





Asyl in (Ober)Österreich: Anspruch und Bedarf nach medizinischer Versorgung

Autoren: Arbeitsgruppe Asyl der ÖGK OÖ, in Abstimmung mit Land OÖ
(Kontakt via NSM OÖ Office)

Stand: Juli 2020

Status	Anspruch	Versorgungsbedarf
 Flüchtende Fremde auf Durchreise	<ul style="list-style-type: none"> Keine Krankenversicherung Medizinische Versorgung als Privatpatient, durch NGOs oder auf freiwilliger Basis 	Akutversorgung
 Asylwerber/in	<ul style="list-style-type: none"> Versicherungsschutz in der Grundversorgung (ausgenommen Familienangehörige von versicherten Ankerfremden) Sachleistungsanspruch: ärztliche Hilfe in allen medizinischen Bereichen, zahnmedizinische Leistungen, Leistungen öffentl. Krankenhäuser, Medikamente, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Krankentransport keine e-card Asylwerber in Landesbetreuung können seit 1.1.2020 eine e-card erhalten (bundesländerabhängig) 	Insbesondere <ul style="list-style-type: none"> Akutversorgung Medizinische und psychische Versorgung
 Asylberechtigte/r Subsidiär Schutzber.	<ul style="list-style-type: none"> Asylberechtigte: Übergang von der Grundversorgung zu „normalem“ Versicherungsschutz, e-card auf Antrag Subsidiär Schutzberechtigte bleiben in der Grundversorgung, grundsätzlich keine e-card (nur in Verbindung mit Beschäftigung) Subsidiär Schutzberechtigte in Landesbetreuung können seit 1.1.2020 eine e-card erhalten (bundesländerabhängig). 	Insbesondere <ul style="list-style-type: none"> Akutversorgung Medizinische und psychische Versorgung
 Migrant/in	Versicherungsschutz und Leistungsanspruch entsprechend Beschäftigungsstatus bzw. Familienverhältnis mit e-card.	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhte Prävalenz bei psychischen Erkrankungen, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Erkrankungen Mutmaßlich erhöhte Prävalenz bei Erkrankungen des Stützapparates und (insb. bei Frauen) Übergewicht, Folgeerkrankungen



Asylwerbende/ Fremde/ Flüchtlinge oder Migranten

Asylwerbende sind Fremde aus Drittstaaten (also weder EU noch EWR oder Schweiz), die z. B. aus einem Kriegsgebiet nach Österreich kommen und einen Asylantrag einbringen. **(Durchreisende) Fremde**, die in Österreich keinen Asylantrag stellen, erhalten keinen Krankenversicherungsschutz. Die medizinische Versorgung erfolgt ggf. durch NGOs bzw. auf freiwilliger Basis im Zuge eines humanitären Engagements oder als Privatpatient. Mit der Gesundheitskasse gibt es keine Leistungsverrechnung.

Asylwerbende bei denen im Asylverfahren die Flüchtlingseigenschaft anerkannt wird, sind (Konventions-) Flüchtlinge, die als **Asylberechtigte** gesehen werden, da ihnen in Österreich Asyl gewährt wurde.

Wird im Rahmen dieses Verfahrens festgestellt, dass eine Person keinen völkerrechtlichen Schutz benötigt, so befindet sie sich in einer ähnlichen Lage wie ein illegaler Ausländer und kann abgeschoben werden.

Ein **Migrant** verlässt seine Heimat, im Gegensatz zu Flüchtlingen, nicht aufgrund von Verfolgung. Bei einer Rückkehr, genießen Migranten weiterhin den Schutz ihrer Regierung. Flüchtlinge hingegen fliehen vor drohender Verfolgung und können unter den bestehenden Umständen nicht in ihr Heimatland zurückkehren.



Flüchtende Fremde auf Durchreise

Flüchtende Fremde auf Durchreise sind Personen auf der Flucht, die ihr Heimatland aufgrund drohender Verfolgung (z. B. aus einem Kriegsgebiet) verlassen müssen und nach Österreich kommen. Ohne Antragstellung auf Asyl, erhalten sie keinen Krankenversicherungsschutz. Die medizinische Versorgung erfolgt durch NGOs bzw. auf freiwilliger Basis im Zuge eines humanitären Engagements oder als Privatpatient. Mit der Gesundheitskasse gibt es keine Leistungsverrechnung. Diese Personen reisen weiter.



Asylwerber/in

Asylwerber/innen sind Fremde aus Drittstaaten (also weder EU noch EWR oder Schweiz), die in Österreich einen Asylantrag gestellt haben, für die Dauer ihres Asylverfahrens.

Asylantrag

Antrag auf Asyl kann bei einem Organ des öffentlichen Sicherheitsdienstes oder einer Sicherheitsbehörde (z. B. Polizei, Erstaufnahmestelle) gestellt werden. Sofern dieser Antrag zum Asylverfahren zugelassen wird, gilt diese Person als Asylwerber/in.

Asylantragsteller/innen sind ab dem Tag der Antragstellung auf Asyl krankenversichert, sofern sie als hilfs- bzw. schutzbedürftig gelten und daher in die Grundversorgung durch den Bund (oder später durch die Länder) aufgenommen werden. Auch im Zeitraum zwischen Antragstellung und Ausstellung einer Sozialversicherungsnummer durch den Bund werden die Asylwerber/innen in der Grundversorgung rückwirkend krankenversichert und sind somit auch anspruchsberechtigt.

Das Asylverfahren beginnt mit dem Zulassungsverfahren: Im Zuge des Zulassungsverfahrens werden unter anderem die Identität der Asylantragsteller/innen ermittelt, die Zuständigkeit Österreichs für das Verfahren geprüft, und es werden medizinische Untersuchungen vorgenommen. Im Regelfall werden die Asylantragsteller/innen während des Zulassungsverfahrens in den Erstaufnahmezentren des



Bundes untergebracht. Zum „eigentlichen“ Asylverfahren zugelassene Asylwerber/innen werden dann zumeist in die Landesbetreuung aufgenommen. Ein/e Asylwerber/in erhält eine weiße Identitäts- bzw. Verfahrenskarte, auf der die Stammdaten ersichtlich sind und eine Versicherungsnummer.

Krankenversicherung

Grundsätzlich sind Asylantragsteller/innen und Asylwerber/innen entweder über die Bundesbetreuung oder über die Grundversorgung der Länder bei der ÖGK krankenversichert. Die Personen sind gesetzlich in die Krankenversicherung einbezogen. Sobald sie in die Bundesbetreuung bzw. Grundversorgung der Länder aufgenommen werden und bei der ÖGK zur Krankenversicherung angemeldet werden, haben sie einen Krankenversicherungsschutz und somit einen Sachleistungsanspruch, Rezeptgebührenbefreiung und Befreiung von Selbstbehalten bei Heilbehelfen, Hilfsmitteln und Krankentransporten – wobei dabei die satzungsmäßigen Höchstgrenzen für die Kostenübernahme durch die ÖGK bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln auch für Asylwerber/innen gelten.

Die Pflichtversicherung beginnt mit dem Tag der Aufnahme in die Betreuung und endet mit dem Ende der Betreuung. Die Meldepflicht obliegt dem BM für Inneres bzw. dem versorgenden Bundesland.

Wird ein/e Asylwerber/in nicht in die Grundversorgung aufgenommen (das kann vorkommen, wenn er/sie Angehörige in Österreich hat, die für den Lebensunterhalt aufkommen und er/sie nicht hilfsbedürftig ist = Ankerfremde), besteht kein automatischer Krankenversicherungsschutz. Es ist in jedem Bundesland zu prüfen, ob eine Mitversicherung möglich ist. Asylwerber/innen, die nicht vom Bund oder Land zur Grundversorgung angemeldet werden, sind nicht automatisch von der Rezeptgebühr befreit. Hier gelten die allgemeinen Regeln.

e-card

Asylwerber/innen bekommen in OÖ derzeit keine e-card und keinen e-card-Ersatzbeleg (bundesländerabhängig - siehe § 4 Abs. 10 Z. 4 Krankenordnung der Österreichischen Gesundheitskasse). Sie erhalten in der Regel in einer Betreuungsstelle des Bundes Identitätskarten und eine Sozialversicherungsnummer, mit welchen sie Krankenversicherungsleistungen in Anspruch nehmen können. Nach dem Abschluss ihres Asylverfahrens können sie eine e-card beantragen, wenn ihnen Asyl gewährt wurde (positiver Asylbescheid) und sie keine Grundversorgung mehr in Anspruch nehmen oder wenn sie trotz negativem Asylbescheid als subsidiär Schutzberechtigte bleiben dürfen und mangels Hilfsbedürftigkeit aus der Grundversorgung entlassen wurden.

Arbeitsmarkt

Wie können Asylwerberinnen und Asylwerber beschäftigt werden?

Asylwerberinnen und Asylwerber brauchen eine Beschäftigungsbewilligung, bevor sie die Arbeit aufnehmen – im Normalfall nur für Saisonarbeit in Tourismus, Gastgewerbe oder Landwirtschaft und nur für die Dauer von bis zu sechs Monaten.

Asylwerberinnen und Asylwerber, die einen Anspruch auf Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz erworben haben, können eine reguläre, 1-jährige Beschäftigungsbewilligung beantragen. Wenn das AMS Asylwerberinnen oder Asylwerber vermittelt, erhalten sie die Beschäftigungsbewilligung vom AMS – vorausgesetzt, sie sind nach wie vor aufenthaltsberechtigt.



Zu beachten: Asylwerberinnen und Asylwerber können weder beim AMS vorgemerkt noch durch das AMS vermittelt werden.

Wissenswertes über Werkverträge mit Asylwerberinnen und Asylwerbern

Bei Werkverträgen kommt es nicht auf die Bezeichnung des Vertrages an, sondern auf den Inhalt: Ein Werkvertrag unterliegt der Bewilligungspflicht, wenn er

- nur einfache Tätigkeiten zum Inhalt hat, die in ihrer Gesamtheit kein selbständiges „Werk“ darstellen oder
- wegen der persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeit von nur einem Auftraggeber als arbeitnehmerähnliches Verhältnis eingestuft wird.

Was gilt für Arbeiten im Rahmen des Grundversorgungsgesetzes?

Asylwerberinnen und Asylwerber, deren Verfahren zugelassen wurde, können zu folgenden Arbeiten herangezogen werden – vorausgesetzt, sie sind damit einverstanden (GVG-B 2005):

- Hilfsarbeiten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit ihrer Unterbringung stehen, z. B. Reinigung, Küchenbetrieb, Transporte, Instandhaltung.
- Gemeinnützige Hilfsarbeiten für Bund, Länder und Gemeinden, z. B. Landschaftspflege und -gestaltung, Betreuung von Park- und Sportanlagen, Administration.

Es ist zu beachten:

- Für solche Hilfstätigkeiten erhält die Asylwerberin, der Asylwerber einen Anerkennungsbeitrag, der nicht einkommenssteuerpflichtig ist.
- Durch diese Tätigkeiten wird kein Dienstverhältnis begründet.
- Es ist keine Arbeitsbewilligung notwendig.

Was gilt für Dienstleistungen mit Dienstleistungsscheck?

Asylwerberinnen und Asylwerber, die seit mindestens 3 Monaten zum Asylverfahren zugelassen sind, dürfen in Privathaushalten haushaltstypische Dienstleistungen erbringen. Dafür brauchen sie keine Beschäftigungsbewilligung. Nähere Informationen unter: www.dienstleistungsscheck-online.at.



Asylberechtigte/r

Ein positiver Abschluss des Asylverfahrens bedeutet, dass diese Personen als anerkannte Flüchtlinge gemäß der Genfer Flüchtlingskonvention gelten, weil ihnen im Herkunftsland die Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung drohen. Der positive Asylbescheid bedeutet:

- (a) ein dauerndes Einreise- und Aufenthaltsrecht in Österreich nach dem Asylgesetz.
- (b) Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt ohne Einschränkungen.
- (c) die Abmeldung aus der Grundversorgung durch Bund/Länder nach längstens vier Monaten.



- (d) das Ende der mit der Grundversorgung verbundenen Krankenversicherung nach spätestens vier Monaten.
- (e) dass die Betroffenen selbst für ihren Unterhalt aufkommen müssen. Sie haben jedoch Anspruch auf Sozialleistungen wie Österreicher/innen (Antrag auf bedarfsorientierte Mindestsicherung, Familienbeihilfe etc.).

Krankenversicherung

Asylberechtigte werden nach Abschluss des Asylverfahrens aus der Bundesbetreuung/ Grundversorgung der Länder ausgeschieden. Damit ist auch die Abmeldung in der Krankenversicherung verbunden. Im Anschluss können sie so wie andere in Österreich lebende Menschen über verschiedene Wege zu einem Krankenversicherungsschutz gelangen: durch die Aufnahme eines Dienstverhältnisses, durch die Mitversicherung, die bedarfsorientierte Mindestsicherung, Kinderbetreuungsgeldbezug oder eine Selbstversicherung, sofern die Voraussetzungen dafür vorliegen.

Wenn Asylberechtigte nach wie vor als „hilfsbedürftig“ gelten, können sie noch bis zu vier Monate nach Abschluss ihres Asylverfahrens in der Grundversorgung und damit krankenversichert bleiben. Als hilfsbedürftig gilt, wer die Lebensführung für sich selbst und Angehörige nicht ausreichend bewältigen kann.

e-card

Als Asylberechtigte können sie nun eine e-card beantragen, sofern sie sich nicht mehr in der Grundversorgung befinden.

Arbeitsmarkt

Asylberechtigte sind auf dem Arbeitsmarkt Österreicherinnen und Österreichern gleichgestellt. Sie brauchen also keine Beschäftigungsbewilligung (§ 1 Abs. 2 lit. a AuslBG).



Subsidiär Schutzberechtigte/r

Subsidiär schutzberechtigte Personen haben zwar einen negativen Asylbescheid erhalten, können jedoch aus humanitären Gründen nicht abgeschoben werden. Das heißt, sie sind keine „anerkannten Flüchtlinge“ gemäß Genfer Flüchtlingskonvention. Bei einer Rückkehr in ihr Herkunftsland wäre ihr Leben oder ihre Unversehrtheit dennoch bedroht. Daher erhalten diese Personen ein vorläufig auf ein Jahr befristetes Bleiberecht. Die Befristung kann nach Ablauf des ersten Jahres für weitere zwei Jahre verlängert werden. Sie erhalten eine graue Karte für subsidiär Schutzberechtigte und behalten ihre Sozialversicherungsnummer.

Krankenversicherung

Ist Hilfsbedürftigkeit bei subsidiär Schutzberechtigten gegeben, bleiben sie in der Grundversorgung. Ihre Krankenversicherung bleibt gleich wie während des Asylverfahrens. Als hilfsbedürftig gilt, wer die Lebensführung für sich selbst und die Angehörigen nicht ausreichend bewältigen kann.

Wenn sie nicht hilfsbedürftig sind, werden sie aus der Grundversorgung ausgeschieden. Einen Krankenversicherungsschutz können sie dann wie Asylberechtigte erreichen: durch die Aufnahme eines Dienstverhältnisses, durch Mitversicherung, bedarfsorientierte Mindestsicherung, Bezug von Kinderbetreuungsgeld oder Selbstversicherung, sofern die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen.

e-card

Sofern subsidiär Schutzberechtigte in der Grundversorgung bleiben, erhalten sie keine e-card (bundesländerspezifisch). Wenn der Krankenversicherungsschutz anderweitig erreicht wird, können sie eine e-card beantragen.



Arbeitsmarkt

Subsidiär Schutzberechtigte benötigen keine Beschäftigungsbewilligung (§ 1 Abs. 2 lit. a AuslBG). Auf Antrag stellt das AMS eine entsprechende Bestätigung aus.



Migrant/in

Migrant/innen bzw. Menschen mit Migrationshintergrund sind Menschen, die selbst oder deren Eltern aus einem anderen Staat eingewandert sind. Die Gründe für das Einwandern (Arbeitsmigration etc.) und die Herkunftsländer sind vielfältig, ebenso damit eventuell verbundene Begleiterscheinungen. Sind Migrant/innen selbst eingewandert, spricht man von Migrant/innen der ersten Generation, sind ihre Eltern eingewandert und wurden sie bereits im Inland geboren, spricht man von Migrant/innen der zweiten Generation.

Krankenversicherung

Der Versicherungsschutz und Leistungsanspruch richtet sich nach dem Beschäftigungsstatus bzw. Familienverhältnis z. B. Dienstverhältnis, Selbständigkeit, Selbstversicherung, Mitversicherung, bedarfsorientierte Mindestsicherung, Kinderbetreuungsgeldbezug.

e-card

Migrant/innen erhalten eine e-card nach den Bestimmungen des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes.

Arbeitsmarkt

Migrant/innen haben Zugang zum Arbeitsmarkt.



Fragen aus den BKTs:

1. Grundversorgung

Die Grundversorgung durch den Bund/durch die Länder umfasst die Unterbringung in geeigneten Unterkünften, Verpflegung(sgeld), Krankenversicherung, Information, Beratung und soziale Betreuung, Transportkosten, Schülerfreifahrt, Bekleidungshilfe und Schulbedarfshilfeleistungen sowie in Vollversorgungseinrichtungen ein monatliches Taschengeld von € 40,--.

Werden die genannten Leistungen nicht als Sachleistung organisiert, erhalten die Asylwerber/innen finanzielle Zuschüsse, Privat wohnhafte Asylwerbende erhalten Miet- und Verpflegungszuschüsse. Die Mietzuschüsse betragen pro Monat für einen einzelnen Erwachsenen max. € 150,-- und für eine Familie ab zwei Personen insgesamt max. € 300,--. Die Zuschüsse für Verpflegung betragen monatlich € 215,-- für Erwachsene und unbegleitet Minderjährige sowie € 100,-- für Kinder. Damit sind auch Dinge des täglichen Bedarfs (Hygieneprodukte, Kleidung, ...) zu bezahlen (Stand Jänner 2020).

Betreuung vor Ort

Der Bund bzw. die Länder vergeben die Grundversorgung der Asylwerber/innen in der Regel an Dienstleister, meist an soziale Vereine und Hilfsorganisationen. Diese betreiben die Unterbringungseinrichtungen, organisieren die Betreuung und Beratung und sind Ansprechpartner für freiwillige Helfer/innen. In Oberösterreich sind u.a. das Rote Kreuz, die Caritas, die Volkshilfe, das Diakoniewerk, SOS Menschenrechte, pro mente und der Samariterbund in der Flüchtlingshilfe engagiert.

Aufteilung Bund und Land

Der Bund übernimmt im Wesentlichen die Betreuung für Asylantragsteller/innen während des Zulassungsverfahrens. Darüber hinaus betreut der Bund jene in einer Betreuungseinrichtung untergebrachten Asylantragsteller/innen, deren Antrag im Zulassungsverfahren zurück- bzw. abgewiesen wurde, solange bis sie das Bundesgebiet verlassen. An die Bundesländer wird die Betreuung der übrigen schutz- und hilfsbedürftigen Personen, insbesondere der Asylwerber/innen nach dem Zulassungsverfahren, sowie der gesamte damit zusammenhängende operative Bereich (z. B. Quartiersuche) übertragen. Die Asylwerber/innen werden aus der Betreuung durch das Bundesministerium für Inneres abgemeldet und durch das jeweilige Land bis zum Verfahrensabschluss in die Grundversorgung aufgenommen.

Hilfsbedürftigkeit

Die Gewährung der Landesgrundversorgung ist nur an hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, subsidiär Schutzberechtigte und Asylberechtigte während der ersten vier Monate nach Asylgewährung), die unterstützungswürdig sind, vorgesehen.

Als hilfsbedürftig gilt, wer den Lebensbedarf für sich und die mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Angehörigen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen kann und ihn auch nicht ausreichend von anderen Personen oder Einrichtungen erhält.

Die betreuenden Organisationen sind angehalten mangelnde Hilfsbedürftigkeit dem Land zu melden, bzw. besteht für jede/n Grundversorgte/n die gesetzliche Pflicht Einkommen jeglicher Art der zuständigen Behörde zur Kenntnis zu bringen.



Achtung: Bedarfsorientierte Mindestsicherung und Hilfsbedürftigkeit

Im Gegensatz dazu kann bedarfsorientierte Mindestsicherung nur an Personen geleistet werden, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Oberösterreich haben und neben österreichischen Staatsbürger/innen entweder Asylberechtigte oder EU/EWR-Bürger und Drittstaatsangehörige, die jeweils eine Berechtigung zum dauernden Aufenthalt in Österreich haben, sind. Voraussetzung für die Leistung einer bedarfsorientierten Mindestsicherung ist, dass eine Person von einer sozialen Notlage betroffen ist und bereit ist – in angemessener, möglicher und zumutbarer Weise –, sich um die Abwendung, Milderung bzw. Überwindung der sozialen Notlage zu bemühen und seit Juli 2016 zur Integration beizutragen. Subsidiär Schutzberechtigte als auch Personen, die über einen Niederlassungstitel verfügen und noch nicht fünf Jahre in Österreich legal aufhältig sind, können ausschließlich über die Grundversorgung Leistungen beziehen.

Eine soziale Notlage liegt vor, wenn der eigene Lebensunterhalt und Wohnbedarf oder der von unterhaltsberechtigten Angehörigen, die im gemeinsamen Haushalt leben, nicht gedeckt werden oder dabei der erforderliche Schutz bei Krankheit, Schwangerschaft oder Entbindung nicht gewährleistet werden kann.

Die Bezirksverwaltungsbehörden (BH bzw. Magistrat) sind für das Verfahren betreffend Leistungen der bedarfsorientierten Mindestsicherung zuständig und beurteilen daher im Rahmen dieses Verfahrens, ob eine soziale Notlage vorliegt oder nicht.

2. Versicherungsnummernvergabe (VSNR-Vergabe)

Bei der Aufnahme in die Grundversorgung werden die Stammdaten der Asylantragsteller/innen in die Grundversorgungsdatenbank eingespielt und der Datensatz wird somit „aktiviert“.

In der Zentralen Partnerdatenverwaltung wird dadurch ein Partner angelegt und eine Sozialversicherungsnummer vergeben.

Bis 2016 erfolgte die VSNR-Vergabe händisch durch das Bundesministerium für Inneres, seit Februar 2016 erfolgt die Versicherungsnummernvergabe automatisiert.

Zu Schwierigkeiten kann es in der Folge kommen, wenn sich die Stammdaten einer Person (Name oder Namensschreibweise, Geburtsdatum) ändern.

2.1. Änderung der Sozialversicherungsnummer

Die Änderung der Sozialversicherungsnummer ist im Gesetz geregelt. Demnach ist für die Feststellung des Geburtsdatums der versicherten Person die erste schriftliche Angabe gegenüber dem Versicherungsträger heranzuziehen (= Sozialversicherungsgeburtsdatum). Von dem so ermittelten Geburtsdatum – als Bestandteil für die Sozialversicherungsnummer – darf nur abgewichen werden, wenn:

- vom zuständigen Versicherungsträger festgestellt wird, dass ein offensichtlicher Schreibfehler vorliegt oder
- sich aus einer Urkunde, deren Original vor dem Zeitpunkt der ersten Angabe der versicherten Person gegenüber dem Versicherungsträger ausgestellt worden ist, ein anderes Geburtsdatum ergibt.

Die Änderung des Sozialversicherungsgeburtsdatums wird daher bei der ÖGK grundsätzlich nur nach Vorlage von Dokumenten, welche die zuvor beschriebenen Voraussetzungen erfüllen, durchgeführt. Ausländische Dokumente müssen im Original mit beglaubigter Übersetzung sowie allen erforderlichen Zwischen- bzw. Überbeglaubigungen und (falls erforderlich) mit einer Apostille vorgelegt werden.



3. Anspruchsprüfung ohne e-card

3.1. Nachweise bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung

Solange keine e-card ausgestellt wird, ist der Leistungsanspruch anderweitig festzustellen. Asylantragsteller/innen haben bei ihrer Registrierung und Aufnahme in die Grundversorgung eine Identitätskarte (mit Name, Geburtsdatum und in der Regel Foto), eine Verfahrensnummer und eine Sozialversicherungsnummer erhalten. Zur Prüfung der Identität des Flüchtlings muss dieser die Identitätskarte vorweisen. Mit den Angaben auf der Identitätskarte und dem Stecken der Ordinations-card ist der Leistungsanspruch der Person im e-card-System in der Regel überprüfbar. In Krankenanstalten ist ebenfalls eine Anspruchsprüfung ohne e-card möglich. Die Prüfung erfolgt über das Versichertendatenabfragesystem (VDAS).

3.2. Möglichkeiten der Anspruchsprüfung

Die Identitätskarte alleine reicht als Beleg für einen möglichen Krankenversicherungsschutz nicht aus, dieser ist im e-card oder VDAS-System zu überprüfen.

- a) *Abfrage im e-card-System bzw. VDAS:* Mit den Angaben auf der Identitätskarte (Name und Geburtsdatum) kann die Sozialversicherungsnummer herausgefunden und die Anspruchsberechtigung geprüft werden.
- b) *Wenn der/die Asylwerber/in im e-card-System bzw. VDAS nicht auffindbar ist:* Ein solcher Fall kann z. B. auftreten, wenn die Daten noch nicht ins e-card-System übernommen sind, weil die Person erst sehr kurz in Österreich ist. Die Versorgungsstelle sollte in diesem Fall die ÖGK kontaktieren, um die Sozialversicherungsnummer herauszufinden.
- c) *Wenn in keinem System eine Sozialversicherungsnummer zu den Angaben auf der Identitätskarte zu finden ist:* Ein solcher Fall kann eintreten, wenn entweder in den Sozialversicherungssystemen oder auf der Identitätskarte Fehler vorliegen, z. B. bei der Schreibweise des Namens. Folgendes Vorgehen ist zu empfehlen:
 - Schreibweise hinterfragen und alle Abfragemöglichkeiten ausschöpfen: Tausch von Vor- und Nachnamen, Einsatz von Suchoperatoren etc.
 - Seitens der Ordination bzw. Krankenanstalt sollte nach der Telefonnummer der Ansprechperson in der Betreuung gefragt und diese kontaktiert werden. Die Flüchtlingsbetreuer/innen sind in der Regel über die Daten der Asylwerber/innen informiert und können unterstützen.
 - Mit der Verfahrenszahl auf der Identitätskarte kann eine Abfrage bei der Grundversorgungsdatenbank durchgeführt werden, damit der „richtige“ Name und in der Folge die Sozialversicherungsnummer herausgefunden werden können. Ansprechpersonen für eine solche Abfrage sind (zu den allgemeinen Bürozeiten):

Land OÖ, Abteilung Soziales: Herr Leierzopf:	Tel. 0732/7720-15239
Frau Wolf:	Tel. 0732/7720-16234
ÖGK OÖ, VS/Partnerdatenservice:	Tel. 050 766-14504280

Diesbezügliche telefonische Auskünfte an Vertragspartner/innen sind grundsätzlich mit dem Datenschutz vereinbar, wenn sie für vertragliche Leistungserbringung erforderlich sind. Im Zweifel muss die Identität des Anrufers/der Anruferin als Vertragspartner/in überprüft werden.

Bei Verständigungsschwierigkeiten verfügen die Personen auch sehr häufig über die Möglichkeit von telefonischen Dolmetschern – Rückfragen könnten daher weiterhelfen.



3.3. Anspruch kann nicht festgestellt werden

Wenn trotz aller Bemühungen durch die Versorgungseinrichtung, die ÖGK, die Flüchtlingsbetreuung und/oder das Land OÖ keine Anspruchsberechtigung festgestellt werden kann, kann angenommen werden, dass keine Krankenversicherung besteht. Die Versorgungseinrichtung hat dabei aber keine Abrechnungsgarantie und keine Behandlungspflicht. Die Behandlung kann an diesem Tag abgelehnt und auf die Möglichkeit einer Behandlung zu einem späteren Termin verwiesen werden, wenn die nötigen Nachweise vorliegen (Privatverrechnung oder Erlag kommen ebenfalls in Frage, das hängt vom Einzelfall ab).

Ausnahme: Wenn Lebensgefahr besteht, muss der Arzt/die Ärztin unabhängig vom Krankenversicherungsanspruch eine Behandlung vornehmen!

4. Behandlungen in einem anderen Bundesland

Asylwerber können eine medizinische Behandlung in OÖ in Anspruch nehmen, auch wenn er/sie in einem anderen Bundesland zur Krankenversicherung (beispielsweise über die Grundversorgung) gemeldet wurde. Die Leistungen werden unter Beachtung der vertraglichen Bestimmungen erbracht und mit der ÖGK direkt verrechnet. Die Vertragspartner sind grundsätzlich zur Behandlung unter denselben Voraussetzungen verpflichtet, wie sie für andere Kassenpatient/innen gelten. Ob sich der/die krankenversicherte Asylwerber/in zulässigerweise in OÖ aufhält, ist dabei nicht relevant. Für eine Behandlung ist lediglich eine aktuelle Krankenversicherung notwendig.

5. Dolmetsch

Grundsätzlich gibt es keine ausdrückliche gesetzliche Regelung, ob bzw. wann von wem ein Dolmetscher hinzugezogen werden muss. Es ist aber zu beachten, dass Patienten zu einer Behandlung prinzipiell die Zustimmung/ Einwilligung erteilen müssen – Ausnahme: wenn Gefahr für den Patienten besteht und sofortiger Handlungsbedarf besteht. Eine Zustimmung kann aber nur erteilt werden, wenn der Patient auch versteht wozu eingewilligt wird. Bei schweren und risikoreichen Behandlungen ist daher die Aufklärungspflicht sehr streng zu interpretieren. Dabei wird die Beiziehung von professionellen Dolmetschern unabdingbar sein. Zu beachten sind dabei aber auch die gesetzlichen Bestimmungen der jeweiligen Berufsgesetze (z. B: Ärztegesetz, Zahnärztegesetz, Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz, Patientencharta, ...).

Die ÖGK übernimmt in OÖ keine Dolmetschkosten, da dies nicht als Teil der Krankenbehandlung zu sehen ist und dafür keine Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Daher können anfallende Kosten durch Beiziehung von Dolmetschern von Vertragspartnern nicht an die Krankenversicherungsträger weiterverrechnet werden.

Fremdsprachige Patienten sollten daher darauf hingewiesen werden, dass Dolmetscherkosten nicht durch die Krankenversicherung gedeckt sind.

Dolmetschkosten für grundversorgte Personen werden nur im niedergelassenen fachärztlichen Bereich von der Grundversorgungsstelle getragen. Über den Bedarf entscheidet die jeweilige mobile Betreuung. Die jeweilige Betreuungsorganisation verrechnet diese Kosten mit dem Land OÖ. Eine schriftliche (Zeit)Bestätigung des Arztes ist dafür notwendig.



6. Zahnbehandlung

Wenn Asylwerber/innen, subsidiär Schutzberechtigte und Asylberechtigte krankenversichert sind, haben sie einen Anspruch auf Sachleistungen wie alle anderen Versicherten auch.

6.1. Behandlungspflicht

Bei zahnmedizinisch dringenden Fällen sollten Patienten mit akuten Schmerzen grundsätzlich an dem Tag, an dem eine Vertragszahnarztordination kontaktiert wird, auch behandelt werden. In der Regel muss die Beurteilung, ob es sich um akute Schmerzen handelt, durch den Zahnarzt persönlich erfolgen. Dieser kann im Zweifel einschätzen, wie akut das Schmerzgeschehen ist und ob bzw. wann eine Behandlung durchgeführt werden sollte.

Wenn ein Patient für planbare Sanierungen auf einen Termin verwiesen wird, handelt es sich aber um keine Ablehnung. Auch hier ist die Dringlichkeit des Behandlungsanlasses relevant.

6.2. Beschwerden – Mithilfe bei Aufklärung

Bei Beschwerden überprüft die ÖGK:

- Handelt es sich um eine generelle Ablehnung eines Patienten bzw. einer Patientengruppe?
- Ist der Vertragspartner im Sinne eines geordneten Ablaufs auf die Einhaltung seiner Praxisorganisation bedacht (z. B. kein unangemeldetes Erscheinen in größeren Gruppen stattdessen Terminvergabe und -einhaltung)?

Dazu benötigt die ÖGK eine schriftliche Sachverhaltsschilderung an die Ombudsfrau oder die Vertragspartnerabteilung mit einem Einverständnis der/des betroffenen Patientin/Patienten um den Vertrags(zahn)arzt hinsichtlich der Vorkommnisse konfrontieren zu können. Je nach Sachverhaltskonstellation kann auch die Ärztekammer oder Zahnärztekammer eingebunden werden, um eine rechtskonforme Vorgehensweise sicherstellen zu können.

6.3. Mundhygiene

Regelmäßige professionelle Mundhygiene trägt maßgeblich zur Erhaltung von gesunden Zähnen und Zahnfleisch bei. Für **Kinder und Jugendliche** im Alter von 10 bis 18 Jahren ist die Mundhygiene einmal im Jahr kostenlos. Kinder mit festsitzender Zahnspange können diese Kassenleistung bei Bedarf sogar zweimal jährlich nutzen (Mindestabstand von 6 Monaten zwischen den Behandlungen). Die Mundhygiene kann in den Zahngesundheitszentren der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und bei allen Vertragszahnärztinnen/-ärzten auf e-card in Anspruch genommen werden. Zusätzliche Mundhygiene-Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen sowie Mundhygiene bei **Erwachsenen** ist keine Kassenleistung und daher privat zu bezahlen (keine Kostenerstattung).

Um ein bestmögliches Behandlungsergebnis zu erzielen, ist eine zahnärztliche Untersuchung vor der Mundhygiene-Erstsitzung Voraussetzung.

Es wird darauf hingewiesen, dass mit Wartezeiten bei der Terminvereinbarung zu rechnen ist.

Erwachsene

Die Zahngesundheitszentren der ÖGK bieten Erwachsenen und Jugendlichen eine professionelle Zahnreinigung. Die erste Behandlung dauert rund 45 Minuten und kostet € 67,40. Jede weitere Individualprophylaxe richtet sich nach der individuellen medizinischen



Notwendigkeit, die Kosten betragen dabei für ca. 25 Minuten € 44,40 oder für ca. 45 Minuten € 67,40 (Stand 2020). Im Preis ist auch ein einstündiger Prophylaxevortrag mit Wissenswertem über Zahnpflege und Allgemeines zum Thema „Gesund beginnt im Mund“ enthalten.

Kinder

Für Schwangere und Kinder bis 3 Jahren bietet die ÖGK unter dem Titel „von Anfang an!“ eine Reihe von Informationsmaterialien und Workshops, die neben der gesunden Ernährung auch wertvolle Tipps zur Zahngesundheit von Mutter und Kind erhalten z. B. Gesunde Zähne von Anfang an.

Kinder im Kindergarten lernen gemeinsam mit Zahngesundheitserzieher/innen spielerisch die richtige Zahnpflege. In allen oberösterreichischen Volksschulen werden die Kinder in der 2. und 4. Klasse ebenfalls betreut. Diese Angebote werden vom Verein PROGES im Auftrag von Land OÖ und den Österreichischen Krankenversicherungsträgern durchgeführt.

Darüber hinaus bietet die ÖGK im Dentalzentrum für Kinder und Jugendliche in Linz spezielle kostenlose Zahnputzschulungen mit medizinischem Programm für Kinder und Jugendliche an. Wenn es der behandelnde Arzt für sinnvoll erachtet, können am Zahnprophylaxe-Programm auch Jugendliche ab dem 12. Lebensjahr kostenpflichtig teilnehmen. Eine Anmeldung ist erforderlich, wobei dabei mit Wartezeiten zu rechnen ist.

Wird in Oberösterreich bei einem Besuch in einer Zahnarztordination bei einem Kind ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt, erhalten die Kinder bzw. deren Eltern ein Gutscheinset (Zahnpass) für verschiedene zahnärztliche Leistungen und Informationsangebote. Diese können bis zum 14. Geburtstag bei einer Zahnärztin/einem Zahnarzt sowie in den Zahngesundheitszentren der ÖGK eingelöst werden. (www.gesundheitskasse.at/zahnpass).

Seit 1.1.2019 sind zwei zahnärztliche Grunduntersuchungen bzw. erforderliche Behandlungen der Kinder verpflichtend für den Anspruch auf den Mutter-Kind-Zuschuss (Vorsorgeheft) vom Land Oberösterreich. Der Zuschuss beträgt aktuell € 375,- (aufgeteilt auf drei Raten je € 125,-).

Die Untersuchungen sind zwischen dem 5. und 6. Geburtstag sowie zwischen dem 8. und 9. Geburtstag des Kindes durchzuführen.

7. Impfungen

Schutzimpfungen zählen zu den vorbeugenden Maßnahmen und nicht zur eigentlichen Krankenbehandlung, weshalb die Gesundheitskasse nur in eingeschränktem Ausmaß Leistungen anbietet.

7.1. Erwachsene

Für vorbeugende Maßnahmen erfolgt bei Erwachsenen nur in den vom Gesetzgeber angeordneten Fällen (z. B. Zeckenschutzimpfung) im Rahmen der Satzung der ÖGK eine Kostenbeteiligung durch die Gesundheitskasse (Zuschuss € 4,- pro Versicherte/Angehörige für 2020).

Darüber hinaus übernimmt die ÖGK in bestimmten Fällen die Grippeimpfkosten teilweise oder zur Gänze z.B. bei bestimmten Risikogruppen und wenn von der Weltgesundheitsorganisation eine Influenzapandemie ausgerufen wird.



Für rein prophylaktische Schutzimpfungen wie z. B. auch bei Auslandsreisen oder der HPV-Impfung besteht keine Möglichkeit der Kostenbeteiligung oder der Kostenrückerstattung durch die ÖGK.

Abwicklung der Zeckenimpfung

Wird der Impfstoff in der Apotheke bezogen, zieht diese den Satzungszuschuss von € 4,00 bereits ab und verrechnet diesen in weiterer Folge mit der ÖGK. Die Restkosten sind vom Versicherten in der Apotheke zu bezahlen. Die Impfung kann dann bei Vertragsärzten erfolgen.

Wird der Impfstoff in der Hausapotheke eines hausapothekenführenden Vertragsarztes bezogen, wird auch hier der Zuschuss bereits abgezogen und der/die Arzt/Ärztin verrechnet direkt mit der ÖGK. Die Restkosten sind vom Versicherten beim Arzt zu bezahlen. Die Impfung erfolgt durch den/die Arzt/Ärztin.

Empfehlenswert ist eine Impfung über das Gesundheitsamt der Stadt Linz, da auch hier der Zuschuss bereits wieder abgezogen wird. Die Restkosten sind vom Versicherten zu bezahlen. Die Impfung wird vor Ort durchgeführt.

Es ist auch bei manchen Bezirkshauptmannschaften möglich, die Impfung durchführen zu lassen. Um den Zuschuss für diese Impfung zu erhalten, ist die bezahlte Rechnung an die ÖGK zu übermitteln.

7.2. Kinder

Vom Land OÖ gibt es für Kinder eigene Impfprogramme (Gutscheinheft). Informationen dazu können bei den Kinderärzten eingeholt werden.

8. Ausstellung von Privatrezepten

Medikamente und sonstige Mittel dürfen von den Apotheken auf Rechnung der ÖGK nur abgegeben werden, wenn sie auf einem Kassenrezept von einem dazu befugten Vertragspartner verschrieben wurden. Grundsätzlich ist für den Bezug eines Heilmittels (d. h. für jede Originalpackung einer pharmazeutischen Spezialität bzw. für jede magistrale Verordnung) eine Rezeptgebühr von € 6,30 im Jahr 2020 zu entrichten – wobei Asylwerber/innen in der Grundversorgung davon befreit sind.

Falls Vertragsärzte Medikamente verschreiben, die nicht im Leistungskatalog der ÖGK enthalten sind, fallen Kosten an, die vom Patienten zu bezahlen sind. Eine entsprechende Aufklärung ist von den Vertragsärzten bei der Verschreibung vorzunehmen.

9. Reise/Fahrt- und Transportkosten

Asylwerber/innen haben aufgrund der Aufnahme in die Grundversorgung einen Krankenversicherungsschutz. Dabei besteht ein Anspruch auf Sachleistungen, wobei hier auch Fahrt- und Transportkosten unter gewissen Voraussetzungen zustehen.

Werden landesgrundversorgte Asylwerbende ohne ihr Verschulden vom Krankenhaus entlassen, werden die Kosten für ein Taxi vom Land OÖ übernommen (refinanziert). Darüber hinaus sind nur individuelle Lösungen (beispielsweise Quartiergeber, Ehrenamtliche etc.) möglich.



9.1. Transportkosten

Die ÖGK übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Versicherte aufgrund seines/ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann. Dieser Anspruch besteht nur zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle.

Entscheidend ist ausschließlich der körperliche bzw. geistige Zustand des Patienten, und nicht sonstige Rahmenbedingungen wie z. B. schlechte Verkehrsverbindungen. Für die Ausstellung eines Transportscheines ist jene Stelle verantwortlich, welche die Behandlung bzw. Untersuchung veranlasst hat. Eine nachträgliche Ausstellung eines Transportscheines ist nicht zulässig.

Ein Transport über Landesgrenzen hinweg, ist nur bei Vorliegen einer chefärztlichen Bewilligung möglich.

9.2. Reise/Fahrtkosten

Liegt beim Patienten keine Gehunfähigkeit vor, gewährt die ÖGK bei Vorliegen der Voraussetzungen (insbesondere das Vorliegen der Rezeptgebührenbefreiung) einen Zuschuss zu den Reise/Fahrtkosten. Dieser Zuschuss beträgt pauschal für Fahrtstrecken von mehr als 20 km bis 50 km € 6,00 oder € 9,00, wenn eine Begleitperson notwendig war. Bei Fahrten von mehr als 50 km gebührt ein Zuschuss in Höhe von € 0,12 pro Kilometer oder € 0,18 pro Kilometer, wenn eine Begleitperson notwendig war. Bei Fahrten von Kindern unter 15 Jahren wird die Notwendigkeit einer Begleitperson anerkannt. In allen übrigen Fällen ist ärztlich zu bestätigen, dass aufgrund des Gesundheitszustandes eine Begleitperson erforderlich ist. Die tatsächliche Inanspruchnahme in der Behandlungsstelle ist jedenfalls nachzuweisen.

Voraussetzung für Reise/Fahrtkosten ist, dass die Entfernung zwischen Wohnort des Patienten und der jeweils nächstgelegenen, geeigneten, medizinischen Behandlungseinrichtung mehr als 20 km beträgt. Es kommt aber nicht auf die tatsächlich in Anspruch genommene Behandlungsstelle an, sondern auf den nächstgelegenen, geeigneten Vertragspartner.

Kontakt

Kontakt via NSM OÖ Office
per Adresse ÖGK
Gruberstraße 77, 4020 Linz
Tel.: 050 766-14103927 oder 050 766-14103928
Email: nahtstellenmanagement@oegk.at

Allgemeiner Hinweis:

Wir sind bemüht, dieses Nachschlagewerk aktuell zu halten. Allerdings kann es sein, dass sich kurzfristig Änderungen ergeben, die noch nicht berücksichtigt wurden.