



2020

Bericht über die Wirkungsorientierte Folgenabschätzung 2019

gemäß § 68 Abs. 5 BHG 2013 iVm
§ 6 Wirkungscontrollingverordnung

**Bundesministerium für Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz**



Impressum

Medieninhaberin, Verlegerin und Herausgeberin:
Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport (BMKÖS)
Sektion III – Öffentlicher Dienst und Verwaltungsinnovation
prov. Leiter der Sektion III Mag. Klaus Hartmann
Hohenstaufengasse 3, 1010 Wien
www.bmkoes.gv.at

Redaktion und Gesamtumsetzung: Mag. (FH) Stefan Lindeis, Abteilung III/C/10
Verlags- und Herstellungsort: Wien, Mai 2020
Grafiken: lekton Grafik & Web development
Fotonachweis: BKA / Andy Wenzel (Cover); BKA / Regina Aigner (Trennseiten)
Gestaltung: BKA Design & Grafik – Florin Buttinger

Alle Rechte vorbehalten: Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung der Medieninhaberin unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie der Verarbeitung und Einspeicherung in elektronische Medien, wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Diese Publikation steht unter www.oeffentlicherdienst.gv.at/publikationen zum Download zur Verfügung.

Rückmeldungen:

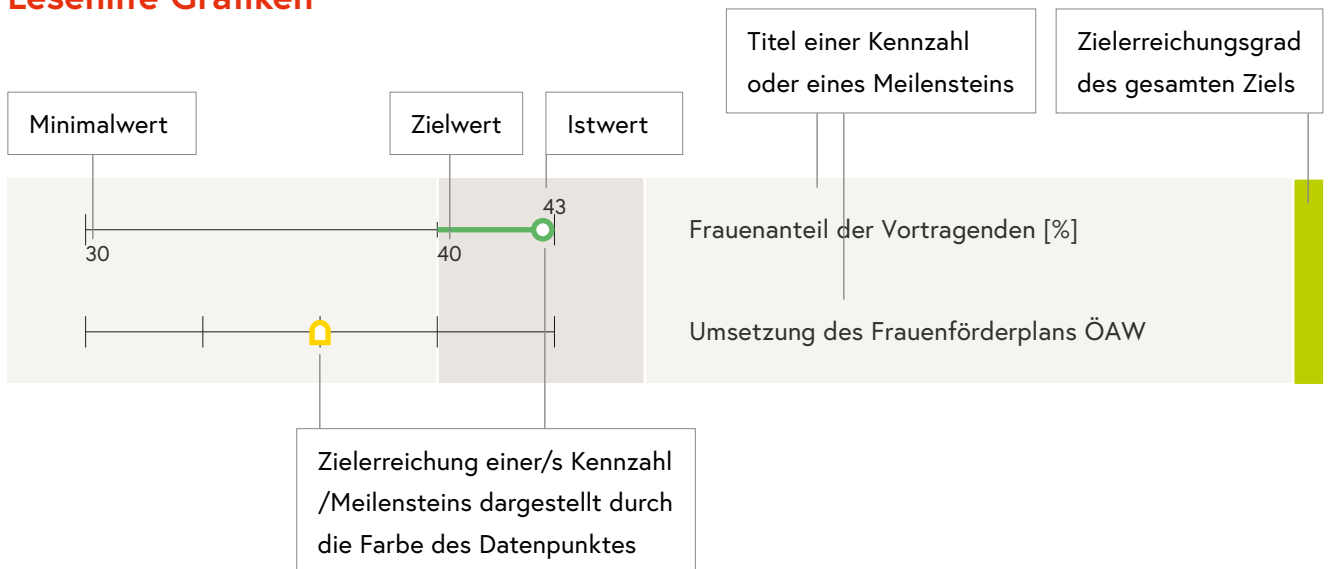
Ihre Überlegungen zu vorliegender Publikation übermitteln Sie bitte an: iii10@bmkoes.gv.at.
Bestellung von Druckexemplaren per Email an iii10@bmkoes.gv.at.

Lesehilfe und Legende

Legende Symbolik

- Ⓢ Rechtssetzende Maßnahme
- ⤴ Vorhaben
- ■ ■ ■ ■ Gesamtbeurteilung des Erfolgs des Vorhabens
- Ⓢ Verwaltungskosten für BürgerInnen
- Ⓢ Verwaltungskosten für Unternehmen
- Ⓢ Tatsächliche Gleichstellung von Frauen und Männern
- Ⓢ Konsumentenschutzpolitik
- Ⓢ Soziales
- Ⓢ Kinder und Jugend
- Ⓢ Umwelt
- Ⓢ Unternehmen
- Ⓢ Gesamtwirtschaft

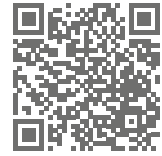
Lesehilfe Grafiken




Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

UG 21 – Soziales und Konsumentenschutz

Arbeitsrechts-Änderungsgesetz 2013 – ARÄG 2013



Finanzjahr	2013
Vorhabensart	 Bundesgesetz
Zuordnung zu mittel- und langfristigen Strategien	Das Regierungsprogramm 2020–2024 sieht zahlreiche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger vor.
Zuordnung zu Wirkungszielen (Bundesvoranschlag)	2013-BMASK-UG 21-W3: Sicherung der Pflege für pflegebedürftige Menschen und Unterstützung von deren Angehörigen.

Problemdefinition

Im Sinne der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie soll es Arbeitnehmer/innen ermöglicht werden, eine Auszeit zu nehmen, um die Pflege von nahen Angehörigen neben den beruflichen Verpflichtungen zu erleichtern.

Pflegende und betreuende Angehörige sollen durch einen Ausbau der Unterstützungsleistungen in Form einer Pflegekarenz bzw. einer Pfl egeteilzeit durch eine Novelle zum Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz und zum Landarbeitsgesetz 1984 bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf unterstützt werden. Aufgrund des daraus resultierenden Entfalls des Erwerbseinkommens soll im Bundespflegegeldgesetz für die vereinbarte Dauer dieser Pflegekarenz bzw. Pfl egeteilzeit ein Pflegekarenzgeld als Einkommensersatz normiert werden. Personen, die eine Familienhospizkarenz in Anspruch nehmen, sollen künftig ebenfalls einen Rechtsanspruch auf ein Pflegekarenzgeld haben. Als weitere Verbesserung sollen auch Personen, die ihre Arbeitszeit in Fällen einer Familienhospizkarenz reduziert haben, ein Pflegekarenzgeld erhalten können. Überdies soll auch jener Personenkreis, der sich vom Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe abmeldet, um

sich der Pflege einer/eines nahen Angehörigen iSd. § 14c AVRAG (Pflegekarenz) zu widmen und daher für diesen Zeitraum dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht, ein Pflegekarenzgeld beziehen können. Öffentlich Bedienstete sollen ebenfalls einen Anspruch auf ein Pflegekarenzgeld erwerben können.

Mit dem Entschließungsantrag des Nationalrates vom 8. Juli 2011 betreffend die weitere Vereinheitlichung des Pflegegeldwesens, Nr. 186/E XXIV. GP, wurde die Bundesregierung ersucht, den Vollzug des Pflegegeldwesens vor allem unter den Gesichtspunkten der weiteren Konzentration der Entscheidungsträger, der Vereinheitlichung, Vereinfachung und Verbesserung im Interesse der Pflegegeldbezieher/innen auch mit dem Ziel einer einheitlichen Begutachtungspraxis weiter zu entwickeln.

Bereits mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012, BGBl. I Nr. 58/2011, erfolgte eine wesentliche Reduktion der Entscheidungsträger von mehr als 280 Landesträgern und 23 Bundesträgern auf sieben Träger. Mit der gegenständlichen Novelle soll die Anzahl der Entscheidungsträger

im Sinne dieser EntschlieÙung und einer Empfehlung des Rechnungshofes neuerlich vermindert werden. Die Zuständigkeit für Personen, die das Pflegegeld zu einer Leistung nach den Sozialentschädigungsgesetzen beziehen, soll vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen auf die Pensionsversicherungsanstalt als größten Entscheidungsträger übertragen werden, Ebenso soll die Zuständigkeit für die Vollziehung der pflegegeldrechtlichen Angelegenheiten im Bereich der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates auf die Pensionsversicherungsanstalt übertragen werden, sodass in Hinkunft nur mehr fünf Entscheidungsträger für die Vollziehung des Bundespflegegeldgesetzes zuständig sein sollen.

Die derzeitige Kurzbezeichnung für das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen ist nicht mehr zeitgemäß und bringt den umfassenden Servicecharakter dieser Organisation nicht ausreichend zum Ausdruck.

Bereits nach geltender Rechtslage besteht der Grundsatz, dass Meldungen nach den §§ 33 Abs. 1 und 2 sowie 34 Abs. 1 ASVG mittels elektronischer Datenfernübertragung in den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegten einheitlichen Datensätzen zu erstatten sind. Andere Meldungsarten sind

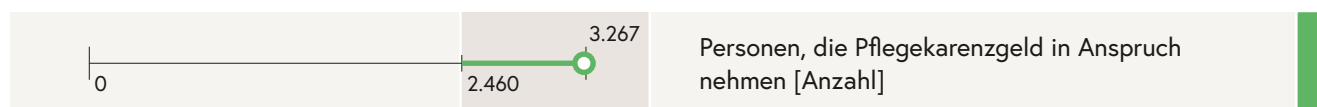
nur insoweit zulässig, als diese nach § 41 Abs. 4 ASVG in den einschlägigen Richtlinien des Hauptverbandes vorgesehen sind. Nach den Richtlinien über Ausnahmen von der Meldungserstattung mittels Datenfernübertragung nach § 31 Abs. 5 Z 29 ASVG (RMDfÜ 2005) sind unter bestimmten Voraussetzungen Meldungen mit Telefax auf dem Formular, das beim Versicherungsträger für Meldungen aufliegt, bzw. schriftlich mit diesem Formular zulässig.

Vor allem bei dubiosen Firmen erfolgen die Meldungen häufig in Papierform. Bei Erhebungen stellt sich in weiterer Folge oftmals heraus, dass Meldungen desselben Dienstgebers von unterschiedlichen Personen unterfertigt und auch immer wieder unterschiedlich aussehende Firmenstempel verwendet werden. Die unleserlichen Unterschriften auf den Papiermeldungen erlauben in der Regel keine eindeutige Zuordnung, wer eine bestimmte Meldung vorgenommen hat (Dienstgeber selbst bzw. Vertretungsorgan, SteuerberaterIn, LohnverrechnerIn).

Eine vollständige Umstellung auf elektronische Meldungen sei ein wichtiger Ausgangspunkt, um durch EDV-Lösungen Prüfungen zur Missbrauchserkennung vornehmen und Umgehungsmöglichkeiten hintanhalten zu können.

Ziele

Ziel 1: ■ **Bessere Vereinbarkeit von Beruf und familiären Beistandspflichten.**



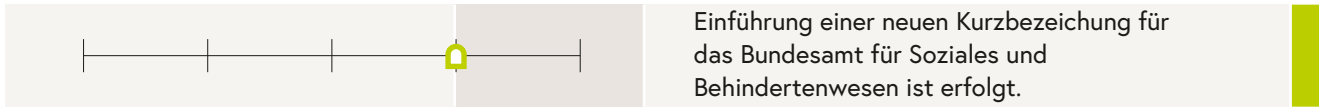
Ziel 2: ■ **Finanzielle Absicherung von pflegenden und betreuenden Angehörigen**



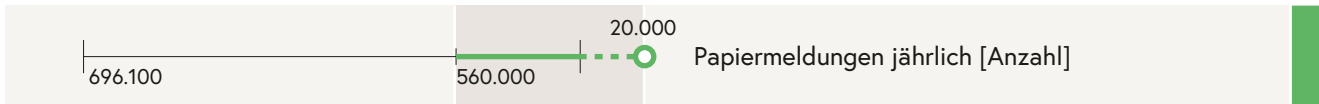
Ziel 3: ■ **Weitere Reduktion der Anzahl der Entscheidungsträger nach dem BPGG.**



Ziel 4: ■ Einführung einer neuen Kurzbezeichnung für das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen.



Ziel 5: ■ Verminderung der Papiermeldungen.



Maßnahmen

1. Inanspruchnahme der Pflegekarenz/-teilzeit	Beitrag zu Ziel 1
2. Rechtsanspruch auf Gewährung von Pflegekarenzgeld	Beitrag zu Ziel 2
3. Verringerung der Anzahl der Entscheidungsträger nach dem BPGG	Beitrag zu Ziel 3
4. Einführung einer neuen Kurzbezeichnung für das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen.	Beitrag zu Ziel 4
5. Gesetzliche Regelungen in Bezug auf die Abschaffung der Papiermeldungen für juristische Personen und eingetragene Personengesellschaften.	Beitrag zu Ziel 5



Finanzielle Auswirkungen

in Tausend Euro	2013	2014	2015	2016	2017	Gesamt
Erträge	0	0	0	0	0	0
Plan	0	57	57	57	57	228
Personalaufwand	0	121	124	126	129	500
Plan	0	121	124	126	129	500
Betrieblicher Sachaufwand	0	42	43	44	45	174
Plan	0	42	43	44	45	174
Werkleistungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Transferaufwand	0	6.790	9.770	10.769	11.647	38.976
Plan	0	5.219	5.359	5.503	5.651	21.732
Sonstige Aufwendungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Aufwendungen gesamt	0	6.953	9.937	10.939	11.821	39.650
Plan	0	5.382	5.526	5.673	5.825	22.406
Nettoergebnis	0	-6.953	-9.937	-10.939	-11.821	-39.650
Plan	0	-5.325	-5.469	-5.616	-5.768	-22.178

Erläuterungen

In den Jahren 2014 bis 2017 hat die folgende Anzahl an Personen ein Pflegekarenzgeld bezogen:

Jahr 2014: 2.321 Personen

Jahr 2015: 2.577 Personen

Jahr 2016: 2.616 Personen

Jahr 2017: 2.634 Personen

Folgende Aufwendungen für das Pflegekarenzgeld wurden geleistet:

Jahr 2014: 4.946.563,42 Euro

Jahr 2015: 6.461.449,84 Euro

Jahr 2016: 7.325.213,87 Euro

Jahr 2017: 7.841.074,62 Euro

Für die sozialversicherungsrechtliche Absicherung sind die folgenden Aufwendungen angefallen:

Jahr 2014: 1.843.761,75 Euro

Jahr 2015: 3.308.711,23 Euro

Jahr 2016: 3.443.771,61 Euro

Jahr 2017: 3.806.205,83 Euro

Bei der Abschätzung der Auswirkungen im Rahmen der wirkungsorientierten Folgenabschätzung wurde davon ausgegangen, dass rund 2.460 Personen jährlich einen Anspruch auf Pflegekarenzgeld haben werden.

Die Echtzahlen zur Inanspruchnahme bestätigen im Wesentlichen diese Annahme, wobei bei der Anzahl der BezieherInnen von Pflegekarenzgeld über die Jahre eine stetige Steigerung zu verzeichnen ist. So haben im Jahr 2014 insgesamt 2.321 Personen ein Pflegekarenzgeld bezogen und demgegenüber ist im Jahr 2019 eine Steigerung auf 3.267 Personen eingetreten.

Bei der Verteilung der Personen die eine Pflegekarenz und eine Pflegezeit in Anspruch nehmen werden, wurde von einer jeweils 50-prozentigen Inanspruchnahme ausgegangen. Die Erfahrungen bei der Vollziehung haben dabei gezeigt, dass eine Pflegezeit aber nur marginal in Anspruch genommen wird, beispielsweise wurde im Jahr 2019 nur in 2,6% der Fälle ein Pflegekarenzgeld wegen einer Pflegezeit gewährt.

Im Hinblick auf die durchschnittliche Bezugsdauer wurde bei der WFA angenommen, dass diese bei einer Pflegekarenz und Pflegezeit 2 Monate betragen wird. Dazu ist zu bemerken, dass auch in der Studie des OGM festgestellt wurde, dass eine große Mehrzahl von rund 72% der Personen die maximale Dauer von 3 Monaten in Anspruch nimmt, und in 10% der Fälle, die Dauer – aufgrund der Möglichkeit einer nochmaligen Inanspruchnahme bei einer Erhöhung der Pflegegeldstufe – mehr als 3 Monate betragen hat.

Konnte die Bedeckung (der Struktur nach), wie in der WFA dargestellt, durchgeführt werden? Ja

Wirkungsdimensionen

🇪🇺 **Verwaltungskosten für BürgerInnen**

Die Gewährung des Pflegekarenzgeldes ist beim Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen zu beantragen.

Bei der Abschätzung der Auswirkungen wurde davon ausgegangen, dass 2.460 Personen jährlich ein Pflegekarenzgeld beziehen werden. Tatsächlich haben im Jahr 2019 insgesamt 3.267 Personen ein Pflegekarenzgeld bezogen.

Dadurch würde sich der Zeitwert von 4.510 Stunden für die Antragstellung um rund 32% erhöhen. Dabei ist aber auch zu berücksichtigen, dass nunmehr zur Vereinfachung die Antragstellung beim Sozialministeriumservice auch online möglich ist.

👤 **Tatsächliche Gleichstellung von Frauen und Männern**

Bei der Abschätzung der Auswirkungen wurde davon ausgegangen, dass bei der Inanspruchnahme des Pflegekarenzgeldes kein Geschlecht unterrepräsentiert ist.

Die tatsächlichen Auswirkungen haben demgegenüber gezeigt, dass rund zwei Drittel der Personen, die ein Pflegekarenzgeld beziehen, Frauen sind.

Gesamtbeurteilung des Erfolgs des Vorhabens

Die erwarteten Wirkungen des Gesamtvorhabens sind überplanmäßig eingetreten.

Die Pflegekarenz kann laut der Studie des OGM aus dem Jahr 2019 zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege bei NutzerInnen von Pflegekarenz/-teilzeit fünf Jahre nach ihrer Einführung in Österreich durchaus als Erfolgsgeschichte betrachtet werden. Dafür sprechen insbesondere

- der Anstieg der Inanspruchnahme im Zeitverlauf, der deutlich über dem Anstieg der Zahl unselbständiger Erwerbspersonen liegt,
- der kontinuierliche Wiederanstieg der Beschäftigungsquote der NutzerInnen in den zwölf Monaten nach der Pflegekarenz,
- dass acht von zehn Befragten angeben, das Pflegeziel erreicht zu haben,
- dass neun von zehn Befragten angeben, in einer vergleichbaren Situation wieder in Pflegekarenz gehen zu wollen und
- dass die Pflegekarenz für einkommensschwächere und sozial schwächere Personengruppen eine sozialpolitisch wertvolle Maßnahme darstellt.

Zwei Drittel der Nutzerinnen bzw. Nutzer der neuen Modelle sind Frauen, sie präferieren die Pflegekarenz gegenüber der Pflegezeit und nehmen zumeist die maximal möglichen drei Monate in Anspruch.

Mehrheitlich wird Pflegekarenz dann in Anspruch genommen, wenn sich bei Angehörigen, die schon länger pflegebedürftig sind, der Pflegebedarf erhöht.

Durch die Vollzugspraxis wurden bereits Verbesserungserfordernisse evident, die wie folgt umgesetzt wurden:

Nach § 21c BPGG können sich BezieherInnen eines Arbeitslosengeldes oder einer Notstandshilfe zum Zwecke der Pflegekarenz oder Familienhospizkarenz vom Bezug der jeweiligen Leistung abmelden.

Da das Pflegekarenzgeld nach den Bestimmungen des AIVG berechnet wird, ist eine neuerliche Berechnung des Einkommensersatzes nach den Bestimmungen des AIVG nicht erforderlich.

Überdies wurde in jenen Fällen, bei welchen die Geldleistung aus der ALV unter der monatlichen Geringfügigkeitsgrenze liegt, um eine unsachliche Ungleichbehandlung gegenüber ArbeitnehmerInnen zu vermeiden, legislativ verankert, dass das Pflegekarenzgeld ebenfalls mindestens in Höhe der monatlichen Geringfügigkeitsgrenze gebührt. Inkrafttreten am 1. Juli 2014

In § 14b AVRAG war vorgesehen, dass eine Familienhospizkarenz zur Begleitung eines schwersterkrankten Kindes die Gesamtdauer von neun Monate nicht überschreiten darf. Möglich war nur eine neuerliche Inanspruchnahme, sofern auch ein neuer Anlassfall vorliegt; ein solcher war anzunehmen, wenn ein neues Krankheitsbild zu Tage tritt oder wenn sich der Gesundheitszustand des schwersterkrankten Kindes verbessert und nachfolgend wieder verschlechtert hat. Um Härtefälle abzumildern, wurde die Bestimmung des § 14b AVRAG insofern ergänzt, als eine neuerliche Inanspruchnahme höchstens zweimal in der Dauer von jeweils höchstens neun Monaten verlangt werden kann, wenn die Maßnahme anlässlich einer weiteren medizinisch notwendigen Therapie für das schwersterkrankte Kind erfolgen soll. Inkrafttreten am 1. Juli 2017

Überdies wurde mit Wirkung vom 1. Jänner 2020 ein Rechtsanspruch auf Pflegekarenz und Pflegezeit eingeführt.

Demnach hat die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer einen Anspruch auf Pflegekarenz/Pflegezeit von bis zu zwei Wochen, wenn sie/er zum Zeitpunkt des Antritts der Pflegekarenz/Pflegezeit in einem Betrieb mit mehr als fünf Arbeitnehmer/innen beschäftigt ist. Kommt während dieser Pflegekarenz/Pflegezeit keine Vereinbarung zwischen der Arbeitnehmerin/dem Arbeitnehmer und der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber über eine Pflegekarenz/

Pflegezeit zustande, so hat die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer Anspruch auf Pflegekarenz/Pflegezeit für bis zu weiteren zwei Wochen. Die aufgrund des Rechtsanspruchs verbrachten Zeiten der Pflegekarenz/Pflegezeit sind auf die gesetzlich mögliche Dauer der vereinbarten Pflegekarenz/Pflegezeit anzurechnen.

Bei der Abschätzung der Auswirkungen im Rahmen der wirkungsorientierten Folgenabschätzung wurde davon ausgegangen, dass rund 2.460 Personen jährlich einen Anspruch auf Pflegekarenzgeld haben werden.

Die Echtzahlen zur Inanspruchnahme bestätigen im Wesentlichen diese Annahme, wobei bei der Anzahl der BezieherInnen von Pflegekarenzgeld über die Jahre eine stetige Steigerung zu verzeichnen ist. So haben im Jahr 2014 insgesamt 2.321 Personen ein Pflegekarenzgeld bezogen und demgegenüber ist im Jahr 2019 eine Steigerung auf 3.267 Personen eingetreten.

Haben sich Verbesserungspotenziale ergeben? Ja

Es gibt nach Meinung der Befragten im Rahmen der Studie einige Punkte, die am bestehenden Modell noch verbessert werden könnten. Dabei sticht vor allem heraus, dass sich 63% eine längere Dauer der Pflegekarenz wünschen. Zu prüfen wäre allerdings inwieweit sich eine Verlängerung der Pflegekarenz auf die Beschäftigung und Einkommenssituation von Frauen auswirkt.

Informationsmaterial sollte verstärkt etwa bei ÄrztInnen und beim Sozialministeriumservice und idealerweise in Printform zur Verfügung gestellt werden. Verstärkte Bewusstseinsbildung bei Dienstgebern könnte dazu beitragen, dass Personen vermehrt aus der Beschäftigung in die Pflegekarenz gehen.

Nach der geltenden Rechtslage ist vorgesehen, dass bei einer Antragstellung innerhalb von zwei Wochen ab Beginn der Pflegekarenz, Pflegezeit oder Familienhospizkarenz das Pflegekarenzgeld ab Beginn dieser Maßnahme gebührt. Wird der Antrag nach dieser Frist jedoch vor dem Ende der Pflegekarenz, Pflegezeit oder

Familienhospizkarenz gestellt, gebührt das Pflegekarenzgeld ab dem Tag der Antragstellung; verspätete Anträge sind zurückzuweisen. Die Erfahrungen bei der Vollziehung haben gezeigt, dass diese Bestimmung zu Härten führen kann, zumal bei einer Vereinbarung einer Pflegekarenz oder Pflegezeit bzw. bei einer Familienhospizkarenz die Frist für eine Antragstellung auf Pflegekarenzgeld innerhalb von zwei Wochen ab Beginn der Maßnahme in Anbetracht der oftmals schwierigen Familiensituation als zu kurz bemessen erscheint.

Als Verbesserung könnte daher nunmehr normiert werden, dass das Pflegekarenzgeld ab Beginn der arbeitsrechtlichen Maßnahme gebührt, wenn die Beantragung vor dem Ende der Karenzierung erfolgt.

Weiterführende Informationen

Studie zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege bei NutzerInnen von Pflegekarenz/-zeit

<https://www.sozialministerium.at/Services/News-und-Events/Archiv-2019/Dezember-2019/Studie-zur-Nutzung-von-Pflegekarenz-und--zeit.html>

Verbraucherzahlungskontogesetz



Finanzjahr	2015
Vorhabensart	§ Bundesgesetz
Zuordnung zu mittel- und langfristigen Strategien	Regierungsprogramm: Bekenntnis zum Erhalt des Bargelds im Rahmen der geltenden Geldwäschebestimmungen EU: Verwirklichung des Binnenmarktes durch Transparenz und Vergleichbarkeit der Entgelte, Erleichterung des Kontowechsels; Erhöhung des Nachfragepotenzials durch Etablierung von „Basiskonten“
Zuordnung zu Wirkungszielen (Bundesvoranschlag)	2015-BMASK-UG 21-W1: Stärkung der Rechtsposition der VerbraucherInnen und Sicherstellung einer effektiven Durchsetzung.
Zuordnung zu Globalbudget-Maßnahmen (Bundesvoranschlag)	2015-BMASK-GB21.01-M1: KonsumentInnenfreundliche Umsetzung der EU-Richtlinie Zahlungskonten (Vergleichbarkeit von Kontogebühren, Kontowechsel und Zugang zu Zahlungskonten)

Problemdefinition

Die Richtlinie 2014/92/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Juli 2014 über die Vergleichbarkeit von Zahlungskontenentgelten, den Wechsel von Zahlungskonten und den Zugang zu Zahlungskonten mit grundlegenden Funktionen muss bis 18. September 2016 umgesetzt werden. Die Bestimmungen über die Entgeltinformation und -aufstellung sowie die Vergleichswebseite sind innerhalb von 3 Monaten nach Erlassung eines delegierten Rechtsaktes der europäischen Kommission, wahrscheinlich ab 1.1.2017 umzusetzen.

Auch in Österreich lässt mangels Standardisierung die Vergleichbarkeit der Kosten von Verbraucherzahlungskonten zu wünschen übrig. Dadurch wird der Wettbewerb behindert und es kommt zu Fehlallokationen. Auch die Zahl jener Verbraucher, die ihre Zahlungskonten wechseln,

ist überschaubar. Oft scheut man sich wegen möglicher Probleme bei der Übertragung der diversen Dienste einen solchen Wechsel durchzuführen.

Schließlich wird insbesondere von den Schuldenberatungen und sonstigen sozialen Institutionen seit langem „ein Recht auf ein Girokonto“ gefordert. Menschen ohne Zahlungskonto sind im heutigen Wirtschaftsleben stigmatisiert und haben erhöhte Kosten bei finanziellen Transaktionen. Das Gesetz beinhaltet die grundsätzliche Verpflichtung der Kreditinstitute zur Bereitstellung von Verbraucherzahlungskonten mit grundlegenden Funktionen. Diese Option wurde gewählt um eine auch regional gute Versorgung mit solchen Konten zu gewährleisten und Wettbewerbsverzerrungen auszuschließen.

In jüngster Zeit haben einzelne Betreiber von Geldausgabeautomaten (GGA) damit begonnen, Verbrauchern für Bargeldabhebungen von ihrem Zahlungskonto mit der zu diesem Konto ausgegebenen Zahlungskarte Entgelte in Rechnung zu stellen, die in der Folge vom kontoführenden Kreditinstitut vom Zahlungskonto des Verbrauchers abgebucht werden. Das hat zu massiven Beschwerden der betroffenen Verbraucher geführt.

Eine derartige Praxis schränkt den Zugang des Verbrauchers zu Bargeld ein. Der Verbraucher kann sein auf dem Zahlungskonto befindliches, faktisch unverzinsliches

Buchgeld nicht mehr bei Bedarf jederzeit in Bargeld umwandeln, ohne dem Zahlungsdienstleister dafür neben dem Kontoführungsentgelt oder dem Entgelt für die Ausstellung der Zahlungskarte ein gesondertes zusätzliches Entgelt zahlen zu müssen.

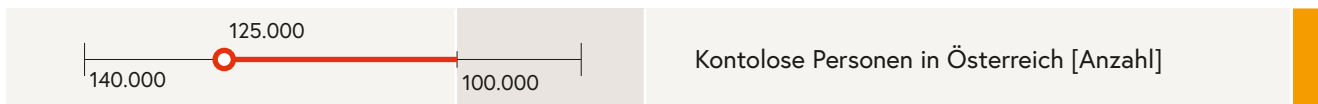
Gleichzeitig ist aber anzuerkennen, dass Bargeldabhebungen an Geldausgabeautomaten Kosten verursachen, die letztendlich durch die vom Verbraucher im Zusammenhang mit dem Zahlungskonto zu zahlenden Entgelte abgedeckt werden können.

Ziele

Ziel 1: ■ **Kosten von Verbraucherzahlungskonten sind transparent; keine Verrechnung von Abhebungen bei fremden Geldausgabeautomaten.**



Ziel 2: ■ **Verringerung der Zahl kontoloser Verbraucher und kostengünstiger Zugang zu einem Zahlungskonto für besonders schutzbedürftige Verbraucher**



Maßnahmen

1. Festlegung vorvertraglicher und vertraglicher Entgeltinformationen, die Zahlungsdienstleister erteilen müssen Beitrag zu Ziel 1
2. Erstellen einer Website zum Vergleich von Kontoentgelten Beitrag zu Ziel 1

3. Erleichterung des Kontowechsels

Beitrag zu Ziel 1

4. Verpflichtung der Kreditinstitute zum Angebot von Zahlungskonten mit grundlegenden Funktionen

Beitrag zu Ziel 2

5. Verbot der vertraglichen Vereinbarung von Kosten bei der Abhebung an Geldausgabeautomaten (GAA)

Beitrag zu Ziel 1

■ nicht erreicht
 ■ teilweise erreicht
 ■ überwiegend erreicht
 ■ zur Gänze erreicht
 ■ überplanmäßig erreicht
 Zielzustand

Finanzielle Auswirkungen

in Tausend Euro	2015	2016	2017	2018	2019	Gesamt
Erträge	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Personalaufwand	0	2	25	30	20	77
Plan	0	2	59	62	58	181
Betrieblicher Sachaufwand	0	35	18	18	18	89
Plan	0	51	21	22	20	114
Werkleistungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Transferaufwand	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Sonstige Aufwendungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Aufwendungen gesamt	0	37	43	48	38	166
Plan	0	53	80	84	78	295
Nettoergebnis	0	-37	-43	-48	-38	-166
Plan	0	-53	-80	-84	-78	-295

Erläuterungen

Auf Grund fehlender bzw. nur sehr reduzierter öffentlicher Informationen gab es kaum Anfragen oder Beschwerden. Der tatsächliche Aufwand lag daher erheblich unter den prognostizierten Beträgen.

Wirkungsdimensionen

Unternehmen

Es sind keine Informationen vorhanden.

Verwaltungskosten für Unternehmen

Es sind keine Informationen vorhanden. Es ist anzunehmen, dass die prognostizierten Kosten jedenfalls nicht höher waren als in der WFA angegeben.

Konsumentenschutzpolitik

Entgeltaufstellung und -Information befähigen Verbraucherinnen und Verbraucher zu besserer Kalkulation und Vergleichbarkeit der Angebote von Girokonten. Der Wechsel von einem Anbieter zu einem Anderem wurde

verstärkt; aber nicht in dem erwünschten Ausmaß (statt 3% der Kontoinhaber lediglich 2% jährlicher Wechsel).

Das Basiskonto wird seitens der Banken aktiv nicht angeboten; der Bekanntheitsgrad ist daher sehr gering. Selbst bei ausdrücklicher Nachfrage erhalten KundInnen oft ein anderes als das Basiskonto.

Die Kosten der von bestimmten Drittanbietern betriebenen GAA bestehen nach wie vor, nachdem die Bestimmung zur Übernahme der Kosten durch die girokontoführende Bank vom VfGH aufgehoben wurde und man aus politischen Gründen von einer Stellungnahme des Bundes zum VfGH-Verfahren Abstand genommen hat.

Gesamtbeurteilung des Erfolgs des Vorhabens

Die erwarteten Wirkungen des Gesamtvorhabens sind teilweise eingetreten.

Im Rahmen der Evaluierung wurden die Kurzbezeichnungen der Ziele neu gefasst.

Ausgehend von den Zielen des Gesetzes und den Erwartungen ist das Ergebnis eher enttäuschend.

Zwar befähigen die Entgeltaufstellung und -Information die Verbraucherinnen und Verbraucher zu besserer Kalkulation und der Vergleichbarkeit der Angebote von Girokonten. Tatsächlich scheinen aber die Kosten nur einer von mehreren Parametern bei der Auswahl des Kontovertragspartners zu sein. So wurde der Wechsel von einem Anbieter zu einem Anderem zwar verstärkt; aber nicht in dem erwünschten Ausmaß (statt 3% der Kontoinhaber lediglich 2% jährlicher Wechsel).

Die Kosten der von bestimmten Drittanbietern betriebenen GAA bestehen nach wie vor, nachdem die Bestimmung zur Übernahme der Kosten durch die girokontoführende Bank vor dem VfGH angefochten wurde und der Bund im

Verfahren keine Stellungnahme abgegeben hat. Die Bestimmung wurde ausschließlich auf Grund des Vorbringens der Kreditinstitute vom VfGH aufgehoben.

Das Basiskonto muss zwar Teil der Angebotspalette der Banken sein, wird aber aktiv nicht angeboten; der Bekanntheitsgrad ist daher sehr gering. Selbst bei ausdrücklicher Nachfrage erhalten KundInnen oft ein anderes als das Basiskonto.

Die in § 28 VZKG vorgesehenen allgemeinen Informationen und Unterstützungsleistungen werden nicht in ausreichendem Ausmaß angeboten. Einige Unternehmen stellten erst nach einer Verbandsklage durch den VKI korrekte Informationen auf ihre Websites. Die im § 28 Abs 5, letzter Satz VZKG vorgesehene Verpflichtung zur ausreichenden und zielgerichteten Information der kontolosen, schutzbedürftigen und mobilen Verbraucher ohne festen Wohnsitz wurde nicht erfüllt, da man seitens der Politik von einer Informationskampagne Abstand genommen hatte.

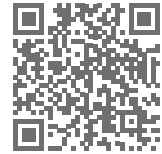
Eine am 24. Jänner 2018 veröffentlichte Zahlungsverkehrsstudie (www.capgemini.com/Consulting-de), die von der WKÖ und Capgemini Consulting durchgeführt wurde, hat darüber hinaus ergeben, dass die Durchschnittskosten für ein normales Zahlungskonto in Österreich nur mehr bei etwa 75 Euro liegen und sie daher seit dem Jahr 2010 um knapp 23 Prozent gesunken sind. Die im VZKG festgelegten Entgeltobergrenzen sind also mit den Vorgaben in Art 18 Abs. 3 Richtlinie 2014/92/EU nicht mehr vereinbar und müssten entsprechend herabgesetzt werden. Das Gesetz müsste darüber hinaus zur besseren Lesbarkeit und Klarheit an die in der Zwischenzeit in Kraft getretenen Durchführungsverordnungen (EU) 2018/33 und 2018/34 der Kommission für die Entgeltaufstellung und die Entgeltinformation angepasst werden.


Haben sich Verbesserungspotenziale ergeben? Ja
Novelle des Gesetzes im Sinn obiger Ausführungen.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

UG 22 – Pensionsversicherung

Sozialversicherungs-Anpassungs-gesetz – SVAG 2014



Finanzjahr	2014
Vorhabensart	 Bundesgesetz
Zuordnung zu Wirkungszielen (Bundesvoranschlag)	2014-BMASK-UG 22-W1: Nachhaltige Sicherung des staatlichen Pensionssystems für die Sozialversicherten. 2014-BMASK-UG 21-W3: Sicherung der Pflege für pflegebedürftige Menschen und Unterstützung von deren Angehörigen.
Zuordnung zu Globalbudget-Maßnahmen (Bundesvoranschlag)	2014-BMASK-GB22.01-M2: Entwicklung von gezielten Informations-Maßnahmen, die den Versicherten eine klare Sicht auf die finanziellen Auswirkungen der individuellen Entscheidung ihrer Pensionierung (vor dem Regelpensionsalter) eröffnen

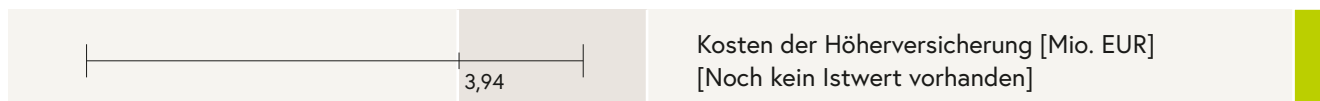
Problemdefinition

Im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz ist eine Vielzahl von Anregungen zu Novellierungen der Sozialversicherungsgesetze vorgemerkt. Diese beziehen sich in erster Linie auf Fragen der Invaliditätspension sowie auf die Kontoerstgutschrift.

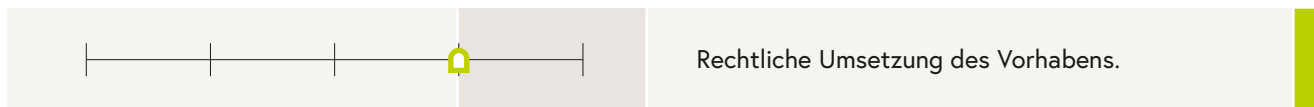
Darüber hinaus sieht der gegenständliche Gesetzesentwurf Anpassungen an die Rechtsentwicklung sowie redaktionelle Klarstellungen vor.

Ziele

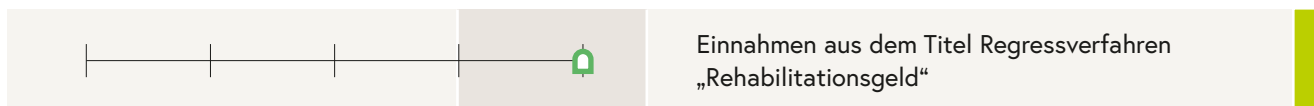
Ziel 1:  **Freiwillige Pensionsbeitragszahlungen fließen nur einmal in die Berechnung des Pensionskontos ein.**



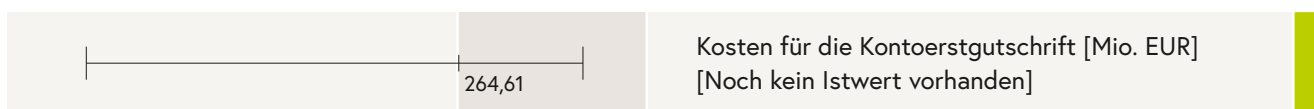
Ziel 2: ■ Anspruch des Bundes auf Rehabilitationsgeld gleich dem bestehenden Anspruch auf Pensions- u. Rentenleistungen.



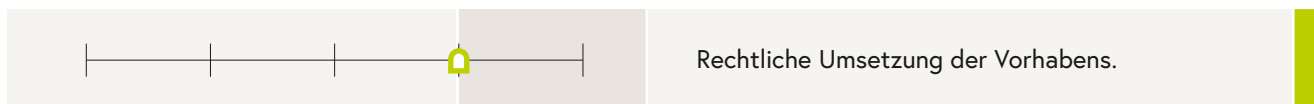
Ziel 3: ■ Regressanspruch der PV-Träger bei Rehabilitationsgeldbezug.



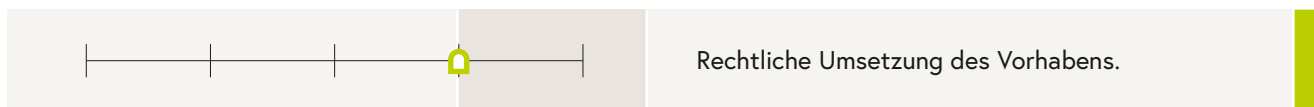
Ziel 4: ■ Ungerechtfertigte Leistungsverbesserung i.R.der Kontoerstgutschrift im Zusammenhang m. d. Bezug einer befristeten Invaliditätspension wird verhindert



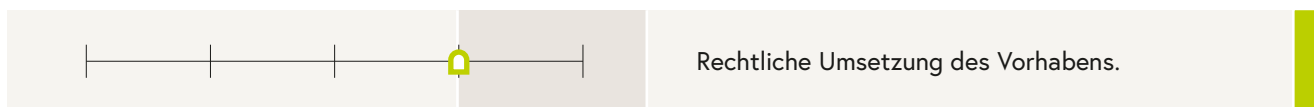
Ziel 5: ■ Anspruch auf Rehabilitationsgeld ist dem Anspruch auf Krankengeld gleichgestellt.



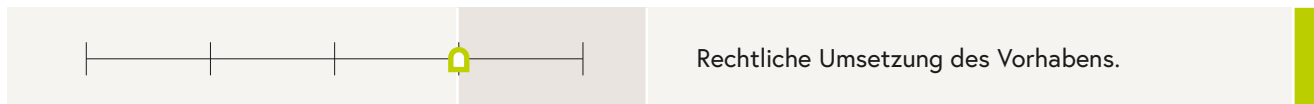
Ziel 6: ■ Zeiten der Selbstversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes sind an jene bei Pflege naher Angehöriger verstärkt angeglichen.



Ziel 7: ■ Ausschluss einer hauptberuflichen Beschäftigung von (Enkel-)Kindern im Fall einer Schul- oder Berufsausbildung.



Ziel 8: ■ Pflichtversicherung in der KV und PV nach dem BSVG besteht auch nach dem Tod einer Person, die die Schwägerschaft begründet, weiter.



Ziel 9: ■ Die Selbstversicherung in der UV nach dem BSVG besteht auch für die im Betrieb mitarbeitenden LebensgefährtInnen.



Maßnahmen

1. Ausnahme d. Anrechnung von Beiträgen zur freiwilligen PV f.d. Höherversicherung bei Berücksichtigung dieser Beiträge im Pensionskonto.	Beitrag zu Ziel 1
2. Legalzession d. Bundes auf Reha.geld bei Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme RechtsbrecherInnen/Nachbetreuungseinrichtung.	Beitrag zu Ziel 2
3. Schaffung einer Regressmöglichkeit für den Pensionsversicherungsträger bei Anspruch auf Rehabilitationsgeld.	Beitrag zu Ziel 3
4. Übergangsbestimmung, wonach sich Wegfall und Erhöhung einer vorz. AP bei Vorliegen einer Kontoerstgutschrift ausschl. nach dem APG richtet.	Beitrag zu Ziel 4
5. Gleichstellung der Berechnung des Rehabilitationsgelds mit der Berechnung des erhöhten Krankengelds.	Beitrag zu Ziel 5
6. Angleichung d. Selbstversicherung in der PV für Zeiten d. Pflege behinderter Kinder an jene Zeiten für Pflege naher Angehöriger.	Beitrag zu Ziel 6
7. Nichtzulassung d. Nachentrichtung verjährter Beiträge für Zeiten des Besuchs einer Bildungseinrichtung durch (Enkel-)Kinder.	Beitrag zu Ziel 7
8. Anordnung d. Fortbestehens d. Schwägerschaft im Zusammenhang mit der sog. ÜbergeberInnenversicherung nach dem BSVG.	Beitrag zu Ziel 8
9. Erweiterung d. Kreises d. für die Selbstversicherung in der UV nach dem BSVG in Betracht kommenden Personen (mitarb. LebensgefährtnInnen).	Beitrag zu Ziel 9

 nicht erreicht  teilweise erreicht  überwiegend erreicht  zur Gänze erreicht  überplanmäßig erreicht  Zielzustand

Finanzielle Auswirkungen

in Tausend Euro	2014	2015	2016	2017	2018	Gesamt
Erträge	0	0	0	318	942	1.260
Plan	0	0	0	0	0	0
Personalaufwand	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Betrieblicher Sachaufwand	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Werkleistungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Transferaufwand	0	1.228	470	0	0	1.698
Plan	0	1.567	931	382	42	2.922
Sonstige Aufwendungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Aufwendungen gesamt	0	1.228	470	0	0	1.698
Plan	0	1.567	931	382	42	2.922
Nettoergebnis	0	-1.228	-470	318	942	-438
Plan	0	-1.567	-931	-382	-42	-2.922

Erläuterungen

Die dargestellte Transferleistung ergibt sich aus ist der Saldo aus Mehr- und Minderaufwendung verursacht durch die gesetzlichen Vorhaben.

Bezüglich der Entwicklung im Jahr 2019 wird folgende Stellungnahme abgegeben:
Gesetzliche Änderungen bei der Höherversicherung: Der Wert für 2019 liegt derzeit noch nicht vor. Im Jahr 2018 belaufen sich die Ausgaben in der Pensionsversicherung (und damit verbundene Belastung des Bundes in Form der Ausfallhaftung) auf 3,03 Millionen Euro. Damit sind die Ausgaben geringer als ursprünglich in der WFA (3,94 Millionen Euro) angenommen.

Regressmöglichkeit der Pensionsversicherungsträger bei „Rehabilitationsgeldbezug“: Die in der WFA angenommenen Einnahmen aus diesem Titel in der Höhe von 500 Tausend Euro pro Jahr werden übertroffen. In den vorliegenden Rechnungsabschlüssen der Pensionsversicherungsträger 2018 werden Einnahmen aus diesem Titel in Höhe von 1,48 Millionen Euro ausgewiesen. Für das Jahr 2019 werden diese Einnahmen seitens der Pensionsversicherung auf 1,65 Millionen Euro geschätzt. D. h. die Ausfallhaftung des Bundes sinkt stärker als ursprünglich angenommen.

Gesetzliche Änderung um eine ungerechtfertigte Leistungsverbesserung im Rahmen der Kontoerstgutschrift bei jenen Personen, die am 1. Jänner 2014 eine befristete Invaliditätspension bezogen haben, zu unterbinden: Der Wert für 2019 liegt derzeit noch nicht vor. Im Jahr 2018 betrug der Aufwand für diesen Personenkreis 335,26 Millionen Euro. Somit ist dieser Wert höher als seinerzeit in der WFA (264,61 Millionen Euro) angenommen. Wobei hier zu sagen ist, dass die tatsächlichen Kosten ohne diese gesetzliche Maßnahme auch wesentlich höher gewesen wären. Diese lassen sich aber nicht bestimmen. Daher kann keine Aussage über die tatsächliche Höhe der jedenfalls bestehenden Minderbelastung des Bundeshaushaltes gemacht werden.

Selbstversicherung nach § 18a ASVG durch eine teilweise Angleichung an die Selbstversicherung nach § 18b ASVG: Die monatliche Beitragsgrundlage nach § 18a ASVG wurde an jene nach § 18b ASVG angepasst. 2014 belief sich die monatliche Beitragsgrundlage auf nach § 18a ASVG auf 1.105,50 Euro und nach § 18b ASVG auf 1.649,84 Euro. Im Jahr 2019 beläuft sich die vereinheitlichte monatliche Beitragsgrundlage auf 1.864,78 Euro. Die Anzahl der Selbstversicherten nach § 18a ASVG beträgt im Jahr 2018: 2.936 Versicherte und ist somit geringer als in der Annahme der WFA (2018: 3.353 Versicherte). Im Jahr 2019 gab es 3.064 Selbstversicherte nach § 18a ASVG. Punkte finanzieller Auswirkungen kann über die ursprüngliche Schätzung hinaus keine Aussage mangels vorhandener Vergleichsdaten (nach der ursprünglichen Regelung) getroffen werden.

Schul- oder Berufsausbildung oder eines Universitätsbesuches, soll im BSVG eine Pflichtversicherung als Angehöriger in Folge hauptberuflicher Tätigkeit im land- und forstwirtschaftlichen Betrieb der Eltern nicht möglich sein: Während einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines Universitätsbesuches, soll im BSVG eine Pflichtversicherung als Angehöriger in Folge hauptberuflicher Tätigkeit im land- und forstwirtschaftlichen Betrieb der Eltern nicht möglich sein: In der WFA wurde angenommen, 2.463 Personen jährlich betroffen sind. Ein tatsächlicher Ist Stand an betroffenen Personen ist nicht zu ermitteln, da dieser Personenkreis durch die gesetzliche Neuregelung nicht explizit ersichtlich ist.

Konnte die Bedeckung (der Struktur nach), wie in der WFA dargestellt, durchgeführt werden? Ja

Die Bedeckung erfolgte aus der UG 22.

Gesamtbeurteilung des Erfolgs des Vorhabens

Die erwarteten Wirkungen des Gesamtvorhabens sind zur Gänze eingetreten.

vellierungen der Sozialversicherungsgesetze vorgemerkt. Diese bezogen sich in erster Linie auf

Im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz war eine Vielzahl von Anregungen zu No-

Fragen der Invaliditätspension sowie auf die Kontoerstgutschrift und wurden im Rahmen des vorliegenden Entwurfes umgesetzt.

Darüber hinaus sah die gegenständliche Gesetzänderung Anpassungen an die Rechtsentwicklung sowie redaktionelle Klarstellungen vor.

Die gegenständlichen Änderungen dienen vorrangig dazu, durch Angleichungen, Anlehnungen, Klarstellungen, Ergänzungen, Konkretisierungen sowie redaktionellen Änderungen aufgetretene Ungleichbehandlungen in sozialpolitischer Hinsicht hintanzuhalten. Die nunmehr gesetzten Maßnahmen dienen vorrangig dazu vorhandene Lücken zu schließen die zum damaligen Zeitpunkt der gesetzlichen Regelung nicht abzusehen waren.

In dieser Novelle wurde 43 Maßnahmen umgesetzt. Davon ist betroffen das ASVG, das GSVG, das BSVG, das B-KUVG und das APG.

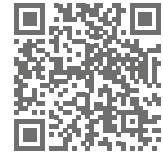
Die nunmehr gesetzten Regelungen sind in finanzieller Hinsicht im Rahmen des Gesamtbudget der UG 22 nur von geringer Bedeutung.

Haben sich Verbesserungspotenziale ergeben? Nein

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

UG 24 – Gesundheit

Beschaffung der Impfstoffe für das öffentliche Kinderimpfkonzept Jahr 2016 gebündelt mit Jahr 2017



Finanzjahr	2016
Vorhabensart	➔ Vorhaben gemäß § 58 Abs. 2 BHG 2013
Zuordnung zu mittel- und langfristigen Strategien	<p>Entsprechend der UN-Konvention vom 20.11.1989 haben Kinder das Recht auf beste Gesundheitsversorgung, dazu gehört auch der Schutz vor durch Impfungen vermeidbaren Erkrankungen.</p> <p>Grundsatzdokument Alma Ata 1978 über die allgemeine Gesundheitsversorgung (primäre Gesundheitsversorgung beinhaltet unter anderem Impfung gegen die schwersten Infektionskrankheiten).</p> <p>„Erhöhung der Impfbeteiligung für Masern, Mumps und Röteln (MMR)“ im Bundesfinanzgesetz, UG 24, Wirkungsziel 3.</p> <p>Verfolgen von Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert des Regionalbüros für Europa der WHO (Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten).</p> <p>Verfolgen des „European Vaccine Action Plan 2015–2020“ der WHO.</p> <p>Verfolgen der WHO-Ziele zur Eradikation von Poliomyelitis und zur Elimination von Masern/Röteln.</p> <p>Verfolgen des Nationalen Aktionsplans zur Masern/Röteln-Elimination.</p> <p>Verfolgen des Rahmengesundheitsziels 6: Wirkungsziel 2.3.6: Sicherstellung von hohen Durchimpfungsraten bei Kinderimpfungen mit volksgesundheitlicher Bedeutung.</p> <p>Verfolgen des Rahmengesundheitsziels 2: Wirkungsziel 3.3.10: Impfprogramme: „Schutz vor HPV-Infektionen“</p>
Zuordnung zu Wirkungszielen (Bundesvoranschlag)	<p>2016-BMGF-UG 24-W3:</p> <p>Sicherstellung der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung von Infektionskrankheiten, chronischen und psychischen Erkrankungen sowie unter Bedachtnahme spezieller Zielgruppen (z. B. Kinder).</p>
Zuordnung zu Globalbudget-Maßnahmen (Bundesvoranschlag)	<p>2016-BMGF-GB24.03-M2:</p> <p>Umsetzung der Empfehlungen und Maßnahmen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (KiJuGeS)</p>

Problemdefinition

Bei den im Kinderimpfprogramm angebotenen Impfungen muss eine hohe Durchimpfungsrate, z. B. im Falle von Masern eine Durchimpfungsrate von 95%, aufrechterhalten werden, um ein Wiederauftreten dieser Krankheiten zu verhindern. Außerdem besteht eine internationale Verpflichtung der WHO Region Europa, entsprechend hohe Durchimpfungsraten hinsichtlich Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung und Masern aufrecht zu erhalten. Moderne Impfstoffe sind am freien Markt sehr teuer und für die meisten Eltern nicht finanzierbar. Bei öffentlichen Ausschreibungen können diese Produkte um einen Bruchteil dieser Kosten besorgt werden.

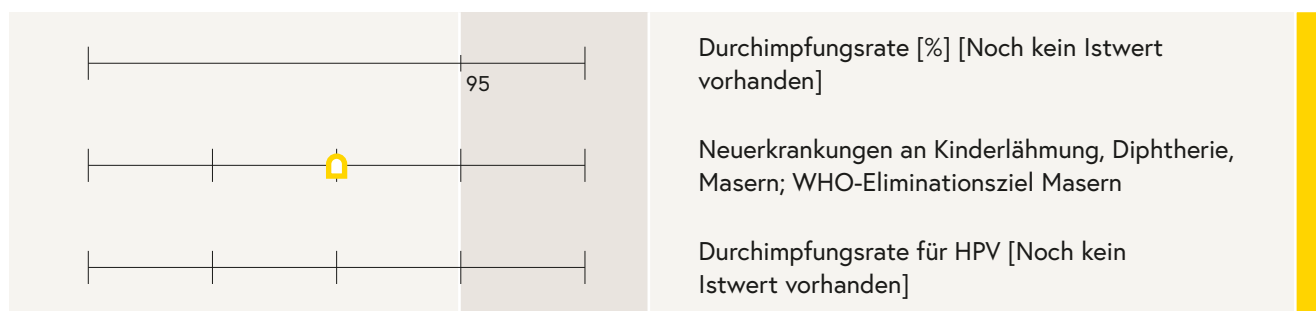
Derzeit müssen 300.000 Kleinkinder gegen Diphtherie, Keuchhusten, Wundstarrkrampf, Kinderlähmung, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b, Rotavirus, Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln und Rotavirus grundimmunisiert werden. Hierzu müssen jährlich rund 800.000 Einzeldosen verabreicht werden. Bei den Schulkindern werden Auffrischungen zu Hepatitis B, Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung sowie eine Impfung gegen Meningokokken ACWY angeboten. Hiervon sind

240.000 Schulkinder mit 240.000 Einzeldosen betroffen. Die meisten dieser Krankheiten treten in Österreich dank langjähriger Impfprogramme nicht mehr oder nur mehr sporadisch auf. Um diesen Zustand zu sichern, müssen die hohen Durchimpfungsraten beibehalten werden. Das ist nur durch eine bundesweit einheitliche Vorgangsweise erreichbar. Daher kann auch das Impfprogramm nicht an Bundesländer und einzelne Sozialversicherungsträger delegiert werden.

Daher wurde vor fast 20 Jahren das kostenfreie Kinderimpfprogramm mit dem klaren Ziel ins Leben gerufen, allen in Österreich lebenden Kindern bis zum 15. Lebensjahr Zugang zu den für die öffentliche Gesundheit wichtigen Impfungen zu ermöglichen, ohne dass dafür den Erziehungsberechtigten Kosten erwachsen. Nur so können die notwendigen Impfbeteiligungen in der Bevölkerung erreicht werden. Aufgrund einer entsprechenden Vereinbarung zwischen dem Bund, den Bundesländern und der Sozialversicherungsträger besteht für den Bund die Verpflichtung, jährlich die Impfstoffe zur Verfügung zu stellen.

Ziele

Ziel 1: ■ **Sicherstellung und Ausbau des öffentlichen Kinderimpfkonzpts sowie eines kostenlosen Zugangs für alle Kinder und Jugendlichen zu Basisimpfungen**



Maßnahmen

1. Beschaffung und Finanzierung des Kinderimpfkonzeptes 2016 sowie Monitoring des Impfverhaltens der österr. Bevölkerung Beitrag zu Ziel 1

2. Beschaffung und Finanzierung des Kinderimpfkonzeptes 2017 sowie Monitoring des Impfverhaltens der österr. Bevölkerung Beitrag zu Ziel 1

■ nicht erreicht
 ■ teilweise erreicht
 ■ überwiegend erreicht
 ■ zur Gänze erreicht
 ■ überplanmäßig erreicht
 Zielzustand

Finanzielle Auswirkungen

in Tausend Euro	2016	2017	2018	2019	2020	Gesamt
Erträge	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Personalaufwand	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Betrieblicher Sachaufwand	15.381	15.350	0	0	0	30.731
Plan	16.001	16.396	0	0	0	32.397
Werkleistungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Transferaufwand	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Sonstige Aufwendungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Aufwendungen gesamt	15.381	15.350	0	0	0	30.731
Plan	16.001	16.396	0	0	0	32.397
Nettoergebnis	-15.381	-15.350	0	0	0	-30.731
Plan	-16.001	-16.396	0	0	0	-32.397

Erläuterungen

Im Jahr 2016 sind für das Impfkonzept tatsächliche Kosten in der Höhe von 15.380.562,68 Euro entstanden. Im Jahr 2017 sind für das Impfkonzept tatsächliche Kosten in der Höhe von 15.350.458,61 Euro entstanden. Abweichungen kommen dadurch zustande, dass die tatsächliche Impfbeteiligung im Voraus niemals vorhersehbar ist, wes-

halb die tatsächlich finanzielle Auswirkung etwas von den ursprünglichen Schätzungen abweicht. Die Impfstoffkosten werden zu 2/3 vom Bund übernommen, zu 1/6 von den Sozialversicherungsträgern und zu 1/6 von den jeweils betroffenen Bundesländern.

Konnte die Bedeckung (der Struktur nach), wie in der WFA dargestellt, durchgeführt werden? Ja

Wirkungsdimensionen

Kinder und Jugend

Auswirkungen auf die aktive Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern (Zahlen gelten jeweils pro Jahr)

- Eine Geburtskohorte umfasst rund 80.000 Kinder: Diese haben die Möglichkeit 6-fach-Impfstoffe, Pneumokokkenimpfstoffe, Impfstoffe gegen Masern-Mumps-Röteln sowie Rotavirusimpfstoffe zu kostenfrei zu erhalten.
- Je einem Schuljahrgang zu rund 84.000 Kindern werden je eine Dosis Hepatitis B, Meningokokken-, und 4-Fachimpfstoff angeboten bzw. 2 Dosen der HPV-Impfung.
- Insgesamt wurden 2016 rund 1,1 Millionen Dosen an Impfstoffen im kostenfreien Impfprogramm abgegeben und 2017 rund 1,2 Millionen Dosen.

Tatsächliche Gleichstellung von Frauen und Männern

Onkogene Humane Papillomaviren (HPV) Typen sind die Hauptursache für Krebsvorstufen (prä-maligne Veränderungen) und Krebserkrankungen des Gebärmutterhalses (Zervixkarzinom), an Oropharynx (70% HPV-assoziiert), Anus (>90% HPV-assoziiert), Penis (60% HPV-assoziiert), Vagina (75% HPV-assoziiert) sowie Vulva (70% HPV-assoziiert). In Folge von verdächtigen Befunden (Konsequenz von HPV-Infektionen) werden in Österreich 60.000 Kolposkopien pro Jahr durchgeführt. Außerdem werden pro Jahr mehr als 6.000 Konisationen (Operation am Gebärmutterhals) durchgeführt, diese erhöhen das Frühgeburtsrisiko und die neonatale Mortalität. In Öster-

reich treten zudem ca. 400 neue Fälle von Zervixkarzinom bzw. 130–180 Todesfälle pro Jahr auf.

Die 9-valente HPV-Impfung, welche im kostenfreien Impfprogramm verfügbar ist, deckt beispielsweise 90% der Typen ab, welche Gebärmutterhalskrebs verursachen.

Zusammenfassend ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit der HPV Impfung mit einem drastischen Rückgang der Krebsfälle zu rechnen, wobei bei Frauen der Schwerpunkt im Bereich der Gebärmutter, bei Männern im Bereich der HNO Karzinome liegt. Für Frauen wird ein zusätzlicher Nutzen durch Senkung der Konisationen und damit der Senkung der Frühgeburten erreicht. Die Verhinderung von Genitalwarzen ist geschlechtsneutral. Daten aus Frankreich zeigen, dass 4 Kinder gegen HPV geimpft werden müssen, um einen Fall einer HPV-assoziierten Erkrankung wie Gebärmutterhalskrebs oder Peniskrebs und die jeweiligen Vorstufen, Genitalwarzen oder andere HPV-assoziierte Erkrankungen zu vermeiden.

Basierend auf den im kostenfreien Kinderimpfprogramm abgegebenen Dosen an HPV-Impfungen kann man davon ausgehen, dass durchschnittlich in etwa jedes 2. Kind im entsprechenden Alter in den Jahren 2016 und 2017 gegen HPV geimpft wurde.

Gesamtbeurteilung des Erfolgs des Vorhabens

Die erwarteten Wirkungen des Gesamtvorhabens sind überwiegend eingetreten.

Das kostenfreie Impfprogramm wurde vor mehr als 20 Jahren von der damaligen Bundesministerin Lore Hochtasch mit dem Ziel ins Leben gerufen, allen in Österreich lebenden Kindern bis zum 15. Lebensjahr Zugang zu den für die öffentliche Gesundheit wichtigen Impfungen zu ermöglichen, ohne dass dafür den Erziehungsberechtigten Kosten erwachsen. Auf diese Weise sind die meisten durch Impfungen vermeidbaren Krankheiten im Kindes- und Jugendalter abgedeckt. Nur durch den niederschweligen Zugang und kostenfreie Impfungen kann gewährleistet werden, dass alle Kinder, welche in Österreich wohnen, unabhängig von Herkunft oder sozialem Status, diese für die Gesundheit so wichtigen Schutzimpfungen erhalten. Hohe Durchimpfungsraten wiederum sind die Voraussetzung für Herdenimmunität, welche zur nachhaltigen Elimination von Erkrankungen wie z.B. Polio oder Masern essentiell ist. Priorität bei der Auswahl der kostenfreien Impfungen haben nach dem letzten Stand des Wissens einerseits sehr häufig vorkommende Erkrankungen, andererseits seltene aber sehr schwer verlaufende Krankheiten. Eine weitere Vorgabe ist, die Kinder mit möglichst wenigen Stichen gegen möglichst viele Krankheiten zu schützen.

Die benötigten Impfstoffe im Rahmen des Kinderimpfkonzepts für das Jahr 2016 und 2017 konnten beschafft werden. Insgesamt wurden in den Jahren 2016 und 2017 rund 2,3 Millionen Impfstoffe im kostenfreien Impfprogramm abgegeben. Konsequenz dieser erfolgreichen Impfungen ist unter anderem, dass keine Neuerkrankungen an Kinderlähmung oder Diphtherie bei Kindern aufgetreten sind. Somit wurde ein wichtiger Beitrag zur Gesunderhaltung der allgemeinen Bevölkerung geleistet.

Die Durchimpfungsraten hinsichtlich Masern-Mumps-Röteln wurden derzeit bis einschließlich 2018 analysiert und lagen für Kinder vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen (4-Jährige) im Jahr 2018 bei 84%. Dennoch

konnte bei allen Masernausbrüchen der letzten Jahre mittels Analyse der Genotypen gezeigt werden, dass die Übertragungsketten in Österreich unterbrochen wurden. Über die Jahre gesehen kann man klar sagen, dass die Durchimpfungsraten auf zu niedrigem Niveau stabil blieben, dies gilt sowohl für Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln als auch für 6-fach-Impfungen. Kinder in Österreich werden insgesamt zu spät und zu wenig konsequent mit den notwendigen Dosen geimpft und es sind weitere Anstrengungen nötig, um die Durchimpfungsraten zu optimieren.

Die Kosten für das kostenfreie Kinderimpfprogramm (Bundanteil) lagen 2010 bei rund 9 Millionen Euro. Zu einem Anstieg auf 14 Millionen Euro kam es im Jahr 2012 durch die Einführung der Pneumokokkenimpfung für alle Säuglinge sowie die Meningokokken ACWY-Impfung für Schulkinder. Zu einem weiteren Anstieg der Kosten kam es, nachdem 2014 die HPV-Impfung in das kostenfreie Kinderimpfprogramm aufgenommen wurde und lagen 2016 und 2017 bei rund 15 Millionen Euro.

Durch die Etablierung der 9-fach-Impfung gegen Humane Papillomaviren im kostenfreien Kinderimpfprogramm im Jahr 2016 konnte ein weiterer Meilenstein erreicht werden. Als Konsequenz ist nicht nur mit einem sofortigen Rückgang der Feigwarzen in der geimpften Population zu rechnen, sondern auch mit einem Rückgang der Krebsvorstufen und Krebserkrankungen (Gebärmutterhals, Hals-Nasen-Ohren-Bereich, Anus, Penis, Vagina) in den nächsten Jahren zu rechnen.

Insgesamt hat das kostenfreie Impfprogramm maßgeblich und außerordentlich dazu beigetragen, die Gesundheit von Kindern in Österreich zu erhalten und zu optimieren und dürfen wir stolz auf diese Errungenschaft sein, für die uns viele Länder europaweit beneiden.

Haben sich Verbesserungspotenziale ergeben? Nein

Weiterführende Informationen

Masern – Elimination und Durchimpfungsraten

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Masern---Elimination-und-Durchimpfungsraten.html>

Poliomyelitis – Durchimpfungsraten und Eradikation

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Poliomyelitis,-Eradikation-und-Durchimpfungsraten.html>

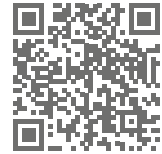
Bürgerinformation

<http://www.keinemasern.at/>

Bürgerinformation

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/impfungen/inhalt>

Leistungen der bedarfsorientierten Mindestsicherung in der Krankenversicherung



Finanzjahr	2017
Vorhabensart	§ Verordnung
Zuordnung zu Wirkungszielen (Bundesvoranschlag)	2017-BMGF-UG 24-W1: Im Rahmen der Gesundheitsstrukturpolitik Sicherstellung einer auf höchstem Niveau qualitätsgesicherten, flächendeckenden, leicht zugänglichen und solidarisch finanzierten integrierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung, ohne Unterscheidung beispielsweise nach Bildung, Status und Geschlecht

Problemdefinition

Die gegenständliche Verordnung regelt zwei verschiedene Themenbereiche:

Die Bezieherinnen und Bezieher einer Leistung der bedarfsorientierten Mindestsicherung nach den in Ausführung der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über eine bundesweite bedarfsorientierte Mindestsicherung beschlossenen Sozialhilfe- oder Mindestsicherungsgesetzen der Länder wurden durch die Verordnung, BGBl. II Nr. 262/2010, in die Krankenversicherung nach § 9 ASVG einbezogen.

Die genannte Gliedstaatsvereinbarung läuft mit Ende des Jahres 2016 aus.

Auf Grund des Wegfalls der genannten Gliedstaatsvereinbarung mit Ende des Jahres 2016 wurde durch Verordnung, BGBl. II Nr. 439/2016, zwecks Aufrechterhaltung der krankenversicherungsrechtlichen Einbeziehung, eine entsprechende technische Anpassung im Tatbestand des § 1 Z 20 der Verordnung vorgenommen. Da der Bund im Wege der Ausfallhaftung des Bundes nach § 75a ASVG einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Finanzierung der Krankenversicherung der Bezieherinnen und Bezieher der bedarfsorientierten Mindestsicherung leistet, wurde die gegenständliche Regelung bis 31. Dezember 2018 befristet.

Ziele

Ziel 1: ■ Aufrechterhaltung der krankenversicherungsrechtlichen Einbeziehung bei bedarfsorientierter Mindestsicherung.



Maßnahmen

1. Technische Anpassung des Tatbestandes der gegenständlichen Verordnung.

Beitrag zu Ziel 1

■ nicht erreicht
 ■ teilweise erreicht
 ■ überwiegend erreicht
 ■ zur Gänze erreicht
 ■ überplanmäßig erreicht
 □ Zielzustand

Finanzielle Auswirkungen

in Tausend Euro	2017	2018	2019	2020	2021	Gesamt
Erträge	47.278	53.881	0	0	0	101.159
Plan	47.278	53.881	0	0	0	101.159
Personalaufwand	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Betrieblicher Sachaufwand	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Werkleistungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Transferaufwand	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Sonstige Aufwendungen	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Aufwendungen gesamt	0	0	0	0	0	0
Plan	0	0	0	0	0	0
Nettoergebnis	47.278	53.881	0	0	0	101.159
Plan	47.278	53.881	0	0	0	101.159

Erläuterungen

Die Ist-Ersatzleistung des Bundes belief sich im Jahr 2017 auf 47,3 Millionen Euro (2018: 53,9 Millionen Euro). Jene der Länder belief sich im Jahr 2017 auf 55,0 Millionen Euro (2018: 53,9 Millionen Euro). Damit wurden die Aufwendungen zu 100% gedeckt. Den Krankenversicherungsträgern (Sozialversicherung) verblieb kein Ertrag noch entstand ein Aufwand.

Konnte die Bedeckung (der Struktur nach), wie in der WFA dargestellt, durchgeführt werden? Nein

Die Ersatzleistung des Bundes wurde aus der UG 24 , DB 24.02.03 gedeckt.

Gesamtbeurteilung des Erfolgs des Vorhabens

Die erwarteten Wirkungen des Gesamtvorhabens sind zur Gänze eingetreten.

Durch die vorliegende Verordnung wurde die krankensicherungsrechtliche Einbeziehung der Bezieherinnen und Bezieher einer Leistung der bedarfsorientierten Mindestsicherung auch für die Jahr 2017 und 2018 aufrecht erhalten. Im Jahr 2017 betrug die durchschnittliche Anzahl der anspruchsberechtigten Personen 73.309 und im Jahr 2018 73.858. Die Aufwendungen der SV-Träger betragen im Jahr 2017 109,3 Millionen Euro und im Jahr 2018 114,3 Millionen Euro Demgegenüber standen Beiträge der Länder im Jahr 2017 rund 55,0 Millionen Euro und im Jahr 2018 rund 53,9 Millionen Euro und sonstige Erträge (Regresse, Rezeptgebühren, Kostenbeteiligungen und Beihilfe für nicht abziehbare Vorsteuer) in Höhe von rund 7,0 Millionen Euro im Jahr 2017 und von rund 6,5 Millionen Euro im Jahr 2018. sowie eine Ersatzleistung des Bundes im Jahr 2017 von rund 47,3 Millionen Euro und im Jahr 2018 von rund 53,9 Millionen Euro. Dadurch wurden die bei den SV-Trägern entstandenen Aufwendungen ausgeglichen.

Haben sich Verbesserungspotenziale ergeben? Nein

