

ANFRAGE

des Abgeordneten Mag. Gerhard Kaniak
an die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
betreffend **Finanzierungsnöte: ÖGK-Obmann McDonald will Solidarbeitrag der Ärzte**

Am 31. März 2025 veröffentlichte die österreichische Tageszeitung „Kurier“ nachstehenden Artikel:

„Finanzierungsnöte: ÖGK-Obmann McDonald will Solidararbeitrag der Ärzte“

Einnahmeverluste, demographische Entwicklungen und steigende Ausgaben für ambulante Leistungen, sowie die derzeitige Rezession führen dieses Jahr zu finanziellen Engpässen in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK).

Um das Gesundheitssystem weiterhin am Laufen zu halten, fordert der ÖGK-Obmann Peter McDonald einen Solidarbeitrag der Ärzte. Es sollen Einsparungen in der Verwaltung vorgenommen, zudem aber auch „medizinisch nicht indizierte Leistungen“ wie zum Beispiel Doppeluntersuchungen oder zusätzliche Krankentransporte eingespart werden. Die Bundesländer sollen zudem einen stärkeren Beitrag im Sinne von „Zuzahlungen“ leisten.

2025 und 2026 seien Jahre, „wo alle einen Beitrag leisten werden müssen“, so McDonald. Konjunkturbedingt geringere Beitragseinnahmen bei gleichzeitig steigenden Ausgaben bringen die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) immer stärker in Finanzierungsnöte. Obmann Peter McDonald will nun gegensteuern, durch Verwaltungseinsparungen, aber auch bei den Ausgaben für die Vertragspartner. Von den Ärzten erhofft er sich für heuer und kommendes Jahr einen Solidarbeitrag, wie er im APA-Interview erklärte. Auch die Länder sollen zuzahlen.

„Für uns ist die Frage in der Österreichischen Gesundheitskasse, wie wir die Spitzenmedizin auf E-Card für jeden in Österreich lebenden Menschen auf die nächsten Jahrzehnte absichern“, sagte er: „Und wir haben natürlich eine finanzielle Schieflage, die wir nicht ignorieren können und auch nicht ignorieren wollen.“¹

In diesem Zusammenhang richtet der unterfertigte Abgeordnete an die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nachstehende

Anfrage

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?
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?

¹ <https://kurier.at/politik/inland/oegk-obmann-mcdonald-solidararbeitrag-aerzte-schulden/403027884>

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?
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?
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?
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?
7. Wie werden bei den geforderten Reformen die Interessen und Bedürfnisse von Patienten und von medizinischen Fachkräften berücksichtigt?
8. Wie wird bei der Telemedizin sichergestellt, dass es nicht zu Fehldiagnosen oder unvollständigen Behandlungen kommt, vor allem bei unklaren oder komplexen Beschwerden?
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?
10. Ist eine vollumfängliche medizinische Leistung für Asylwerber notwendig und wie ist diese gegenüber den österreichischen Beitragszahlern zu rechtfertigen?
11. Wie hoch ist der Anteil der Ausgaben im österreichischen Gesundheitssystem, der für die Versorgung von Asylwerbern aufgewendet wird?
12. Wie wird sichergestellt, dass die in den letzten Jahren gestiegerte medizinische Versorgung von Personen (wie etwa Asylwerber), die nie in das System einzahlen, zulasten der Beitragszahler erfolgt (etwa durch Leistungskürzungen)?
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?
14. Wie hoch sind die Mehrkosten für Dolmetscherleistungen, längere Behandlungszeiten und kulturell bedingte Missverständnisse in der Diagnostik und Therapie?
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?

