

Korinna Schumann
Bundesministerin

Herrn
Dr. Walter Rosenkranz
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2026-0.674.920

Wien, 9.10.2026

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 6785/J der Abgeordneten Mag. Christian Ragger betreffend Gesundheitssystem diskriminiert Menschen mit Behinderungen** wie folgt:

Eingangs ist aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht allgemein festzuhalten, dass für in Österreich krankenversicherte bzw. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigte Personen Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung nach den hierfür anzuwendenden Kriterien (ausreichend, zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht übersteigend) durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger übernommen werden. Personen mit Behinderungen werden durch die soziale Krankenversicherung dieselben krankenversicherungsrechtlichen Leistungen wie Personen ohne Behinderungen gewährt.

Frage 1:

- *Welche konkreten Maßnahmen hat Ihr Ressort seit Beginn der laufenden Gesetzgebungsperiode ergriffen, um die seit 18 Jahren ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention im österreichischen Gesundheitssystem vollständig umzusetzen?*
 - a. *Welche dieser Maßnahmen wurden bereits final realisiert?*
 - b. *Welche Verzögerungsgründe gibt es bei den noch ausstehenden Vorhaben?*

In Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat die Republik Österreich Nationale Aktionspläne (NAP) beschlossen. Im von der Bundesregierung im Ministerrat am 6. Juli 2022 beschlossenen „Nationalen Aktionsplan Behinderung 2022-2030“ (Nationaler Aktionsplan Behinderung in Österreich) sind zahlreiche Maßnahmen festgeschrieben, an deren Umsetzung aktuell gearbeitet wird.

Der Nationale Aktionsplan Behinderung 2022–2030 beinhaltet als nationale Strategie für die Umsetzung der UN-BRK in Österreich die langfristigen Leitlinien der österreichischen Behindertenpolitik. Dieser aktuelle NAP Behinderung II ist der Nachfolgeplan zum NAP Behinderung I, der 2012 beschlossen wurde und mit Ende 2021 ausgelaufen ist. Der NAP Behinderung II ist das Ergebnis eines mehrjährigen, breit angelegten partizipativen Prozesses, in dem zahlreiche Vertreter:innen aus den Behindertenorganisationen und Selbstvertreter:innen eingebunden waren. Der Plan besteht aus acht Kapiteln und 55 Unterkapiteln mit 288 Zielsetzungen und 375 Maßnahmen, die nahezu alle Lebens- und Politikbereiche abdecken.

Der NAP Behinderung II wird von der Wirtschaftsuniversität Wien im Auftrag des Sozialministeriums durchgehend wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Ziel der Evaluierung ist die inhaltliche Weiterentwicklung des NAP Behinderung und die Evaluierung soll eine fundierte Entscheidungsgrundlage für zukünftige Maßnahmen im Behindertenbereich bilden.

Der erste umfassende Fortschrittsbericht der Evaluierung wird Anfang 2027 veröffentlicht und bis 2031 werden jährliche Fortschrittsberichte veröffentlicht werden, die über den Umsetzungsstand der im NAP Behinderung II enthaltenen Maßnahmen bzw. den Zielerreichungsgrad der NAP-Zielsetzungen informieren sollen.

Frage 2:

- *Wie bewerten Sie den im Rahmen des NGO-Forums der Volksanwaltschaft geschilderten Vorfall im Wiener AKH, bei dem eine Person im Rollstuhl aufgrund eines fehlenden Hebelifts weggewiesen wurde?*

In krankenanstaltenrechtlicher Hinsicht ist auf die Unabweisbarkeit von Patient:innen bei Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung hinzuweisen (§ 22 Abs. 4 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG), wobei es sich beim KAKuG um ein Grundsatzgesetz handelt; die Ausführungsgesetzgebung obliegt den Ländern.

Die konkreten Umstände des geschilderten Vorfalles sind meinem Ressort nicht bekannt.

Mangelnde Barrierefreiheit kann unter Umständen eine Diskriminierung nach dem Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz darstellen. Die Entscheidung, ob im konkreten Fall eine Diskriminierung vorlag oder nicht, fällt in die Zuständigkeit der Gerichte. Voraussetzung dafür ist, dass davor ein Schlichtungsverfahren beim Sozialministeriumservice durchgeführt wurde, aber keine Einigung erzielt werden konnte.

Frage 3:

- *Welche Richtlinien oder Vorgaben existieren seitens Ihres Ressorts, um sicherzustellen, dass in allen öffentlich finanzierten Spitälern und Ambulanzen funktionstüchtige medizinische Hilfsmittel wie Hebelifte flächendeckend und zu jeder Zeit einsatzbereit zur Verfügung stehen?*

Der Nationale Aktionsplan Behinderung 2022–2030 enthält im Unterkapitel „Gesundheit und Rehabilitation“ umfassende Zielsetzungen und Maßnahmen, um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gibt allgemein vor, dass „der Einsatz von und die quantitative wie qualitative Ausstattung mit technischer sowie räumlicher Infrastruktur die jeweiligen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Anforderungen der Patient:innenversorgung in jedem Fach-/Versorgungsbereich erfüllen und den Genesungsprozess (inkl. Mobilität) der Patient:innen (z.B. durch Barrierefreiheit, Niederflurbetten) sowie die Arbeit von Ärzt:innen, Pflegepersonen und Therapeut:innen (durch entsprechende Raumausstattung) unterstützen müssen“.

Aus krankenanstaltsrechtlicher Sicht ist auf den Versorgungsauftrag gemäß § 18 KAKuG hinzuweisen, wonach die Bundesländer verpflichtet sind, die Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen sicherzustellen.

Frage 4:

- *Welche Kontrollen und Überprüfungen zur Einhaltung der Barrierefreiheit (baulich, kommunikativ, sensorisch) in Krankenanstalten und Ordinationen werden durch Ihr Ressort oder nachgeordnete Stellen durchgeführt?*
 - a. Wie oft kam es dabei seit dem Jahr 2020 zu Beanstandungen?*
 - b. Welche rechtlichen Konsequenzen drohen Einrichtungen, die die Barrierefreiheit nicht gewährleisten?*

Ärzt:innen sind gemäß § 49 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, verpflichtet, jeden von ihnen in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Sie haben sich laufend im Rahmen des Fortbildungsprogramms der Österreichischen Ärztekammer fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards, insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

Seitens der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte wurde mit dem Sozialministerium die Broschüre „Der Weg zur barrierefreien Ordination“, abrufbar unter https://www.arzt-noe.at/fileadmin/Data/Documents/pdfs/Kassenstellen/Broschuere_Barrierefrei.pdf, erstellt.

Mangelnde Barrierefreiheit kann – wie zu Frage 2 bereits erwähnt – unter Umständen eine Diskriminierung nach dem Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) darstellen. Krankenanstalten und Ordinationen fallen in den Geltungsbereich des BGStG, sodass sich im Diskriminierungsfall Schadenersatzansprüche ergeben können. Das Gesetz sieht vor, dass bei einer behaupteten Diskriminierung in einem ersten Schritt beim Sozialministeriumservice eine gütliche Einigung im Rahmen des BGStG-Schlichtungsverfahrens anzustreben ist. Kommt es zu keiner Einigung der Schlichtungspartner:innen und wird in der Folge Klage erhoben, beurteilt das Gericht, inwieweit eine Diskriminierung vorliegt und Schadenersatz auszusprechen ist.

Dem BMASGPK sind keine flächendeckenden Kontrollen der Krankenanstalten und Ordinationen bekannt.

In Wien führt der Verein BIZEPS Kontrollen einzelner Praxen durch. Diese Daten werden an die Ärztekammer für Wien übermittelt und im Praxisplan veröffentlicht (www.praxisplan.at). Zusätzlich werden die Daten auch auf www.arztbarrierefrei.at übernommen.

Ansonsten werden auf www.arztbarrierefrei.at Daten zur Barrierefreiheit von Ordinationen angezeigt, die auf einer freiwilligen Selbsteinschätzung von Ordinationen beruhen.

Für Ordinationen beinhalten das Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) – siehe dazu nähere Ausführungen in Frage 2 - sowie das Baurecht des jeweiligen Bundeslandes (Bautechnikgesetz sowie Bautechnikverordnung) die relevanten rechtlichen Regelungen zur Barrierefreiheit. Für Kassenordinationen gelten zusätzliche Bestimmungen aus dem Sozialversicherungsrecht: § 342 ASVG legt den Inhalt der Gesamtverträge fest. Die Gesamtverträge haben gemäß § 342 Abs. 1 Z 9 ASVG, Regelungen über Barrierefreiheit zu enthalten. Nach dem Wissenstand meines Ressorts wurde diese Vorgabe grundsätzlich in den Gesamtverträgen umgesetzt. Der Abschluss und die nähere Ausgestaltung der Gesamtverträge liegen in der Ingerenz und im Aufgabenbereich der als Selbstverwaltungskörper eingerichteten Sozialversicherungsträger. Meinem Ressort kommt in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde diesbezüglich keine Möglichkeit zur bestimmenden Einflussnahme zu.

Frage 5:

- *Warum wird im Bereich der Barrierefreiheit im Gesundheitswesen nach wie vor primär auf Selbstauskünfte der jeweiligen Einrichtungen vertraut, anstatt unabhängige und verpflichtende behördliche Prüfungen einzuführen?*

Barrierefreiheit hat den Zweck, in einem höchstmöglichen Ausmaß „Nutzbarkeit für alle“ zu ermöglichen, wobei realistischerweise immer nur ein bestimmter Grad an Barrierefreiheit zu erreichen ist, der insbesondere durch Normen und Richtlinien determiniert ist. Neben baulichen Aspekten der Barrierefreiheit sind insbesondere auch organisatorische, kommunikative und digitale Aspekte der Barrierefreiheit zu beachten. Selbstauskünfte der Krankenanstalten und Ordinationen, in welchem Ausmaß diese Aspekte und die Einhaltung des Stands der Technik erfüllt sind, tragen dazu bei, eigenverantwortlich für Barrierefreiheit in der eigenen Einrichtung zu sorgen und gegebenenfalls Verbesserungen zu veranlassen. Zudem kann mangelnde Barrierefreiheit unter Umständen eine Diskriminierung nach dem

Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) darstellen – Details siehe Frage 4 bzw. Frage 2.

Frage 6:

- *Welche konkreten Schritte unternimmt Ihr Ressort zur Förderung und gesetzlichen Etablierung von „inklusive Ambulanzen“, um Barrierefreiheit über die bloße Rollstuhlgerichtigkeit hinaus (z.B. durch Ruhezeiten für neurodivergente Menschen) flächendeckend zu gewährleisten?*

Diesbezüglich ist auf die NAP-Zielsetzung 237 und die Maßnahme 332 zu verweisen. Inklusive Ambulanzen, die im Verbund mit Krankenanstalten stehen, sollen ausgebaut werden. Außerdem soll Diagnostik und Therapie bei allen Krankheitsbildern angeboten werden, auch bei seltenen Krankheitsbildern. Dazu soll ein koordinierter Zugang zu allen medizinischen Leistungen ermöglicht werden. Durch inklusive Ambulanzen soll eine umfassende barrierefreie Gesundheitsversorgung sichergestellt werden.

Einrichtungen, die dem Konzept von „inklusive Ambulanzen“ entsprechen, sind in Österreich aktuell an folgenden Standorten zu finden: Wien, Linz, Melk und Kainbach. Darüber hinaus gibt es österreichweit regional spezialisierte Ambulanzen, wie beispielsweise die „Down-Syndrom Ambulanz“ in Wien. Bis Ende 2028 soll im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ein Konzept erarbeitet werden, das die erforderlichen Voraussetzungen bzw. Ausstattungsmerkmale für die Etablierung einer „inklusive Ambulanz“ darstellt.

Barrierefreiheit, die über die bloße Rollstuhlgerichtigkeit hinausgeht, ist österreichweit in immer mehr Ordinationen zu finden: Beispielsweise werden Patientinnen und Patienten oftmals durch das „Zwei-Sinnes-Prinzip“ aufgerufen (z.B.: durch akustische Durchsage und Aufruf über einen Bildschirm). Manche Ordinationen bieten für neurodivergente Menschen auch Besuche zu Tagesrandzeiten an, um dieser Zielgruppe einen geschützteren Rahmen zu ermöglichen. Diverse Stellen, die sich auf Menschen mit Behinderungen spezialisiert haben, bieten Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) rund um diese Thematik Beratungen an.

Frage 7:

- *Inwieweit ist eine Überarbeitung und Modernisierung der Aus- und Weiterbildungsinhalte für das medizinische Personal und für Pflegekräfte geplant, um diese für menschenrechtliche Normen und den barrierefreien Umgang mit Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren?*
a. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um stereotype Darstellungen in den Schulungsunterlagen und Schulungsvideos abzubauen und zu ersetzen?

Diesbezüglich ist auf die NAP-Zielsetzung 243 und die Maßnahme 331 zu verweisen. Angehörige der Gesundheitsberufe sollen über die wesentlichen zivilrechtlichen Bestimmungen über die Aufklärung und Einholung der Zustimmung von Patient:innen mit psychosozialen Behinderungen sowie die wichtigsten Elemente der unterstützten Entscheidungsfindung aufgeklärt werden, um die Zustimmung zu medizinischen Behandlungen in einem die Autonomie von Menschen mit Behinderungen größtmöglich wahren Ausmaß zu erwirken. Der Themenbereich um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen soll in Ausbildungen für Gesundheitsberufe und in themenrelevante Fort- und Weiterbildungen aufgenommen werden.

Gemäß § 4 der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015, BGBl. II Nr. 147/2015, soll im Rahmen der ärztlichen Ausbildung eine geistige Grundhaltung der Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten jedes Menschen, ungeachtet der Nationalität, der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion, der Hautfarbe, des Alters, von Behinderungen, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Sprache, der politischen Einstellung und der sozialen Zugehörigkeit vermittelt werden. Insbesondere hat eine Sensibilisierung für Besonderheiten jener Patient:innen zu erfolgen, die Betroffene von Menschenhandel und/oder psychischer und/oder physischer Gewalt sind, insbesondere Kinder, Frauen oder Menschen mit Behinderung.

Ziel der ärztlichen Ausbildung ist gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 Z 2 ÄAO 2015 unter anderem die Diagnostik und Krankenbehandlung von akuten und chronischen, einschließlich umwelt- und arbeitsbedingten Erkrankungen, unter Beachtung von Multimorbidität, geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten, einschließlich Erst- und Akutversorgung.

Für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe habe ich jüngst Mindestanforderungen an Fachhochschul-Bachelorstudiengänge im Verordnungsweg erlassen, die am 25. Juni 2026 in Kraft getreten sind:

- Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über Mindestanforderungen an Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege (FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung 2026 – FH-GuK-AV 2026), BGBl. II Nr. 152/2026 und
- Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über Mindestanforderungen an Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (FH-MTD-Ausbildungsverordnung 2026 – FH-MTD-AV 2026), BGBl. II Nr. 154/2026

Gemäß § 3 Abs. 3 FH-GuK-AV 2026 wendet sich die Gesundheits- und Krankenpflege an verschiedene Zielgruppen in allen Versorgungsformen und -stufen, an kranke und gesunde Menschen aller Altersstufen wie Säuglinge, Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen, an Menschen mit vorübergehenden oder dauerhaften Funktionsbeeinträchtigungen und Behinderungen, an Familien und familienähnliche Lebensgemeinschaften sowie an Gemeinden und die Bevölkerung insgesamt; weiters orientiert sich die Gesundheits- und Krankenpflege am Pflegebedarf und der Pflegebedürftigkeit der jeweiligen Zielgruppen unter Berücksichtigung des Alters, der Entwicklungsstufen und Lebensphasen sowie der geschlechtlichen und kulturellen Vielfalt. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist durch eine ganzheitliche Sichtweise charakterisiert, die dazu führt, dass sich pflegerische und therapeutische Strategien und Interventionen auf physische, psychische, emotionale, soziokulturelle und unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Bedürfnisse, Gegebenheiten, Aspekte, Lebensweisen und Präferenzen der jeweiligen Zielgruppe und deren Umfeld beziehen sowie religiöse und spirituelle Bedürfnisse respektieren und berücksichtigt und nutzt den Beziehungsaspekt zwischen Individuum, seinem Bezugssystem und der Pflegeperson. Zuwendung, Wertschätzung, Empathie und Intuition werden bewusst eingesetzt, um insbesondere die Entfaltung von Ressourcen zu ermöglichen, den Genesungsprozess positiv zu beeinflussen und um die Situationsbewältigung zu unterstützen. Die Gesundheits- und Krankenpflege sichert bei der Zusammenarbeit mit Laienbetreuerinnen und Laienbetreuern die Pflegequalität.

Die in der FH-GuK-AV 2026 und in der FH-MTD-AV 2026 verankerten Qualifikationsprofile legen fest, dass durch die Absolventinnen und Absolventen unter anderem folgende allgemeine Kompetenzen zu erwerben sind:

- in Gesundheitsfragen die Fürsprache für Anliegen von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Menschen mit Behinderungen übernehmen
- Anzeichen von Gewalteinwirkung, insbesondere Gewalt im sozialen Nahraum, psychische, physische, sexualisierte und strukturelle Gewalt erkennen sowie die Betroffenen, insbesondere Frauen, Kinder, Menschen mit Behinderungen, an entsprechende Hilfsangebote weiterverweisen und kennt die entsprechenden Melde- und Anzeigepflichten

Weiters sind unter anderem folgende sozial-kommunikative Kompetenzen und Selbstkompetenzen zu erwerben:

- das Leben und die Würde des Menschen ungeachtet der Herkunft, Nationalität, der Hautfarbe, der Religion, des Alters, einer Behinderung, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Sprache, der politischen Einstellung oder sozialen Zugehörigkeit wahren

Der am 1. September 2016 in Kraft getretene § 16 Abs. 1 der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Ausbildung und Qualifikationsprofile der Pflegeassistentenberufe (Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung – PA-PFA-AV), BGBl. II Nr. 301/2016 lautet:

Die Auszubildenden sind im Rahmen der Ausbildung zu einem verantwortungsvollen Umgang miteinander anzuhalten. Sie sind zu einem höchstmöglichen Maß an Offenheit, Toleranz und Akzeptanz gegenüber der Vielfalt an soziokulturellen Unterschieden von Menschen zu befähigen und für die Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten jedes Menschen, ungeachtet der Nationalität, der Religion, der Hautfarbe, des Alters, einer Behinderung, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Sprache, der politischen Einstellung und der sozialen Zugehörigkeit zu sensibilisieren. Insbesondere ist eine Sensibilisierung für Betroffene von physischer oder psychischer Gewalt, wie Kinder, Frauen, Menschen mit Behinderung oder andere vulnerable Gruppen, anzustreben.

Die Umsetzung der im Verordnungsweg erlassenen Mindestanforderungen an die Aus- und Weiterbildungsinhalte für die Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflegeassistentenberufe

sowie für die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe inklusive der Gestaltung der einschlägigen Unterrichtsmaterialien/Schulungsunterlagen und Schulungsvideos obliegt den jeweiligen Ausbildungseinrichtungen.

Die Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal rund um die Thematik Menschen mit Behinderungen ist ein essenzieller Bestandteil, um Barrieren abzubauen. Aus diesem Grund wurde ein E-Learning für diese Zielgruppe entwickelt. Im Fokus des E-Learnings steht die Gesundheitsversorgung von Menschen mit intellektueller und Mehrfachbeeinträchtigung. Hierbei wird auch über zentrale Grundlagendokumente, wie die UN-Behindertenrechtskonvention und den Nationalen Aktionsplan Behinderung informiert und es gibt ein Kapitel zur Kommunikation und den Umgang mit Menschen mit Behinderungen. Die Weiterbildung kann österreichweit zeit- und ortsungebunden von allen GDA absolviert werden. Weitere Informationen zum E-Learning finden Sie unter:

https://www.gesundheit.gv.at/service/professional/gesundheitsversorgung_behinderung.html

Die Sensibilisierung für die Anliegen von Menschen mit Behinderungen in der Alltagssprache, in Schulungsunterlagen und -videos bzw. in der allgemeinen Kommunikation ist ein fortlaufender Prozess, der kontinuierlich verfolgt wird. Die angeführten Schulungsvideos sollen hierzu einen Teil beitragen.

Frage 8:

- *In welchem Umfang bestehen in Österreich derzeit Angebote für Unterstützte Kommunikation und Gebärdensprach-Dolmetsch im ambulanten und stationären medizinischen Bereich?*
 - a. *Welche budgetären Mittel sind für deren Ausbau in den Jahren 2024 und 2025 konkret vorgesehen?*

Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht wird hinsichtlich der leistungsrechtlichen Gewährung von Gebärdensprach-Dolmetschleistungen Folgendes ausgeführt:

Die Krankenversicherungsträger haben gemäß § 117 Z 2 ASVG und Parallelbestimmungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit heraus Vorsorge für die Erbringung der Krankenbehandlung zu treffen. Im Krankheitsfall ist Krankenbehandlung, erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltspflege zu gewähren.

§ 133 ASVG zufolge umfasst die Krankenbehandlung ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe. Dolmetschleistungen stellen somit generell keine ärztlichen Leistungen im Sinne des § 133 ASVG (sowie Parallelbestimmungen) dar. Aus den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen lässt sich auch nicht ableiten, dass die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für alle Maßnahmen zu tragen hat, die mit der Inanspruchnahme von Leistungen im Krankheitsfall in Zusammenhang stehen.

Auch im Bereich der Krankenanstalten besteht keine Rechtsgrundlage für eine gesonderte Verrechnung von Dolmetschkosten mit den Trägern der Sozialversicherung: § 148 Z 3 ASVG zufolge sind alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich inklusive der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen mit den dort angeführten Zahlungen grundsätzlich abgegolten. Eine zusätzliche Pflicht für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Kostentragung ist auch in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens nicht verankert.

Frage 9:

- *Welche Maßnahmen und Projekte zur barrierefreien Kommunikation im Gesundheitsversorgung, insbesondere im Spitalsbereich, setzen Sie konkret?*
 - a. Welche Projekte unterstützen Sie in diesem Bereich?*
 - b. Mit welchen Mitteln in welcher Höhe werden diese unterstützt?*

Entsprechend den NAP-Zielsetzungen 236 und 244 sowie in Umsetzung der Maßnahme 329 soll die umfassende Barrierefreiheit in allen Gesundheitseinrichtungen (insbesondere Ambulanzen) und bei sämtlichen niedergelassenen Vertragsärzt:innen hergestellt werden und die medizinische Versorgung soll für alle Menschen, auch Menschen mit Lernbehinderungen, „schweren“ Behinderungen und eingeschränkter Kommunikation umfassend garantiert sein. Das dazu nötige entsprechende Fachwissen soll weiter aufgebaut und das nötige Angebot von Patient:inneninformationen und anderen Informationsmaterialien in leicht verständlicher Sprache ausgebaut werden.

Bis Ende 2027 sollen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Ausstattungsanforderungen für Krankenhäuser erarbeitet werden, damit sich Menschen mit Behinderungen in den Einrichtungen besser orientieren können. Ein Beispiel dafür ist die Implementierung eines taktilen Leitsystems. Weiters sollen eine Liste mit Bezeichnungen von medizinischen Fachgebieten bzw. -begriffen im ambulanten und stationären Bereich in leichter Sprache, Brailleschrift und Text-to-Speech (TTS) sowie Vorschläge für unterstützende (technische) Hilfsmittel erarbeitet werden, die bei der Untersuchung und Behandlung von Menschen mit Behinderungen die Kommunikation zwischen ihnen und dem Gesundheitspersonal verbessern können.

Im Rahmen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (eine Initiative des BMASGPK, des FGÖ und des DVSV) wird von einer Sub-Arbeitsgruppe an der Definierung von psychosozialen Behinderungen (gemäß Definition der UN-BRK) gearbeitet. Die Arbeiten berücksichtigen u.a. den Lebensbereich „Öffentliche Dienstleistungen und Gesundheitsversorgung“. Ergebnisse werden voraussichtlich im Laufe des Jahres 2027 vorgelegt.

Frage 10:

- *Ist Ihnen beispielhaft das ASI Project der spanischen Fundación Personas bekannt?*
 - a. Gibt es ähnliche Projekte, die Sie unterstützen?*
 - i. Wenn ja, welche?*
 - ii. Wenn nein, warum nicht?*

Einzelne Elemente aus dem ASI-Projekt, wie beispielsweise die „ASI-Card“ werden teilweise bereits umgesetzt. Beispielsweise gibt es von Seiten des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen, die „GeKo“ Mappe und den „GeKo“ Pass (GeKo: Gesundheit und Kommunikation in Wien), wo Menschen mit Behinderungen ihre Befunde sammeln und ihre medizinischen Daten zusammentragen konnten. Diese Unterlagen sollen zu allen (un-)geplanten Konsultationen im Gesundheitsbereich (zu Ärzt:innen, Therapeut:innen, etc.) mitgenommen werden und bieten die Möglichkeit, sich gezielt mit der Person und ihren Kommunikations- und Umgangsformen auseinanderzusetzen und ihre Kompetenzen und Bedürfnisse zu berücksichtigen (vgl. Geko Wien 2026: <https://www.geko.wien/>).

Wie bereits bei der Beantwortung der Frage 7 erwähnt, gibt es auch ein E-Learning-Tool für GDA, um sich in diesem Themenbereich weiterzubilden.

Frage 11:

- *Welche Möglichkeiten sehen Sie, innovative Ideen wie jene der Fundación Personas umzusetzen?*

Für neue Projekte muss jeweils im Einzelfall eine Prüfung stattfinden, in welchem Rahmen sie beauftragt und durchgeführt werden können.

Frage 12:

- *Wie hoch ist der aktuelle Deckungsgrad bei der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Österreich?*
a. Welche Maßnahmen werden gesetzt, um dem akuten Mangel an kassenfinanzierten Psychotherapieplätzen für diese Zielgruppe wirksam entgegenzuwirken?

Grundsätzlich erfolgt die psychosoziale Versorgung in Österreich nicht getrennt nach Menschen mit und ohne Behinderungen, sondern über dieselben Versorgungsstrukturen. Angebote wie Psychotherapie, Klinische Psychologie, Psychiatrie, psychosoziale Beratungsstellen oder Krisendienste stehen grundsätzlich allen Menschen mit entsprechendem Bedarf offen. Menschen mit Behinderungen werden daher in der Regel über dieselben Versorgungsstrukturen betreut wie Menschen ohne Behinderungen. Spezifische Zusatzangebote bestehen vor allem für einzelne Zielgruppen, etwa Menschen mit intellektuellen Behinderungen oder komplexem Unterstützungsbedarf.

Daher steht weniger ein eigener Deckungsgrad für Menschen mit Behinderungen im Vordergrund als die Frage nach einer barrierefreien und bedarfsgerechten Ausgestaltung der allgemeinen psychosozialen Versorgung.

Das Regierungsprogramm 2025-2029 sieht unter dem Titel „Ausbau des niedergelassenen und ambulanten Versorgungsangebots“ unter anderem den bedarfsorientierten Ausbau der psychosozialen Versorgung sowie den Ausbau des Versorgungsangebots für psychische Gesundheit vor.

Im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) wurde ein eigenes Ziel zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung auf allen Ebenen verankert. Die Arbeiten hierzu haben bereits begonnen. Das ist ein wichtiger Schritt hin zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung, in der die psychosoziale Gesundheit nicht nur mitgemeint, sondern der Versorgung somatischer Erkrankungen gleichgestellt ist. So soll u.a. ein umfassendes Konzept zur abgestimmten psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen erarbeitet werden sowie die Sachleistungsversorgung im Bereich der psychischen Gesundheit gestärkt werden. Durch die Involvierung aller Systempartner in der Zielsteuerung-Gesundheit (Bund, Länder und SV) sehe ich hier großes Potential für unbedingt erforderliche, tiefgreifende und nachhaltige Veränderungen im System.

Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist festzuhalten, dass die Sicherstellung einer ausreichenden psychosozialen Versorgung im niedergelassenen Bereich primär den als Selbstverwaltungskörper eingerichteten Sozialversicherungsträgern zukommt. Diese arbeiten laufend daran, die Versorgung im Sinne der Versicherten zu verbessern.

Es ist darauf aufmerksam zu machen, dass im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Kapazitäten in der vollfinanzierten Psychotherapie in den letzten Jahren stark ausgebaut wurden. So hat die ÖGK bereits im Dezember 2020 einen Maßnahmenplan zur Leistungsharmonisierung beschlossen, der eine deutliche Erweiterung der Kapazitäten bei der kassenfinanzierten Psychotherapie beinhaltet. In Summe stehen (gegenüber 2018) zusätzlich 300.000 Stunden zur Verfügung. Aufgrund des steigenden Bedarfs wurde der Ausbauplan – früher als zunächst geplant – bereits Ende 2022 abgeschlossen.

Ein weiterer wichtiger Meilenstein zur Verbesserung des Zugangs zur psychosozialen Versorgung ist die Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung als Kassenleistung, die der ärztlichen Hilfe seit 1. Jänner 2024 gleichgestellt ist.

Zur unterstützenden Finanzierung der Behandlungsleistungen durch klinische Psychologinnen und Psychologen stellte der Bund im Rahmen des Gesundheitsreform-Maßnahmen-Finanzierungsgesetzes (GesRefFinG) in den Jahren 2024 und 2025 insgesamt € 75 Mio. zur Verfügung. Aus diesen Mitteln stehen noch € 45 Mio. für die Sachleistung der klinisch-psychologischen Krankenbehandlung zur Verfügung.

Darauf basierend hat die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) gemeinsam mit der Sozialversicherungsanstalt für Selbständige (SVS) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) mit dem Berufsverband Österreichischer

Psychologinnen und Psychologen (BÖP) Ende 2025 einen Vertrag über die Erbringung klinisch-psychologischer Krankenbehandlungen als Sachleistung abgeschlossen, der mit 1. Jänner 2026 in Kraft getreten ist.

Mit dem Abschluss dieses Vertrags wird ein wichtiger Beitrag für die Entlastung der Psychotherapie und Reduzierung der Wartezeiten im Bereich der psychosozialen Versorgungsformen geleistet. Es ist zudem davon auszugehen, dass die genannten Maßnahmen zu einer wesentlichen Verbesserung der psychosozialen Versorgung beitragen werden.

Frage 13:

- *Mit welchen gesetzlichen Maßnahmen wird Ihr Ressort der Forderung nachkommen, Diskriminierungen von Menschen mit Behinderungen beim Abschluss von Lebens- und Krankenversicherungen wirksam zu verbieten?*

Sowohl das Versicherungsvertragsrecht als auch das Behindertengleichstellungsrecht verbieten grundsätzlich die Diskriminierung aufgrund einer Behinderung im Zusammenhang mit dem Abschluss von Lebens- und Krankenversicherungen.

Eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen beim Abschluss von Lebens- und Krankenversicherungen ist gemäß § 1d VersVG bereits derzeit grundsätzlich verboten. Gemäß § 1a Abs. 1 VersVG darf ein Versicherungsverhältnis in Ansehung eines versicherbaren Risikos nicht deswegen abgelehnt oder gekündigt werden oder deshalb von einer höheren Prämie abhängig gemacht werden, weil der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person behindert ist. Allfällige gesetzliche Anpassungen im VersVG fallen in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Justiz.

Der NAP Behinderung II sieht eine neuerliche Evaluierung des Behindertengleichstellungsrechts (Maßnahme 69) sowie eine Studie zur Wirkung des Diskriminierungsschutzes für Menschen mit Behinderungen u.a. im VersVG vor (Maßnahme 82), die als Basis für weitere Schritte dienen sollen.

Frage 14:

- *Wie erklären Sie den konkreten Vorwurf der „Scheingpartizipation“ seitens der Behindertenorganisationen bei anstehenden Gesundheitsreformen, und wie wollen Sie eine tatsächliche, partnerschaftliche und budgetär unterlegte Einbindung von Betroffenen in künftige Reformprozesse sicherstellen?*

Qualitätsvolle Beteiligungsprozesse verfolgen grundsätzlich das Ziel, Betroffene und ihre Interessenvertretungen frühzeitig einzubinden und sicherzustellen, dass eingebrachte Vorschläge unter Berücksichtigung fachlicher, rechtlicher, organisatorischer und finanzieller Rahmenbedingungen ernst genommen werden.

Im Rahmen der Umsetzung der Strategievereinbarung Vorsorgemittel 2024-2028 wird an einer Strategie zur Stärkung der Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem gearbeitet. Unter Einbeziehung von Bevölkerungsgruppen (u. a. Menschen mit Behinderungen, Selbsthilfeorganisationen, Menschen mit Armutserfahrung) wird gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern erarbeitet, bei welchen Themen Beteiligung erfolgen soll, wer beteiligt werden soll und wie Beteiligungsprozesse für eine qualitätsvolle Umsetzung zu unterstützen sind.

Frage 15:

- *Welche statistischen Daten werden in Ihrem Ressort bezüglich der Zuerkennung und Ablehnung von Versorgungsleistungen für Menschen mit Behinderungen erhoben, und warum existiert hier laut Angaben des Österreichischen Behindertenrates nach wie vor eine unzureichende Datengrundlage?*

Die Zuerkennung und Ablehnung von Leistungen für Menschen mit Behinderungen ist nicht Gegenstand von Erhebungen wie dem Europäischen System der Integrierten Sozialstatistik, EU-SILC oder „So geht's uns heute“, die vom BMASGPK finanziert und von Statistik Austria durchgeführt werden. Diese Erhebungen basieren auf europäischen Verordnungen und internationalen Standards bzw. Definitionen und enthalten u.a. Daten zu Ausgaben und dem Bezug behindertenspezifischer Leistungen.

Das 2023 gestartete **Pilotprojekt zum Aufbau einer regelmäßigen Behinderungs- und Teilhabestatistik (BETESTAT)** wurde mit 2025 in den Regelbetrieb übernommen.

Durch die regelmäßige Auswertung von Erhebungs- und Registerdaten sollen noch gezieltere Maßnahmen im Bereich Menschen mit Behinderungen ermöglicht werden.

Im Projekt und den partizipativ aufgesetzten Begleitgremien ist man laufend bemüht, weitere relevante Datenquellen zu erschließen (Daten der Bundesländer, Daten zu erhöhter Familienbeihilfe etc.)

Mit freundlichen Grüßen

Korinna Schumann

	Unterzeichner	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
	Datum/Zeit	2026-10-09T09:36:51+02:00
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-07,OU=a-sign-corporate-07,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT
	Serien-Nr.	1088205675
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.	
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels bzw. der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.sozialministerium.at/site/Ministerium/Willkommen_im_Ministerium/Amtssignatur/Amtssignatur	

	Unterzeichner	Parlamentsdirektion
	Datum/Zeit-UTC	2026-10-09T09:43:48+02:00
Prüfinformation	Dieses Dokument wurde elektronisch besiegelt. Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels und des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.parlament.gv.at/siegel	