krankenversicherung (TZ 2 und 3);
- Herausforderung der Krankenversicherungsträger, Voraussetzungen, die ein Element der Dauerhaftigkeit beinhalteten, ex ante zu beurteilen (TZ 3);
- Heranziehen der Daten der Meldebehörden, ohne dass diese Nachweise aussagekräftig waren und Beweise über einen tatsächlichen Aufenthalt liefern konnten (TZ 6);
- mangelndes Wissen der Krankenversicherungsträger über die im Zuge einer Wohnsitz-Meldung von den Meldebehörden vorgenommenen Prüfschritte (TZ 5);
- neben der Meldebestätigung keine weiteren Prüfschritte der Krankenversicherungsträger (TZ 5);
- keine Benachrichtigung einer erfolgten Abmeldung im ZMR an die Krankenversicherungsträger (TZ 12);
- unterschiedliche Vollzugspraxis der Krankenversicherungsträger (TZ 8);
- einfacher Zugang zu einer Mitversicherung von nicht verwandten Personen, z.B. Pflegekinder ohne behördliche Bewilligung oder Haushaltsführer (TZ 10);
- keine Risikoanalyse der vorhandenen Daten durch die Krankenversicherungsträger (TZ 11);
- kein Konzept über einen Datenaustausch; keine standardisierte Form der Zusammenarbeit (TZ 12);
- für bestimmte Leistungen keine Möglichkeit, auf eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme zu reagieren (TZ 13).

(2) Die Krankenversicherungsträger waren sich der beschriebenen Probleme zumindest teilweise bewusst und diskutierten insbesondere in Besprechungen im Rahmen des Hauptverbandes, ob Personen, die sich aufgrund eines auf maximal 90 Tage beschränkten Reisevisums in

Zusammenfassung und Reformversuche

Österreich aufhielten, den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben konnten.

Da die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts nicht maßgeblich war, konnten die Krankenversicherungsträger nicht von vornherein ausschließen, dass der Antragsteller durch ein Verbleiben im Inland einen gewöhnlichen Aufenthalt erwerben konnte.

Wie unter TZ 8 ausgeführt, entwickelten die Krankenversicherungsträger aufgrund dieser Unklarheiten unterschiedliche Vorgehensweisen in der Vollzugspraxis.

Die Krankenversicherungsträger und der Hauptverband traten mehrmals an das zuständige Ministerium (Sozialressort, später BMG) mit dem Wunsch heran, den gewöhnlichen Aufenthalt um das Kriterium der Rechtmäßigkeit zu ergänzen.

Sie wiesen zuletzt in einem Schreiben vom 24. Jänner 2011 auf den Umstand hin, dass aufgrund der geltenden Rechtslage die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts – anders als im Bereich des Kinderbetreuungsgelds und der Ausgleichszulage – nicht erforderlich sei.⁵³ Die Krankenversicherungsträger befürworteten, dass künftig die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts für die Angehörigeneigenschaft maßgeblich sein sollte, um einen einheitlichen Begriff innerhalb der Sozialversicherungsgesetze zu schaffen und Missbräuche möglichst zu verhindern.

Das BMG sprach sich im Februar 2011 dennoch für die Beibehaltung der derzeitigen Rechtslage aus. Es argumentierte, dass die Krankenversicherung jene Personen schützen soll, die ihre Arbeitskraft zu Erwerbszwecken einsetzen. Dieser Erwerbstätigenschutz wäre aber unvollkommen, würden nicht jene davon umfasst, für die die Erwerbstätigen zu sorgen haben. Ein Anknüpfen an den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hielt das BMG für sachgerecht. Nach Ansicht des BMG sollte die Krankenversicherung akute und sofortige Hilfestellung ermöglichen; eine Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen würde den zuletzt im Zusammenhang mit der Mindestsicherung gesetzten Bestrebungen zuwiderlaufen, den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz möglichst allen Menschen, die sich in Österreich aufhalten, zu ermöglichen.

(3) Für die Gewährung einer Ausgleichszulage zur Pension wurde ab dem Jahr 2011 ausdrücklich die Rechtmäßigkeit des gewöhnlichen Auf-

⁵³ Dies konnte dazu führen, dass für dieselbe Person zwar die Mitversicherung zu bejahen war und damit in der Krankenversicherung Leistungsansprüche für den Angehörigen bestanden, aber mangels Rechtmäßigkeit des Aufenthalts kein Kinderbetreuungsgeld gewährt werden konnte.

enthalt als Voraussetzung rechtlich verankert.⁵⁴ Zuvor hatte das Vorliegen eines gewöhnlichen Aufenthalts gereicht. Weiters wurden ab dem Jahr 2010 verschiedene Maßnahmen gesetzt, die den Pensionsversicherungsträgern die Verfahrensführung erleichtern sollten (z.B. Beweislastumkehr⁵⁵).

- 15.2** Der RH hielt den Status quo zur Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt als Anspruchsvoraussetzungen in der Krankenversicherung für unbefriedigend. Einerseits waren im ASVG die Voraussetzungen Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt vorgegeben und diese hatten die Krankenversicherungsträger daher zu überprüfen. Andererseits fehlten Voraussetzungen wie z.B. klare Begrifflichkeiten und wirkungsvolle Instrumente für eine Überprüfung.

Der RH hielt eine genaue Prüfung insbesondere im Hinblick auf die Systematik weiterfolgender Sozialleistungen für bedeutsam (z.B. die Verknüpfung von Pflegegeldzuständigkeit mit der Zuständigkeit für die Krankenversicherung).

Der RH wies dazu darauf hin, dass es mehrmals Bestrebungen des Hauptverbandes und der Krankenversicherungsträger gab, den gewöhnlichen Aufenthalt im Bereich der Krankenversicherung um das Kriterium der Rechtmäßigkeit – analog der Regelungen des Kinderbetreuungsgelds und der Ausgleichszulage – zu ergänzen, um Anträge bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen für einen rechtmäßigen Aufenthalt ablehnen zu können.

Der RH empfahl daher dem BMG, eine klare Abgrenzung der Anspruchsberechtigungen der Krankenversicherung im Hinblick auf Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt zu schaffen und die Voraussetzungen für deren Vollziehbarkeit sicherzustellen. Er wies dabei erneut auf die Notwendigkeit hin, die Rechtslage zu klären, ex ante beurteilbare Kriterien aufzustellen, die Vollzugspraxis anzupassen und die Rahmenbedingungen entsprechend zu modifizieren (siehe TZ 3, 8, 10).

⁵⁴ BGBl. I Nr. 111/2010

⁵⁵ Gemäß § 292 Abs. 14 ASVG hat im Fall von begründeten Zweifeln am gewöhnlichen Aufenthalt im Verfahren zur Entziehung der Ausgleichszulage der Pensionsbezieher den Beweis für seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland zu erbringen.

Schlussempfehlungen

16 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMG

(1) Es wäre eine klare Abgrenzung der Anspruchsberechtigungen der Krankenversicherung im Hinblick auf Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt zu schaffen und die Voraussetzungen für deren Vollziehbarkeit sicherzustellen. (TZ 15)

(2) Es wäre auf eine Vereinheitlichung der unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen (Wohnsitz, Aufenthalt) hinzuwirken und es wären für gleiche Voraussetzungen die gleichen Begriffe zu verwenden. (TZ 2)

(3) Vor dem Hintergrund der Probleme in der Vollziehung wäre auf eine Definition der Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt hinzuwirken, die sich an den Anforderungen der Vollziehung im Bereich der Krankenversicherung orientiert (z.B. Überprüfbarkeit ex ante). (TZ 3)

(4) Es wäre gemeinsam mit dem Hauptverband eine einheitliche Vorgehensweise der Krankenversicherungsträger bei der Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt sicherzustellen. (TZ 8)

(5) Es wäre auf eine Klarstellung der Rechtslage im Hinblick auf das Erfordernis der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts für die Begründung eines Wohnsitzes gemäß § 16 Abs. 1 ASVG hinzuwirken. (TZ 3, 8)

(6) Es wäre auf eine Harmonisierung der Regelungen über die Rückforderung von zu Unrecht erbrachten Leistungen dahingehend hinzuwirken, dass Sachleistungen uneingeschränkt umfasst sind. (TZ 13)

(7) Es wäre auf legislative Maßnahmen zur Schärfung der Anspruchsvoraussetzungen bei Pflegekindern und Haushaltsführern hinzuwirken. (TZ 10)

BMG und BMI

(8) Es wäre zu prüfen, wie eine im Hinblick auf die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und der Sicherstellung einheitlicher Ergebnisse zweckmäßige Bezugnahme und Prüfung von Aufenthaltskriterien erfolgen sollte und ob dazu Änderungen im Meldegesetz notwendig wären. (TZ 6)

BMG, BMI, Hauptverband, Steiermärkische Gebietskrankenkasse und Wiener Gebietskrankenkasse

(9) Es wäre ein Konzept über den Datenaustausch zur Identifizierung und Klärung von Zweifelsfällen zu entwickeln. Dabei wäre insbesondere die Möglichkeit der automatisierten Datenweitergabe von Wohnsitz-Abmeldungen im ZMR an die Krankenversicherungsträger bei Verzug einer Person ins Ausland zu evaluieren. (TZ 12)

(10) Es wären die Kontaktdaten der Ansprechpartner für eine zeitnahe Behördenzusammenarbeit bei Zweifelsfällen auszutauschen. (TZ 12)

Steiermärkische Gebietskrankenkasse und Wiener Gebietskrankenkasse

(11) Bis zur etwaigen Vornahme rechtlicher Änderungen im Meldewesen wären die Prozesse bei der Anmeldung so zu gestalten, dass sichergestellt ist, dass nur Personen, die alle gesetzlichen Voraussetzungen hinsichtlich Wohnsitz bzw. gewöhnlichem Aufenthalt erfüllen, einen Krankenversicherungsschutz erlangen. Bei Antragstellern, bei denen Zweifelsfragen vorliegen (z.B. bei Drittstaatsangehörigen mit Reisevisum), wären die Voraussetzungen zu prüfen. (TZ 6, 9)

(12) In den Formblättern zur Selbstversicherung und Mitversicherung wären die Antragsteller zur Meldung der relevanten Informationen zu verpflichten. Dabei wären dem Antragsteller die Rechtslage zur Kenntnis zu bringen und gegebenenfalls die notwendigen Unterlagen einzufordern. (TZ 7)

(13) Es wären Konzepte zur Speicherung jener Daten zu entwickeln, die Grundlage für eine Risikoeinschätzung zur Verhinderung ungerechtfertigter Inanspruchnahme von Leistungen mangels Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt sind. (TZ 11)

(14) Anhand der vorhandenen Daten wären risikoorientierte Auswertungen durchzuführen und gegebenenfalls auch während des Bestehens eines Versicherungsverhältnisses Erhebungen durchzuführen. (TZ 11)

(15) In den IT-Programmen wäre die Staatsbürgerschaft durchgängig zu speichern und diese wäre zu aktualisieren, wenn aus den Formblättern bzw. im Zuge von ZMR-Abfragen Änderungen der Staatsbürgerschaft ersichtlich sind. (TZ 11)

(16) Bei Anträgen auf Mitversicherung von Haushaltsführern und unentgeltlich gepflegten Pflegekindern wären zusätzlich zur Meldebestätigung weitere Informationen des Antragstellers über die individuellen Lebensumstände einzufordern, die das Vorliegen des gewöhnlichen Aufenthalts des Angehörigen und der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen belegen. (TZ 10)

Schlussempfehlungen

Steiermärkische Gebietskranken- kasse

(17) Bei Selbstversicherungen wäre vor Beginn des Leistungsanspruchs neuerlich eine Überprüfung des ZMR-Meldestatus vorzunehmen. (TZ 7)

(18) Die eigenen Vorgaben über die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der Selbstversicherung wären einzuhalten bzw. ein begründetes Abweichen nachvollziehbar zu dokumentieren. (TZ 7)

Wiener Gebiets- krankenkasse

(19) In der Wissensdatenbank wären die Begriffe Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt zu definieren und die Kriterien für deren Prüfung klarzustellen. (TZ 7)

Hauptverband

(20) Der Bereich „Missbrauchsbekämpfung in der sozialen Sicherheit“ wäre in Abstimmung mit den Krankenversicherungsträgern weiterzuführen und zu stärken. (TZ 14)