

Korinna Schumann  
Bundesministerin

Herrn  
Dr. Walter Rosenkranz  
Präsident des Nationalrates  
Parlament  
1017 Wien

Geschäftszahl: 2025-0.335.730

Wien, 23.6.2025

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1286 /J des Abgeordneten Mag. Kaniak betreffend Finanzierungsnöte: ÖGK-Obmann McDonald will Solidarbeitrag der Ärzte** wie folgt:

**Frage 1:**

- *Wie häufig wird seitens des Gesundheitsministeriums die finanzielle Gebarung der Gesundheitskassen überprüft und seit wann hat das Ministerium Kenntnis über den aktuell kolportierten Abgang in Höhe von mehr als 800 Mio. Euro?*

Die Überprüfung der Gebarung der Sozialversicherungsträger durch mein Ressort erfolgt laufend, die Träger übermitteln quartalsweise vorläufige Zahlen zur laufenden Gebarung sowie Prognosen für deren erwartete Entwicklung. Per Ende Mai eines jeden Jahres sind die Rechnungsabschlüsse der Träger meinem Ressort vorzulegen, welche einer eingehenden Überprüfung unterzogen werden. Mein Ressort erlangte im Zuge der Vorlage der Gebarungsvorschau per 15. November 2024 davon Kenntnis, dass sich der Ausblick auf die Gebarungssituation der ÖGK gegenüber dem Vorquartal deutlich verschlechtert hat.

**Frage 2:**

- *Welche Faktoren haben zur Kostensteigerung für Vertragsärzte geführt?*
  - a. *Gibt es Angaben zu Honorarvereinbarungen, Teuerungen oder strukturellen Veränderungen?*
  - b. *Wenn ja, welche waren das und wie hoch waren die Kosten dafür?*

Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte hält fest, dass keine detaillierten Daten zur Kostensteigerung im Vertragsärztebereich vorliegen bzw. zur Verfügung gestellt werden. Diese Daten werden durch die ÖGK erhoben und liegen dort vor.

Die ÖGK teilt zu dieser Frage mit, dass sich die Kostensteigerungen im vertragsärztlichen Bereich sowohl auf mengen- als auch auf preisbedingte Faktoren zurückführen lassen. Ein wesentlicher Teil des Mengenzuwachses ist auf den Anstieg anspruchsberechtigter Personen zurückzuführen. Im Zeitraum 2014 bis 2024 hat sich die Zahl der bei der ÖGK versicherten Anspruchsberechtigten um rund 560.000 Personen erhöht, was einem Plus von acht Prozent entspricht. Die Versorgung einer größeren Versichertengruppe führt zwangsläufig zu einer Steigerung der Gesamtkosten. Im gleichen Zeitraum nahm die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen überproportional zu; die Zahl der vertragsärztlichen Konsultationen stieg um 10,4 Millionen. Besonders auffällig sind die steigenden Frequenzen in nahezu allen Bereichen der ärztlichen Versorgung.

Die überproportionale Zunahme der Inanspruchnahme hat verschiedene Ursachen:

Demographische Veränderung/Alterung der Versichertenpopulation: Die Zunahme der anspruchsberechtigten Personen im Zeitraum 2014 bis 2024 betrifft zu 40 Prozent die Altersgruppe ab 65 Jahren (ca. 230.000 Personen). Diese Altersgruppe verzeichnet eine deutlich höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als jüngere Gruppen, da diese stärker von chronischen Krankheiten und Multimorbidität betroffen ist.

Häufigere Inanspruchnahme von Leistungen pro anspruchsberechtigter Person: Die häufigere Inanspruchnahme zeigt sich auch bei der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen, insbesondere im Fach Allgemeinmedizin. Allgemein ist erkennbar, dass Änderungen bei den angebotenen Gesundheitsleistungen zu einer vermehrten Inanspruchnahme führen.

Die hohe Inflationsrate der letzten Jahre war in der Honorargestaltung zu berücksichtigen. Obwohl die ÖGK bemüht war, ihren Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern die Teuerung bestmöglich auszugleichen, wurde die Inflation aus Gründen der kaufmännischen

Vorsicht mittels der Honorarvereinbarungen nicht vollständig abgegolten. Wie oben beschrieben, sind auch die erbrachten Leistungen deutlich gestiegen; es wurden also mehr Patientinnen und Patienten behandelt bzw. mehr Untersuchungen durchgeführt. Dadurch ist das Gesamteinkommen vieler Ärztinnen und Ärzte ohnehin gestiegen.

Hinsichtlich der Frage nach etwaigen strukturellen Veränderungen berichtet die ÖGK Folgendes: Eine wesentliche strukturelle Änderung ist die Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung. Die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich hin zur niedergelassenen Versorgung entlastet den Spitalsbereich und trägt zur Umsetzung der Gesundheitsreform bei („digital vor ambulant vor stationär“). Stagnierende Frequenzen in Spitalsambulanzen sowie Auslagerungen von Leistungen in den extramuralen Bereich (z.B. CT/MRT, präoperative Leistungen) sind Gründe, die zu einer Steigerung der Konsultationen und der damit einhergehenden Kosten geführt haben.

Die Zahl der stationären Aufnahmen konnte in den letzten fünf Jahren um knapp 17 Prozent reduziert werden. Die Versorgung erfolgt vielfach im niedergelassenen Bereich; die Kosten dafür können derzeit noch nicht endgültig beziffert werden. Es gibt Bestrebungen, diese Verlagerungen transparent zu machen, wofür allerdings das Einvernehmen mit den jeweiligen Ärztekammern notwendig ist.

### **Frage 3:**

- *Auf welcher rechtlichen Grundlage soll der vorgeschlagene Solidarbeitrag der Ärzte basieren?*
  - a. *Wie wird sichergestellt, dass dieser Beitrag gerecht und nachvollziehbar erhoben wird?*
  - b. *Wie hoch soll der Solidarbeitrag konkret ausfallen?*
  - c. *Für welchen Zeitraum ist dieser Beitrag geplant?*

Der Stellungnahme der ÖGK ist zu dieser Frage Folgendes zu entnehmen: Bedingt durch den demographischen Wandel, die schlechte wirtschaftliche Gesamtlage, die sich zwangsläufig auch auf die Höhe der Beitragseinnahmen auswirkt, und die steigende Arbeitslosigkeit gestaltet sich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der ÖGK anders als von den Expertinnen und Experten prognostiziert. Die ÖGK leitet umgehend Konsolidierungsmaßnahmen mit dem Ziel ein, die eigene Finanzlage schnellstmöglich zu sanieren und gleichzeitig weiterhin die bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Diese Kraftanstrengung braucht auch die Mithilfe ihrer Partnerinnen und Partner. Zusammenfassend bedeutet das, dass die jährliche Steigerung der Gesamt-Honorarsumme zuhanden ihrer

Vertragspartnerinnen und Vertragspartner die Entwicklung der Beitragseinnahmen nicht übersteigen darf und bei den Verhandlungen zu berücksichtigen ist.

**Frage 4:**

- *Wie wird sichergestellt, dass trotz Einsparungen keine Leistungen für Patienten gestrichen oder verschlechtert werden, insbesondere im Hinblick auf die Qualität und Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung?*

Die ausreichende Versorgung der Patient:innen in Österreich wird durch gesetzliche Grundlagen sichergestellt (z.B. ASVG und KAKuG). Betreffend die Qualität der erbrachten Leistungen schreibt u.a. das Gesundheitsqualitätsgesetz zahlreiche Maßnahmen vor, z.B. A-IQI für die Qualitätssicherung in Krankenanstalten.

Die ÖGK bekennt sich klar zu ihrem Auftrag, die bestmögliche Gesundheitsversorgung für ihre Versicherten sicherzustellen. Einschränkungen in der Diagnostik wird es ausschließlich dort geben, wo Untersuchungsergebnisse keine therapeutische Konsequenz haben und es aus Patientinnen- und Patientensicht keine Auswirkung auf die Behandlung gibt. Zentrales Ziel der ÖGK ist es, allen Patient:innen jene medizinischen Leistungen bereitzustellen, die erforderlich sind, um ein konkretes Behandlungsziel zu erreichen, damit sie ein möglichst langes und gesundes Leben führen können. Dabei ist es entscheidend, dass Therapien entsprechend dem Grundsatz einer ökonomischen Krankenbehandlung erbracht werden.

**Frage 5:**

- *Welche Maßnahmen werden ergriffen, um eine bessere Patientensteuerung zu erreichen und medizinisch nicht indizierte Leistungen zu reduzieren, ohne dabei die Patientenversorgung zu beeinträchtigen?*
  - a. Gibt es Vorschläge, um bestehende Probleme zu beheben?*
  - b. Wenn ja, welche konkreten Vorschläge liegen vor?*
  - c. Ab wann sollen diese umgesetzt werden?*

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024-2028 für die Zielsteuerung-Gesundheit legt fest, dass die Patient:innenströme und -wege „digital vor ambulant vor stationär“ optimiert werden sollen, um einen effizienten und effektiven Einsatz der limitierten Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems zu gewährleisten. Die Umsetzungsschritte für die darin festgelegten Maßnahmen werden derzeit im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit mit den Ländern und der Sozialversicherung abgestimmt.

Folgende Maßnahmen sollen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024-2028 zu operativem Ziel 4 umgesetzt werden:

Bis Mitte 2025:

Inhaltliche Ausgestaltung der fachlichen Anforderungen von telefonischer, webbasierter und telemedizinischer Beratung/Anleitung, sowie die Verankerung der Gesundheitsberatung 1450 als ELGA Gesundheitsdiensteanbieter mit einer ELGA-Rolle.

Bis Ende 2026:

- Auf- und Ausbau von Angeboten zur Anleitung und Begleitung der Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem hin zum „Best Point of Service“
- Umsetzung einer einheitlichen und lückenlosen elektronischen Dokumentation
- Aufbau eines Informationsmanagements über alle betroffenen GDA hinweg
- Konzeptionierung und Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen für ein Termin-Managementsystem
- System zur Erfassung von Öffnungszeiten und des Leistungsangebots für alle im Rahmen der Sachleistungsversorgung tätigen Gesundheitsdienstleister:innen

Bis Ende 2027:

- Umsetzung des Termin-Managementsystems sowie des Systems zur Erfassung von Öffnungszeiten und des Leistungsangebots auf Landesebene

Laufende Maßnahmen:

- Ausbau der zentralen Rolle der Primärversorgung, durch Stärkung der Lotsenfunktion und der Koordinierung im Gesundheitssystem
- Umsetzung der Maßnahmen auf Landesebene

Ferner sollen Patientinnen- und Patientensteuerungen auch durch Digitalisierungsmaßnahmen unterstützt werden. Im Bereich des Transportwesens ist etwa die Umsetzung einer bundesweiten elektronischen Transportanweisung in Planung. Pilotprojekte stehen in den Bundesländern Steiermark und Niederösterreich kurz vor der Umsetzung.

Darüber hinaus soll die telefonische Gesundheitsberatung unter der Rufnummer 1450 eine zentrale Rolle bei der verbesserten Patientinnen- und Patientensteuerung übernehmen. In diesem Zusammenhang sind Pilotprojekte in ausgewählten Bundesländern geplant, um den gezielten Einsatz dieser Anlaufstelle zu erproben und weiterzuentwickeln. Im Bundeszielsteuerungsvertrag sowie in den neun Landeszielsteuerungsverträgen sind dazu

bereits klare Zielvorgaben definiert, die eine effektive und bedarfsgerechte Steuerung der Patient:innen unterstützen sollen.

**Frage 6:**

- *Welche Pläne gibt es, um die Finanzierung des Gesundheitssystems langfristig zu sichern?*
  - a. Gibt es dazu konkrete Maßnahmen?*
  - b. Wenn ja, welche Maßnahmen sind das?*
  - c. Bis wann sollen diese umgesetzt werden?*

Aktuell ist die budgetäre Situation auf allen Ebenen angespannt. Deshalb ist es wichtig, gemeinsam strategische und kluge Entscheidungen zu treffen, um die nachhaltige Finanzierung des öffentlichen und solidarisch finanzierten Gesundheitssystems sicherzustellen.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit hat der Bund mit Ländern und SV bereits eine Reihe von Zielen und Maßnahmen vereinbart, um eine qualitätsvolle Versorgung der Bevölkerung nachhaltig sicherzustellen. Für wesentliche, zielgerichtete Investitionen und langfristige Strukturreformen stehen in der aktuellen FAG-Periode bis 2028 zusätzliche Mittel des Bundes zur Verfügung. So stellt der Bund bis zum Jahr 2028 jährlich zusätzlich über 2 Milliarden Euro für Gesundheit und Pflege zur Verfügung. Zusammen mit den Mitteln von Ländern und Sozialversicherung stehen insgesamt 14 Milliarden Euro für Gesundheit und Pflege bereit.

Hinsichtlich konkreter Maßnahmen sowie deren Zeitplan darf auf den Zielsteuerungsvertrag 2024-2028 und insbesondere auf das Strategische Ziel 4 verwiesen werden. Mit der aktuellen Gesundheitsreform wird auch der niedergelassene Bereich gestärkt sowie ambulante Versorgungsangebote ausgebaut, damit das Gesundheitssystem langfristig effizienter gestaltet wird. Auch die Digitalisierung wird vorangetrieben. Zudem wird vermehrt in Gesundheitsförderung und Prävention sowie Impfen investiert – das sind zentrale Maßnahmen, um die Krankenversorgung langfristig zu entlasten. Die konkreten Maßnahmen sind im Zielsteuerungsvertrag 2024-2028 verankert.

Die Maßnahmen werden laufend bis 2028 umgesetzt.

Zu dieser Frage verweist die ÖGK auf die Beantwortung der Frage 3.

**Frage 7:**

- *Wie werden bei den geforderten Reformen die Interessen und Bedürfnisse von Patienten und von medizinischen Fachkräften berücksichtigt?*

Die bestehenden Versorgungsstrukturen im niedergelassenen Bereich ermöglichen eine auf die individuellen Krankheitsbilder abgestimmte Betreuung, die unter anderem durch Vertragsärztinnen bzw. -ärzte verschiedener Fachrichtungen sowie durch ambulante Angebote in Krankenanstalten gewährleistet ist. Ziel aller im Bereich der Sozialversicherung zur Sicherstellung der Finanzierung zu setzenden Maßnahmen ist, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Dem BMASGPK sind die Bedürfnisse der Patient:innen und des Gesundheitspersonals ein essenzielles Anliegen und werden daher im Zuge von Reformen im Gesundheitsbereich adressiert. Im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit laufen derzeit intensive Arbeiten, die sich mit einer langfristigen Sicherstellung von ausreichend Personalkapazitäten durch Attraktivierung von Gesundheitsberufen beschäftigen. Als eine der Maßnahmen ist eine bundesweite Befragung des Gesundheitspersonals geplant, wodurch beispielsweise Verbesserungspotenziale bezüglich der Bedürfnisse von Gesundheitspersonal aufgezeigt und in weiterer Folge zielgerichtet von allen drei Zielsteuerungspartnern in deren jeweiligen Zuständigkeit adressiert werden sollen.

#### **Frage 8:**

- *Wie wird bei der Telemedizin sichergestellt, dass es nicht zu Fehldiagnosen oder unvollständigen Behandlungen kommt, vor allem bei unklaren oder komplexen Beschwerden?*

Hier darf auf die Erläuterungen 2310 der Beilagen XXVII. GP zu § 49 Abs. 2 Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 idF BGBl. I 2023/191, verwiesen werden, mit dem die Möglichkeit der Anwendung von Telemedizin Eingang in das ÄrzteG 1998 gefunden hat. Die Erläuterungen lauten auszugweise:

„Damit Ärztinnen und Ärzte dem Sorgfaltsmaßstab der Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Erkenntnisse der Wissenschaft gerecht werden können, müssen sie auch bei Verwendung der Telemedizin eine hinreichende Entscheidungsgrundlage für ihre Tätigkeit zur Verfügung haben und die Gefahren ihrer Tätigkeit beherrschen können. Kommen der Ärztin/dem Arzt Zweifel über die Grundlagen ihrer/seiner medizinischen Entscheidung, hat sie/er die Patientin/den Patienten zu

besuchen, sie/ihn in die Ordination zu bestellen oder sie/ihn an die nächste gelegene Ärztin/den nächst gelegenen Arzt oder eine Krankenanstalt zu verweisen.

Als Maßstab ist die Reaktionsmöglichkeit im herkömmlichen Setting heranzuziehen. Die Verpflichtung zur Gefahrenbeherrschung umfasst auch

- die Verpflichtung, die Patientin/den Patienten umfassend über die Möglichkeiten, Ziele und Grenzen der telemedizinischen Anwendungen aufzuklären und etwaige unrealistische Erwartungshaltungen aufzuzeigen und zu relativieren,
- die Verpflichtung, die Gefahren gegenüber der Patientin/dem Patienten zu benennen,
- die Verpflichtung, die erfolgte Aufklärung und die wesentlichen Inhalte der Gefahreneinschätzung zu dokumentieren und
- die Verpflichtung, eine telemedizinische Intervention gegebenenfalls auch vorzeitig zu beenden und gleichzeitig eine Face-to-Face-Behandlung zu empfehlen.“

Nicht alle medizinischen Leistungen und nicht alle Betroffenen sind einer telemedizinischen Versorgung zugänglich. Dies sind insbesondere Fälle, in denen problemadäquate Erfahrungen vor Ort zur Versorgung notwendig sind oder die mit der Versorgung verbundenen Risiken nicht ausreichend beherrschbar sind. Auch Betroffene können aufgrund ihrer physischen oder psychischen Gegebenheiten (z.B. Demenz) von einer telemedizinischen Betreuung ausgeschlossen sein.

Darüber hinaus muss eine gewissenhafte Ärztin/ein gewissenhafter Arzt im Einzelfall prüfen, ob die gelieferten Daten ausreichen oder ob weitere Angaben der Patientin/des Patienten benötigt werden.

Um Fehldiagnosen und unvollständige Behandlungen, insbesondere bei unklaren oder komplexen Beschwerden zu vermeiden, gibt es in der Telemedizin mehrere Sicherungsmechanismen. Nachfolgenden werden die wichtigsten Maßnahmen genannt:

### **1. Klare Indikationsgrenzen**

Telemedizinische Anbieter definieren genau, welche Beschwerden geeignet sind für eine Fernbehandlung und welche zwingend eine physische Untersuchung erfordern. Bei unklaren oder schwerwiegenden Symptomen erfolgt in der Regel eine sofortige Weiterleitung an eine Präsenzpraxis oder Notfallversorgung.



## **2. Standardisierte Abläufe und Checklisten**

Viele Telemedizin-Plattformen nutzen strukturierte Anamnesebögen und standardisierte Protokolle, die dem Arzt/ der Ärztin helfen, keine wichtigen Fragen zu übersehen. Diese Tools stützen sich in der Regel auf evidenzbasierte Leitlinien.

## **3. Technologiegestützte Diagnostik**

Je nach System kommen digitale Hilfsmittel wie Apps, Wearables, vernetzte Medizingeräte (z. B. für Blutdruck, EKG, Blutzucker) oder Bildübertragungen zum Einsatz, die zusätzliche objektive Daten liefern.

## **4. Qualifikation und Fortbildung der Ärzte**

Telemedizinische Ärzte sind in der Regel speziell geschult im Umgang mit digitalen Patient:innenbegegnungen. Regelmäßige Fortbildungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen sind verpflichtend.

## **5. Dokumentation und Zweitmeinung**

Alle Konsultationen werden sorgfältig dokumentiert. Bei Unsicherheiten kann ein zweiter Arzt/ eine zweite Ärztin eingeschaltet werden oder die Patient:innen werden zur persönlichen Untersuchung weitergeleitet.

## **6. Hybridmodelle**

Viele Telemedizin-Anbieter arbeiten mit lokalen Praxen oder Kliniken zusammen (z. B. in "hybriden Versorgungsmodellen"), sodass bei Bedarf schnell in die Präsenzversorgung gewechselt werden kann.

## **7. Patientenaufklärung**

Patient:innen werden deutlich darüber informiert, welche Grenzen die Fernbehandlung hat, und erhalten Hinweise, wann sie unbedingt persönlich einen Arzt aufsuchen sollten.

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen auf Kassenkosten ist zulässig, wenn die Behandlung lege artis erfolgt sowie ärztlich vertretbar, berufsrechtlich zulässig, zweckmäßig und genauso erfolgsversprechend wie eine persönliche Leistungserbringung ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt eingehalten wird. Diese Voraussetzungen sind nicht nur

berufsrechtlich verpflichtend, sondern auch ausdrücklich in den Verträgen der ÖGK mit Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern verankert.

**Frage 9:**

- *Welche Leistungen der Sozialversicherungsträger haben Asylwerber in Österreich in den Jahren seit 2015 in Anspruch genommen?*
  - a. *Was haben diese Leistungen insgesamt gekostet?*
  - b. *Was haben diese Leistungen pro Asylwerber im Durchschnitt gekostet?*
  - c. *Gibt es Auffälligkeiten im Vergleich zu durchschnittlichen Versicherten?*

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung stehen jeder versicherten Person und deren anspruchsberechtigten Angehörigen gleichermaßen zu. Asylwerbende werden im System der Krankenversicherung daher nicht gesondert als eigene Gruppe gekennzeichnet.

**Frage 10:**

- *Ist eine voll umfängliche medizinische Leistung für Asylwerber notwendig und wie ist diese gegenüber den österreichischen Beitragszahlern zu rechtfertigen?*

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung stehen jeder versicherten Person und deren anspruchsberechtigten Angehörigen gleichermaßen zu. Nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen hat die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig zu sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Insofern hat sich auch die Krankenbehandlung für Asylwerber:innen innerhalb dieser Grenzen zu bewegen. Die Versorgung von Asylwerber:innen im Krankheitsfall liegt auch im Interesse der in Österreich lebenden Bevölkerung, nicht zuletzt deshalb, weil damit eine allfällige Verbreitung von Krankheiten hintangehalten wird.

**Frage 11:**

- *Wie hoch ist der Anteil der Ausgaben im österreichischen Gesundheitssystem, der für die Versorgung von Asylwerbern aufgewendet wird?*

Seitens der ÖGK wird auf die Beantwortung zur Frage 9 verwiesen.

**Frage 12:**

- *Wie wird sichergestellt, dass die in den letzten Jahren gesteigerte medizinische Versorgung von Personen (wie etwa Asylwerber), die nie in das System einzahlen, zulasten der Beitragszahler erfolgt (etwa durch Leistungskürzungen)?*

Seitens der ÖGK wird auf die Beantwortung zur Frage 9 verwiesen.

**Frage 13:**

- *Welche Maßnahmen gibt es, um den Missbrauch von medizinischen Leistungen durch Personen ohne Aufenthaltsrecht oder mit Mehrfachidentitäten zu verhindern?  
a. Wie wirksam sind die derzeitigen Kontrollmechanismen bei der Anspruchsprüfung und Identitätsfeststellung?*

Es gibt grundsätzlich eine Verpflichtung für Ärzt:innen, bei Patient:innen ab 14 Jahren die Identität zu überprüfen, außer der Ärztin bzw. dem Arzt ist die Patientin bzw. der Patient bereits bekannt. Auch bei unter 14-Jährigen ist eine Identitätskontrolle im Zweifelsfall vorzunehmen. Die ÖGK weist ihre Vertragspartner:innen regelmäßig auf diese Verpflichtung zur Überprüfung der Identität der Patient:innen hin.

**Frage 14:**

- *Wie hoch sind die Mehrkosten für Dolmetscherleistungen, längere Behandlungszeiten und kulturell bedingte Missverständnisse in der Diagnostik und Therapie?*

Wie die ÖGK mitteilt, besteht für die Honorierung derartiger Leistungen keine rechtliche Grundlage.

**Frage 15:**

- *Wie lässt sich das Solidaritätsprinzip der österreichischen Sozialversicherung rechtfertigen, wenn Personen, die noch nie in das System eingezahlt haben, vollumfängliche Leistungen beziehen - während jene, die jahrzehntelang Beiträge geleistet haben, zunehmend mit Einschränkungen und Wartezeiten konfrontiert sind.*

Es wird auf die Beantwortung zur Frage 10 verwiesen.

Mit freundlichen Grüßen

Korinna Schumann

