

**15507/AB**  
**vom 27.10.2023 zu 16053/J (XXVII. GP)**  
**Bundesministerium** [sozialministerium.at](http://sozialministerium.at)  
 Soziales, Gesundheit, Pflege  
 und Konsumentenschutz

Johannes Rauch  
 Bundesminister

Herrn  
 Mag. Wolfgang Sobotka  
 Präsident des Nationalrates  
 Parlament  
 1017 Wien

---

Geschäftszahl: 2023-0.635.188

Wien, 24.10.2023

Sehr geehrter Herr Präsident!

---

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 16053/J des Abgeordneten Kaniak und weiterer Abgeordneter betreffend 100.000 Euro Starterbonus für neue Kassenärzte** wie folgt:

**Frage 1:** *Warum wurde der Sommerministerrat diesmal in Wien im Bundeskanzleramt abgehalten und welche Kosten wurden dadurch im Gegensatz zu einer anderen geplanten „Location“ eingespart?*

Die Ausrichtung des Ministerrats obliegt der Zuständigkeit des Bundeskanzleramts.

---

**Fragen 2 bis 4:**

- *Woran soll der Bürger die Inszenierung des Sommerministerrats als „großen Wurf erkennen“?*
- *Warum wurden die im Artikel angesprochenen Punkte des Sommerministerrats nicht vorab schon in Zuge einer Umsetzung der Gesundheitsreform kundgetan?*
- *Welche Punkte sind jetzt explizit neu?*

Im Ministerratsvortrag werden die wesentlichen in den derzeit laufenden Finanzausgleichsverhandlungen besprochenen Schwerpunkte für eine nachhaltige Gesundheitsreform angesprochen und erste Maßnahmen zur Umsetzung initiiert. Diese Schwerpunktsetzung ist die Konsequenz aus den aktuellen Herausforderungen, vor denen das österreichische Gesundheitssystem steht, sowie den Erfahrungen aus der Pandemie.

**Fragen 5 und 6:**

- *Sie wollen hundert neue Kassenarztstellen bis Jahresende. Wie sollen diese besetzt werden?*
- *Handelt es sich hierbei um bereits ausgebildete Ärzte, die schon der Annahme einer Kassenarztstelle zugestimmt haben?*
  - a. *Wenn ja, unter welchen Voraussetzungen?*
  - b. *Wenn nein, gibt es überhaupt schon entsprechende Ärzte, mit denen diese hundert Stellen besetzt werden können?*
    - i. *Wenn nein, warum kündigen Sie das dann an?*

Ich werde nach Anhörung des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger durch Verordnung die Verteilung der Vertragsstellen aus den Fachgebieten

1. Allgemeinmedizin
2. Kinder- und Jugendheilkunde
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe
4. Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin für Erwachsene
5. Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin
6. Augenheilkunde und Optometrie
7. Haut- und Geschlechtskrankheiten
8. Innere Medizin

auf die Bundesländer entsprechend dem Bevölkerungsschlüssel festzulegen haben. Die Ausschreibung der Vertragsstellen wird durch die Träger der Krankenversicherung, die Auswahl der Vertragspartner:innen ebenfalls durch diese, letztere aber im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer unter Anwendung der Reihungskriterien nach § 343 Abs. 1a ASVG erfolgen. Abweichend davon sollen für die Ausschreibung von

Primärversorgungseinheiten die einschlägigen Bestimmungen des Primärversorgungsgesetzes anzuwenden sein.

Selbstverständlich werden hierfür nur Ärzt:innen mit vollständig absolvierte Ausbildung und ius practicandi herangezogen. Da es sich um die Besetzung zusätzlicher Vertragsstellen handelt, werden es nicht solche Ärzt:innen sein, die bereits der Übernahme einer „regulären“ Kassenplanstelle zugestimmt haben und diese Zustimmung nicht widerrufen. Ob diesbezügliche Interessent:innen vorhanden sind, wird das Ausschreibungsergebnis zeigen. Der Umstand, dass mit der Ausschreibung auch ein Startbonus ausgelobt wird, stimmt mich hinsichtlich der Chancen der Stellenbesetzung zuversichtlich.

**Frage 7:** *Welche genauen Kosten entstehen durch die Neuschaffung dieser hundert Stellen?*

Aus Sicht der finanziellen Beteiligung des Bundes ist festzuhalten, dass dieser hierfür grundsätzlich einen Beitrag in Höhe von 50 Millionen Euro jährlich leisten wird. Daraus ergibt sich, dass pro Vollzeit-Vertragsstelle maximal eine Summe von 500.000 Euro zur Abdeckung der damit verbundenen Aufwendungen (insbesondere Bezahlung der Honorare für die tatsächlich erbrachten Leistungen) zur Verfügung stehen wird. Für den Fall einer Unterdeckung einer besetzten Vertragsstelle soll ein Ausgleich aus einem Überschuss bei einer anderen besetzten Vertragsstelle zulässig sein.

Über die tatsächlich entstehenden Kosten kann allerdings keine Aussage getroffen werden, weil diese von der Inanspruchnahme der Ärzt:innen durch Patient:innen und von Anzahl und Art der erbrachten Leistungen abhängen.

**Frage 8:** *Wie schlüsselt sich nach welchen Kriterien die Verteilung des „Startbonus“ von bis 100.000 Euro konkret auf?*

Es ist in Aussicht genommen, dass der Bund im Jahr 2024 einen einmaligen Betrag in Höhe von 10 Millionen Euro zur Finanzierung des Startbonus leistet. Werden die Mittel im Jahr 2024 durch die Krankenversicherungsträger nicht zur Gänze verbraucht, sind die verbleibenden Mittel dem Bund zurückzuerstatten.

Die Gewährung des Startbonus durch die Krankenversicherungsträger soll nach einheitlichen Vorgaben des Dachverbandes in Höhe von jeweils höchstens 100.000 Euro an jene Ärzt:innen bzw. Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten gewährt werden, mit denen ein Einzel- oder Primärversorgungsvertrag zur Besetzung entweder einer der 100 neu zu schaffenden Vertragsstellen oder einer im Stellenplan vorgesehenen Planstelle, die bis

zum Abschluss des Einzel-/Primärversorgungsvertrages bereits zweimal erfolglos ausgeschrieben wurde, abgeschlossen wird, sofern es sich um eine Stelle der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe handelt.

Es wird den Krankenversicherungsträgern überlassen bleiben, die Höhe des Startbonus im Einzelfall – selbstverständlich nach den erwähnten einheitlichen Vorgaben des Dachverbandes – festzusetzen.

**Frage 9:** Wie sieht die Verteilung der Fachärzte (wie etwa Hausärzte, Kinderärzte, Gynäkologen etc.) dieser hundert Stellen aus?

Die Vertragsstellen sollen den in Beantwortung der Fragen 5 und 6 genannten Fachbereichen angehören.

Am Konzept einer konkreten Aufteilung der Vertragsstellen wird derzeit gearbeitet. Schon jetzt kann gesagt werden, dass dabei der Etablierung weiterer Primärversorgungseinheiten (insbesondere auch Kinder-Primärversorgungseinheiten) ein prominenter Platz eingeräumt werden soll.

**Frage 10:** Sieht Ihre Strategie auch eine Unterstützung oder Verbesserung der Situation von Kassenärzten vor, die bereits jetzt das Gesundheitssystem aufrechterhalten?

Dazu wird auf die Beantwortungen der zum Thema Ärztemangel in unterschiedlichen Variationen sowohl von Abgeordneten des Nationalrates als auch des Bundesrates gestellten parlamentarischen Anfragen (allein im Jahre 2022 etwa Nr. 9530/J, 19675/J, 10857/J, 3989/J-BR/2022, 3991/J-BR/2022 und 3995/J-BR/2022 – ohne Anspruch auf Vollständigkeit) verwiesen. Darin wurden im Wesentlichen einerseits die legitimen Maßnahmen zur Attraktivierung des ärztlichen Berufes (etwa die Möglichkeiten der Einrichtung von Primärversorgungseinheiten oder der Anstellung von Ärzt:innen bei Ärzt:innen) angeführt. Des Weiteren wurden die Grundzüge des Vertragspartnerrechtes unter Berücksichtigung des Systems der Selbstverwaltung dargestellt, in dessen Rahmen die Abgeltung der ärztlichen Leistungen zu regeln ist. Und schließlich wurde die Vielzahl der von den Krankenversicherungsträgern getroffenen Maßnahme aufgelistet, mit denen Ärzt:innen ein Anreiz zur Annahme einer österreichischen Kassenplanstelle geboten werden soll.

Die getroffenen finanziellen Maßnahmen haben nicht zuletzt dazu geführt, dass – auch der Umstand wurde bereits mehrfach hervorgehoben – das Medianeinkommen der

Kassenvertragsärzt:innen schon derzeit (je nach Facharztsparte mehr oder weniger deutlich) über jenem anderer Berufsgruppen – auch im Vergleich der akademischen Berufe – liegt. Etablierte Kassenärzt:innen sind daher nicht die Zielgruppe der aktuell in Aussicht genommenen Maßnahmen. Vielmehr soll die medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung in jenen Regionen und Facharztsparten verbessert werden, in denen – trotz der gesetzten Anreize – weiterhin Defizite festgestellt werden müssen.

**Frage 11:** *Welche Strategie haben Sie im Zuge des Sommerministerrates betreffend das überlastete Pflegepersonal ausgearbeitet?*

- a. *Wann wird dieser Missstand beseitigt sein und mit welchen Kosten rechnen Sie?*
- b. *Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?*

Das Gesundheits- und Pflegepersonal bildet das Rückgrat des österreichischen Gesundheits- und Pflegevorsorgesystems.

Vor diesem Hintergrund werden laufend Maßnahmen sowohl zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Personals als auch Maßnahmen zur Rekrutierung zusätzlicher Fachkräfte gesetzt.

Die Maßnahmen der Pflegereformpakete I und II zielen darauf ab, zu einer Verbesserung der Situation beizutragen. So umfasst der im Mai 2022 beschlossene erste Teil der Pflegereform insgesamt 20 Maßnahmen und bringt Verbesserungen für den Pflegeberuf, die Pflegeausbildung sowie für Betroffene und deren pflegende Angehörige. Der im Frühling 2023 verlautbarte zweite Teil der Pflegereform umfasst weitere 18 Maßnahmen, die die Rahmenbedingungen für jene, die Pflege leisten, verbessern sollen.

Zu erwähnen ist, dass die Maßnahmen des Pflegereformpakets I bereits zur Gänze sowie die Maßnahmen des Pflegereformpaketes II bereits zu einem Großteil umgesetzt wurden.

Auszugsweise darf an dieser Stelle auf bereits in Kraft getretene Maßnahmen, die von besonderer Relevanz für die Attraktivierung des Pflegeberufs sind, hingewiesen werden:

#### Pflegereformpaket I

- Pflegeausbildungs-Zweckzuschuss (PAusbZG) iHv 600,00 Euro/Person/Monat (der Bund stellt den Ländern zu diesem Zweck insgesamt 264 Millionen Euro für 3 Jahre zur Verfügung).

- Entgelterhöhungs-Zweckzuschuss (EEZG) und die damit verbundenen Lohnerhöhungen (für 2022 können 2.000 Euro pro Vollzeitäquivalent, für 2023 bis zu 2.460 Euro pro Vollzeitäquivalent inklusive Dienstgeberbeiträgen mit dem Bund abgerechnet werden - insgesamt stellt der Bund den Ländern bis Ende 2023 bis zu 570 Mio. Euro zur Verfügung).
- Entlastungswoche Pflege für PA, PFA und DGKP ab dem 43. Lebensjahr.
- Zwei Stunden Zeitguthaben pro Nachtdienst für Beschäftigte der stationären Langzeitpflege.
- Pflegestipendium für Personen, die erst später in den Pflegeberuf einsteigen oder wiedereinsteigen wollen.
- Kompetenzerweiterungen für Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz (Ziel: Versorgungssicherheit und Entlastung von DGKP sicherstellen).
- Lehre für Assistenzberufe in der Pflege (vorerst als Modellversuch).
- Überführung der Schulversuche zur PA/PFA ins Regelschulwesen.
- Erleichterungen für ausländische Pflegekräfte (deutlich mehr Punkte für eine abgeschlossene Berufsausbildung für die RWR-Card; für 40- bis 50-Jährige werden Punkte in der Kategorie Alter ermöglicht).
- Nostrifikationserleichterungen für ausländische PFA- und DGKP-Vereinfachung, Beschleunigung und Entbürokratisierung der Anerkennung sowie befristete Möglichkeit, als PFA bzw. PA tätig zu werden, bis Nostrifikation abgeschlossen ist.

## Pflegereformpaket II

- Nostrifikationserleichterungen für ausländische PA und PFA (Beurteilung von Gesamtqualifikation und Berufserfahrung, zielgerichtete Ergänzungsausbildungen bzw. Ausgleichsmaßnahmen).
- Nostrifikationserleichterungen für ausländische PA (Arbeit unter Anleitung und Aufsicht bereits während des Nostrifikationsprozesses und bis zu dessen Abschluss für zwei Jahre befristet möglich).
- Verlängerung und Erleichterung der Aufschulungen von PFA zu DGKP.
- Erleichterung der Erlangung des FH-Bachelorgrades für DGKP, die an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ausgebildet wurden.
- Attraktivierungsmaßnahmen, wie insbesondere die Erst- und Weiterverordnung von Medizinprodukten durch DGKP, sowie die Durchführung der Erstbegutachtung bei der Pflegegeldeinstufung durch DGKP.

**Fragen 12 und 13:**

- *Welche Strategie haben Sie im Zuge des Sommerministerrates betreffend die langen OP-Wartelisten ausgearbeitet?*
  - a. *Wann wird dieser Missstand beseitigt sein und mit welchen Kosten rechnen Sie?*
  - b. *Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?*
- *Welche Strategie haben Sie im Zuge des Sommerministerrates betreffend die überfüllten Notaufnahmen ausgearbeitet?*
  - a. *Wann wird dieser Missstand beseitigt sein und mit welchen Kosten rechnen Sie?*
  - b. *Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?*

Zunächst möchte ich festhalten, dass mir als Gesundheitsminister die bestmögliche Gesundheitsversorgung ein sehr großes Anliegen ist und ich mich daher im Rahmen der Verhandlungen zum Finanzausgleich mit Nachdruck dafür einsetze, die Versorgungssituation durch verbesserte Rahmenbedingungen und Strukturänderungen nachhaltig zu verbessern.

Konkrete Strategien bzw. Maßnahmen sind aufgrund der geteilten Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem für die Krankenanstalten aber von den Bundesländern bzw. den Krankenanstaltenträgern und im niedergelassenen Bereich von den Sozialversicherungsträgern auszuarbeiten.

In Bezug auf die OP-Wartelisten weise ich auf die Zuständigkeit der Länder für die Krankenanstaltenversorgung gemäß § 18 Abs. 1 KAKuG sowie auf die Zuständigkeiten der Krankenanstalten hin. Daher liegen meinem Ressort hierzu keine detaillierten Informationen vor, auch da diese Wartelisten ein sehr dynamisches Geschehen abbilden und laufend aktualisiert werden. Somit können keine konkreten Kosten angegeben werden.

Zum Thema der Entlastung der Krankenanstalten und vor allem der Spitalsambulanzen werden derzeit intensive Gespräche im Rahmen des Finanzausgleichs geführt. Das Ziel ist es, die Patient:innen jeweils am für sie optimalen und richtigen Ort im Gesundheitssystem bestmöglich versorgen zu können. Entsprechend des Grundsatzes „digital vor ambulant vor stationär“ werden Konzepte ausgearbeitet und Maßnahmen zu setzen sein, um die Patient:innen auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem zu unterstützen. Damit soll die Erreichbarkeit der Notfall-Ambulanzen für diejenigen, die diese spezifische Versorgung akut

benötigen, deutlich verbessert werden. Zudem wird dadurch auch das Gesundheitspersonal sukzessive entlastet und die Rahmenbedingungen generell wieder attraktiver.

**Frage 14:** *Welche Strategie haben Sie im Zuge des Sommerministerrates betreffend den gravierenden Mangel an Fachärzten in manchen Fächern (wie etwa Hausärzte, Kinderärzte, Gynäkologen etc.) ausgearbeitet?*

- a. *Wann wird dieser Missstand beseitigt sein und mit welchen Kosten rechnen Sie?*
- b. *Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?*

Die Strategie ergibt sich aus dem Ministerratsvortrag vom 25. Juli 2023, wobei festzuhalten ist, dass die hier beschlossenen Maßnahmen – wie im Ministerratsvortrag dargelegt – unabhängig von den Verhandlungen zum Finanzausgleich und von den dabei erzielten Ergebnissen als erster dringlicher Schritt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung anzusehen sind. Die Priorisierung bestimmter ärztlicher Fachgebiete wurde bereits in der Beantwortung der Fragen 5 und 6 angesprochen. Zu den zu erwartenden Kosten verweise ich auf die Beantwortung der Fragen 7 und 8. Ziel muss jedenfalls eine signifikante Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit Fokus auf objektiv zu identifizierende Versorgungsdefizite sein.

Weiters ist es aufgrund der Novelle zum Universitätsgesetz seit 2021 möglich, bis zu 5 % der Studienplätze im öffentlichen Interesse zu vergeben. Diese Möglichkeit wird unter anderem vom Österreichischen Bundesheer in Anspruch genommen. Um diese 5 % noch breiter für das öffentliche Interesse nützen zu können, wird aktuell vom BMBWF mit Unterstützung meines Ressorts mit allen Stakeholdern eine entsprechende Regelung erarbeitet, die insbesondere auch Mangelfächer einbeziehen soll.

In der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß § 6b ÄrzteG 1998 sind nun auch die Medizinischen Universitäten als stimmberechtigte Mitglieder vertreten. In dieser Kommission werden gemeinsam mit allen Verantwortlichen (Länder, SV, ÖÄK, Med. Universitäten, Bund) unter Einbeziehung der bereits erfolgten umfassenden Arbeiten der „Vorgänger“-Kommission unter anderem Themen wie ärztliche Mangelfächer, Ärzteausbildungsordnung etc. behandelt und weiterentwickelt. Ebenso wurde von dieser Kommission eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich der Weiterentwicklung einer einheitlichen, österreichweiten ärztlichen Bedarfsprognose und eines Monitorings widmet, um die Versorgung in allen Fachbereichen nachhaltig zu sichern.

**Frage 15:** Wie wollen Sie die Medikamentenversorgung hinkünftig sicherstellen?

- a. Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?
- b. Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?

Lieferengpässe bei Arzneimitteln sind eine komplexe Problematik, die nicht nur Österreich, sondern den gesamten EU-Raum betrifft. Die Problemlösung kann daher auch nur in Zusammenarbeit mit der EU und den EU-Mitgliedstaaten erfolgreich sein.

Um einen Medikamentenmangel wie im vergangenen Winter zu vermeiden, wurden im Rahmen des Gesundheitsreformpakets Maßnahmen zur Bevorratung kritischer Arzneimittel und Wirkstoffe präsentiert. Grundsätzlich obliegt die Pflicht zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung den Zulassungsinhabern und dem Pharma (Voll-)Großhandel. Dies ist im österreichischen Arzneimittelgesetz normiert. Die Versorgungsengpässe bei diversen Arzneimitteln im vergangenen Winter konnten dadurch jedoch nicht wirksam verhindert werden, weshalb seitens des BMSGPK aktuell geplant ist, diese gesetzliche Pflicht zu erweitern und zu konkretisieren.

Dadurch sollen die Lagerstände wichtiger Medikamente (im Inland) deutlich erhöht werden, um künftige Lieferengpässe über mehrere Monate besser abzufedern. Die dafür erforderliche Verordnung samt gesetzlicher Grundlage ebenso wie detaillierte Kostenberechnungen werden aktuell erarbeitet.

Zusätzlich sollen künftig auch kritische Wirkstoffe gelagert werden, um Spitzen beim Arzneimittelbedarf durch magistrale Zubereitung seitens der Apotheken abzufedern. Gerade in der vergangenen Wintersaison konnten so viele Patient:innen trotz Engpässen mit den benötigten Medikamenten versorgt werden. Aktuell laufen dazu intensive Gespräche mit den betroffenen Systempartnern, um diese Maßnahmen möglichst rasch umzusetzen.

**Frage 16:** Wann, wo und wie sollen welche Medikamente nun bevorratet werden?

- a. Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?
- b. Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?

Die Bevorratung soll gemäß der geplanten Verordnung primär bei den Zulassungsinhabern liegen. Diese sind bereits jetzt gemäß § 57a AMG verpflichtet die Versorgung mit Arzneimitteln in Österreich sicherzustellen. Die Einlagerung hat verpflichtend im Inland zu

erfolgen. Im Rahmen der geplanten Verordnung ist eine Übergangsfrist bis zum Wirksamwerden vorgesehen. Darüber hinaus wird auf die Beantwortung der Frage 15 verwiesen.

**Frage 17:** *Wann, wo und wie sollen mit welchen Wirkstoffen ausgestattete Lager für Apotheke angelegt werden?*

- a. *Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?*
- b. *Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?*

Zurzeit wird die Umsetzung einer verpflichtenden Bevorratung von Wirkstoffen seitens des BMSGPK geprüft. Dabei wird jedenfalls das übergeordnete Ziel verfolgt, die Lagerung so zu organisieren, dass im Falle von Lieferengpässen bei bestimmten Arzneispezialitäten Apotheken Rohstoffe über die bereits etablierten Beschaffungskanäle abrufen können.

**Ad a.:** Da die Gespräche mit den potenziell in Frage kommenden Unternehmen, die eine Zulassung zum Handel mit Rohstoffen besitzen, noch nicht abgeschlossen sind, ist eine seriöse Aussage über die damit verbundenen Kosten zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

**Ad b.:** Mein Ressort strebt an, dass die Versorgung der Bevölkerung im Falle eines Lieferengpasses bei schmerzstillenden und fiebersenkenden Arzneispezialitäten sowie Antibiotika vorübergehend durch die Bereitstellung von Rohstoffen für die magistrale Zubereitung durch Apotheken bestmöglich abgesichert ist.

**Frage 18:** *Welche konkreten Rahmenbedingungen und Anforderungen sollen hinkünftig bei Lieferengpässen Gültigkeit finden, damit Apotheken selbst Arzneien herstellen können?*

- a. *Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?*
- b. *Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?*

Apotheken sind bereits jetzt schon berechtigt Arzneimittel, primär in Form von Salben, Säften und Zäpfchen, magistral auf Basis eines ausgestellten Rezeptes, herzustellen. Durch die Wirkstoffbevorratung sollen Lieferengpässe bei Arzneispezialitäten überbrückt werden. Derzeit werden die bei der magistralen Zubereitung von Arzneimitteln durch Apotheken anfallenden Kosten von der Sozialversicherung übernommen. Diese Abrechnungsmodalität bleibt auch im Falle von Lieferengpässen bei Arzneispezialitäten aufrecht. Die Zuständigkeit

für die Übernahme der Kosten für die magistrale Zubereitung liegt damit bei den Sozialversicherungsträgern.

Ziel ist es, die Versorgung der Bevölkerung mit schmerzstillenden und fiebersenkenden Arzneimitteln sowie Antibiotika bei Lieferengpässen bestmöglich zu überbrücken.

**Frage 19:** Wie wollen Sie mehr Transparenz bei Versorgungsengpässen erreichen?

- a. Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?
- b. Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?

Auf der Website des BASG ist bereits jetzt eine laufend gewartete Liste mit gemeldeten Vertriebseinschränkungen von Arzneispezialitäten unter [Liste Vertriebseinschränkungen von Arzneispezialitäten gesamt \(basg.gv.at\)](https://www.basg.gv.at/vertriebseinschraenkungen-von-gegenstaende-und-arzneispezialitaeten) einsehbar.

**Frage 20:** Welche konkreten Maßnahmen wollen Sie zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinkünftig unternehmen?

- a. Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?
- b. Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?

Wie ebenfalls bereits aus der Beantwortung der Fragen 5 und 6 ersichtlich, liegt ein Schwerpunkt im Zusammenhang mit der in Rede stehenden Initiative im Ausbau der Psychiatrie und psychotherapeutischen Medizin nicht nur für Erwachsene, sondern insbesondere auch für Kinder. Die damit im Zusammenhang stehenden Kosten für den Bund ergeben sich aus den allgemeinen Festlegungen zur Besetzung der Vertragsstellen, wie bereits in Beantwortung der Frage 7 dargestellt.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die in Aussicht genommene Gleichstellung der Behandlungsleistungen der klinischen Psycholog:innen mit der ärztlichen Hilfe im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung mit 1. Jänner 2024 zu einer maßgeblichen Erweiterung des Behandlungsangebotes im Bereich der psychosozialen Versorgung führen wird. Der Bund leistet im Jahr 2024 dazu einen Beitrag in Höhe von € 50 Mio. und im Jahr 2025 einen Beitrag in Höhe von € 25 Mio. Auch hier kann aber über die tatsächlich entstehenden Kosten keine abschließende Aussage getroffen werden, weil diese von der Leistungsinanspruchnahme durch Patient:innen abhängen.

Weiters wurden von April 2022 bis Juni 2023 auf Basis der Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise“ € 12,2 Mio. für die psychosoziale Unterstützung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung gestellt, die durch die Corona-Pandemie besonders belastet waren. Das Projekt bot rasche, niederschwellige und für die Klient:innen kostenlose Beratungen und Behandlungen an, die über die begrenzten Kapazitäten der Regelversorgung hinausgehen. Aufgrund der hohen Nachfrage, der dadurch frühzeitigen Ausschöpfung der Mittel sowie der anhaltenden Belastungen durch multiple Krisen (COVID-19 Pandemie, Krieg in der Ukraine, Energiekrise, Inflation, Klimakrise) hat die Bundesregierung beschlossen, das Projekt im Rahmen von „Gesund aus der Krise II“ zu verlängern und mit einer Mittelaufstockung auf € 19 Mio. zu versehen. Grundlage für die Förderung ist die Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise II“. Aufgrund des großen Erfolgs des Projekts habe ich zudem in einem Pressefoyer nach dem Ministerrat am 25.07.2023 angekündigt, dass „Gesund aus der Krise“ auch im Jahr 2024 mit weiteren 10.000 Plätzen verlängert wird („Gesund aus der Krise III“). Dieses Vorhaben wurde durch einen entsprechenden Ministerratsvortrag vom 25. Juli 2023 bestätigt. Die Vorarbeiten hierzu sind bereits in vollem Gange.

Der Kinderschutz nach (sexuellen) Gewalterfahrungen soll ab 2024 zudem in der aktuellen Sonderrichtlinie „Stärkung der Krisenintervention in Österreich“ – mit derzeit drei Förderschwerpunkten – als vierter Schwerpunkt ergänzt werden und mit zusätzlichen Mitteln in Höhe von € 3,5 Mio. jährlich ausgestattet werden. Die Vorarbeiten hierzu sind ebenfalls bereits im Gange.

Abgesehen davon arbeitet mein Ressort laufend an zahlreichen weiteren Maßnahmen, die eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung zum Ziel haben. Viele davon werden allerdings erst mittel- und langfristig ihre volle Wirkung entfalten:

- Der Beirat für psychosoziale Gesundheit berät mich kontinuierlich zu allen Fragen der psychischen Gesundheit (von Gesundheitsförderung und Prävention über Versorgung bis zu Rehabilitation).
- Seit 2012 gibt es das nationale Suizidpräventionsprogramm SUPRA (Suizidprävention Austria) sowie die Koordinationsstelle für Suizidprävention an der GÖG. 2019 wurde SUPRA von den EU-Gesundheitsministerien als eines von elf Best Practice-Beispielen im Bereich psychische Gesundheit ausgewählt. Österreich gilt als federführend in der Suizidprävention, SUPRA wird derzeit im Rahmen einer Joint Action (ImpleMENTAL) in anderen europäischen Ländern implementiert.

- Für ein Vorantreiben der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen wurde im Jahr 2018 eine intersektorale und interdisziplinäre Kompetenzgruppe mit Beteiligung Betroffener eingerichtet (Begleitung durch die GÖG). Sie arbeitet derzeit an konkreten Empfehlungen für Maßnahmen zur Reduktion von Stigma, die ab 2024 sukzessive in Umsetzung gebracht werden sollen.
- Aufgrund des akuten Mangels an Fachpersonal wurde für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit die Attraktivierung der Mangelberufe in den Fokus gerückt, um wieder mehr Menschen für diese Berufe zu gewinnen.
- Hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung wurde ein Konzept für eine umfassende Lösung der psychosozialen Versorgung erarbeitet und 2020 vorgestellt. Wesentlicher Inhalt sind die Ausweitung der kassenfinanzierten Therapieplätze und verbesserte und vereinfachte Zugangswege zur Versorgung durch Beratungs- und Clearingstellen. Ziel wäre die Aufhebung der Kontingentierung der Leistung. Allerdings fällt die Umsetzung in den Bereich der Selbstverwaltung der Sozialversicherung und kann daher von meinem Ressort nur angeregt werden.
- Im Rahmen der Agenda Gesundheitsförderung gibt es seit 2021 Aktivitäten zur Stärkung der psychosozialen Gesundheitsförderung, die 2023 noch einmal forciert werden sollen. U.a. wird an der Verbesserung der psychosozialen Gesundheitskompetenz von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gearbeitet. Ein Fördercall für die psychosoziale Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen fördert u.a. in Zusammenarbeit mit dem Bildungsressort Aktivitäten im schulischen Kontext.
- Zur Verbesserung der Datenlage wurde eine „Surveillance Psychosoziale Gesundheit“ etabliert: Die psychosozialen Belastungen und Folgen der COVID-19-Krise konnten in der Vergangenheit nur geschätzt werden. Um die Datenlage im Bereich der psychosozialen Gesundheit zu verbessern, wurden Indikatoren und Datengrundlagen ausgewählt, die geeignet sind, im Sinne eines „Frühwarnsystems“ unterjährig Entscheidungsträger:innen datenbasierte Entscheidungsgrundlagen zu liefern.

**Frage 21:** Welche Evaluierung zur Treffsicherheit und Wirksamkeit liegt zum Projekt "Gesund aus der Krise" vor und inwiefern und wie lange soll dieses verlängert werden?

- a. Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?
- b. Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?

Die Evaluierungen für „Gesund aus der Krise“ und „Gesund aus der Krise II“ wurden inzwischen ausgeschrieben und entsprechende Ergebnisse werden bereits 2024 vorliegen. Wie schon in der Beantwortung der Frage 20 erwähnt, wird „Gesund aus der Krise II“ auch im Jahr 2024 zur Verfügung stehen und in weiterer Folge im Rahmen von „Gesund aus der Krise III“ auch darüber hinaus verlängert werden.

**Frage 22:** *Wie wollen Sie zusätzlich 10.000 Kindern und Jugendlichen eine kostenlose psychologische Unterstützung bieten?*

- a. *Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?*
- b. *Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?*

Ident zu den Projekten „Gesund aus der Krise“ und „Gesund aus der Krise II“ soll im Sinne eines weiteren Folgeprojekts „Gesund aus der Krise III“ Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen österreichweit Zugang zu klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Beratungen und Behandlungen ermöglicht werden. Diese Beratungen und Behandlungen sehen 15 Einheiten pro Klient:in – im Einzel- oder im Gruppensetting – vor. Grundlagen hierfür sind die beiden gleichnamigen Sonderrichtlinien.

**Ad a.:** In „Gesund aus der Krise“ wurden initial € 12,2 Mio. Fördermittel zur Verfügung gestellt und rund 8.000 Plätze ermöglicht. In „Gesund aus der Krise II“ wurden und werden € 19 Mio. Fördermittel für rund 10.000 Plätze zur Verfügung gestellt. Darin enthalten sind sowohl die Honorare für die Behandler:innen (Klinische Psycholog:innen, Gesundheitspsycholog:innen und Psychotherapeut:innen) als auch die Kosten für die Abwicklung der Projekte. Die Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel für „Gesund aus der Krise II“ sind derzeit Gegenstand von Verhandlungen mit dem BMF.

**Ad b.:** Ziel der Förderung ist die psychosoziale Unterstützung von bis zu 10.000 Kindern und Jugendlichen, die durch die aktuellen multiplen Krisen psychisch belastet sind. Diese sollen im Bedarfsfall niedrigschwelligen und kostenlosen Zugang zu klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen bzw. psychotherapeutischen Beratungen/Behandlungen erhalten.

Die Zielgruppe der Förderprojekte ergibt sich aus den vielfachen Belastungen und negativen Auswirkungen vor allem auf vulnerablen Gruppen wie Kinder und Jugendliche. Bestehende Hilfsangebote sind angesichts dieser Entwicklungen oftmals bereits über der Belastungsgrenze. Gerade in der prägenden Entwicklungsphase der Kindheit und Jugend ist der früh-

zeitige und niedrigschwellige Zugang zu Hilfe essentiell, um Chronifizierungen und Aggravierungen entgegen zu wirken. Zudem sollen die Projekte über die begrenzten Kapazitäten der Regelversorgung hinaus rasch und unkompliziert Unterstützungsmöglichkeiten bieten.

Die spezifischen Ziele werden anhand von Indikatoren evaluiert, welche wie in den Vorgänger-projekten in den entsprechenden Sonderrichtlinien verschriftlicht werden. Darin enthalten sind die Anzahl an Kontaktaufnahmen, durchgeführte Clearings, Zuweisungen zu Beratungen/Behandlungen, die Anzahl eingesetzter Berater:innen und Behandler:innen sowie die Anzahl der geleisteten Beratungs- und Behandlungsstunden pro Klient:in.

**Frage 23:** *Wann wird die klinisch-psychologische Behandlungen der Psychotherapie gleichgestellt?*

- a. *Wie wird diese Gleichstellung konkret aussehen?*
- b. *Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?*
- c. *Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?*

Die Gleichstellung der in Rede stehenden Leistungen mit der ärztlichen Hilfe soll mit 1. Jänner 2024 erfolgen. Damit können Angehörige dieser Berufsgruppe Leistungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der dazu mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen Verträge erbringen. Der Inhalt dieser Verträge (wobei auch der Abschluss eines Gesamtvertrages in Betracht kommt) ist zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Leistungsanbieter:innen bzw. deren Interessenvertretung zu vereinbaren. Die aus der Leistungserbringung entstehenden Kosten hängen einerseits von der Art der vereinbarten Leistungen, den dazu vereinbarten Tarifen und vom Umfang der Leistungsinanspruchnahme ab. Ziel ist, wie bereits dargestellt, eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung.

**Frage 24:** *Wann wird die Ausbildung für Psychotherapeuten an Universitäten angeboten?*

- a. *Wie wird diese Ausbildung an der Universität ausgestaltet werden?*
- b. *Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?*
- c. *Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?*

Die politischen Gespräche zu einem neuen Psychotherapiegesetz sind noch nicht abgeschlossen. Geplant ist ein Inkrafttreten der eine neue Psychotherapie-Ausbildung betreffenden Bestimmungen im Oktober 2026. Wesentliche Inhalte wären:

- Die akademisierte Psychotherapieausbildung soll aus einem Bachelor- sowie aufbauenden Masterstudium Psychotherapie und einem anschließenden dritten, postgradualen, Ausbildungsabschnitt bestehen, wobei nicht nur ein Bachelorstudium Psychotherapie die einzige Zugangsvoraussetzung für ein Masterstudium Psychotherapie sein soll. Der Abschluss der neuen Psychotherapie-Ausbildung soll durch eine staatliche Approbationsprüfung erfolgen, parallel zur Abschlussprüfung in der Gesundheitspsychologie und Klinischen Psychologie und vergleichbar mit der Facharztprüfung.
- Die konkreten Kosten können erst nach Abschluss der politischen Gespräche final berechnet werden.
- Kernpunkte des neuen Gesetzes sind insbesondere:
  - Qualitätssicherung,
  - Akademisierung der Psychotherapie-Ausbildung samt Einführung der psychotherapeutischen Approbationsprüfung, Übersichtlichkeit und Transparenz in der Methodenvielfalt,
  - Klarstellungen betreffend die Berufspflichten,
  - Übertragung von Kompetenzen im Bereich der EWR-Verfahren und des Beschwerdemanagements an die Landeshauptleute im Hinblick auf die Rechtsprechung des VfGH zur mittelbaren Bundesverwaltung.

**Frage 25:** Welche konkreten digitalen Unterstützungsmaßnahmen planen Sie im Zusammenhang mit der Begleitung chronisch Kranker?

- a. Welche Krankheiten bzw. Patientengruppen sollen abgedeckt werden?
- b. Mit welchen Kosten sind Ihre diesbezüglichen Maßnahmen verbunden?
- c. Welche Ziele haben Sie sich in diesem Zusammenhang gesetzt?

Nach dem Wortlaut der diesbezüglichen Teiles des Ministerratsvortrages vom 25. Juli 2023 soll „ein Pilotprojekt zur Prüfung, Implementierung und Erstattung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) für die Versorgung chronisch kranker Patient:innen unter Gewährleistung hoher datenschutzrechtlicher Standards aufgesetzt werden“. Die dazu erforderlichen Arbeiten sind bereits aufgenommen worden, stehen aber – wie der kurze zeitliche Abstand zur grundsätzlichen Entscheidung für dieses Vorhaben nahelegt – noch am Anfang. Ich ersuche daher um Verständnis dafür, dass mir eine konkrete Aussage dazu zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich ist.

**Frage 26:** Das Gesamtpaket würde 200 Millionen Euro kosten. Ist das für eine ernstgemeinte Reform ausreichend?

- a. Warum soll nur so wenig Geld zur Verfügung stehen?
- b. Warum verlaufen die Verhandlungen des Finanzausgleichs schleppend?
- c. Wer steht bei diesen Verhandlungen bzw. bei der Reform auf der Bremse?

Der o.a. Betrag bezieht sich nur auf die im Ministerratsvortrag angesprochenen rasch umzusetzenden Maßnahmen. Weitergehende Maßnahmen samt deren Finanzierung sollen im Rahmen des Finanzausgleichs vereinbart werden.

Über die Herausforderungen, Ziele und großen Handlungsfelder besteht zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung Einvernehmen. Im Detail gibt es naturgemäß unterschiedliche Lösungsansätze, die in den Verhandlungen abgehandelt werden, um eine von allen getragene Gesundheitsreform zu vereinbaren und umzusetzen.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch