

# Bericht über die soziale Lage

## *Analysen und Ressortaktivitäten*

Soziale Sicherung  
Gesundheit  
Geschlechter  
Generationen  
Einkommen

2001 - 2002



BUNDESMINISTERIUM  
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

# **Bericht über die soziale Lage 2001 – 2002**

Analysen und Ressortaktivitäten

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Wien 2002



**Der Sozialbericht kann im BMSG unter der  
Broschürens-service-Telefonnummer 0800-202074  
bestellt werden.**

Anstelle des bisher erschienenen Tabellenbandes  
zum Sozialbericht finden Sie auf der Internet-Homepage  
des BMSG ([www.bmsg.gv.at](http://www.bmsg.gv.at), Rubrik Sozialstatistik)  
ein Tabellenset mit wichtigen und interessanten  
sozialstatistischen Informationen

Der Sozialbericht ist auf der obengenannten Homepage  
(unter „Berichte“) in elektronischer Form abrufbar

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:  
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen  
1010 Wien, Stubenring 1  
Redaktion: Abteilung I/1

Layout, Schaubilder und Verfilmung: Eugen Ketterl Ges.m.b.H., Mauerbach  
Druck: Berger, Horn  
ISBN: 3-85010-105-3

## **Bericht über die soziale Lage 2001 – 2002**

<b>Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>7</b>
<b>I. Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers</b> .....	<b>19</b>
<b>II. Sozialausgaben in Österreich</b> .....	<b>47</b>
<b>III. Sozialschutzsysteme</b> .....	<b>55</b>
<b>IV. Gesundheitswesen</b> .....	<b>109</b>
<b>V. Soziale Lage von Bevölkerungsgruppen – aktuelle Maßnahmen</b> .....	<b>143</b>
<b>VI. EU- und internationale Sozial-, Gleichstellungs- und Gesundheitspolitik</b> .....	<b>211</b>





## Vorwort

Der Sozialbericht dokumentiert die sozialpolitische Entwicklung von Mitte 2000 bis Mitte 2002.

Für die österreichische Bundesregierung war es eine große Herausforderung, den Staatshaushalt zu konsolidieren und dem Konjunkturabschwung erfolgreich zu begegnen. Trotzdem gelang es, in der Sozial- und Gesundheitspolitik richtungsweisende Akzente zu setzen und bedeutsame Fortschritte zu erzielen.

Österreich ist ein Vorreiter auf dem Gebiet der Familienleistungen. Insbesondere das Kinderbetreuungsgeld stellt einen Meilenstein dar und wird von einer großen Mehrheit der Bevölkerung als eine tragende Säule im Rahmen der sozialen Absicherung angesehen. Endlich haben nun alle Eltern Anspruch auf eine solche Leistung. Die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Kinderbetreuung ist dadurch leichter möglich. Weitere familienpolitische Verbesserungen stellen die Erhöhung der Familienbeihilfe, des Mehrkindzuschlages, des Zuschlages für behinderte Kinder sowie das Pflegegeld ab der Geburt dar.

Mit der „Behindertenmilliarde“ konnten in den letzten beiden Jahren über 22.000 Menschen mit Behinderung in rund 700 Projekten unterstützt und auf eine Integration in den Arbeitsmarkt vorbereitet werden.

Die Versehrtenrente für Schwerversehrte wurde deutlich angehoben. Für behinderte Menschen, die durch das Hochwasser im Sommer einen Schaden erlitten hatten, ist ein Betrag von 10 Millionen € zur Verfügung gestellt worden.

Trotz der angespannten Wirtschafts- und Finanzlage wird den Pensionisten für 2003 die volle Teuerungsrate abgegolten. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die überdurchschnittliche Erhöhung der Ausgleichszulagen für Ehepartner mit geringen Pensionen. Diese Maßnahme ist ein bedeutender Schritt zur Armutsbekämpfung in Österreich.

Das Pensionssystem muss auch für die Zukunft tragfähig bleiben und nachkommenden Generationen einen gesicherten Lebensabend bieten. Allerdings ist es notwendig, in Zukunft die betriebliche und die Eigenvorsorge zu verstärken. Dabei spielt die Abfertigung neu und die Prämienvorsorge eine wesentliche Rolle.

Weitere Maßnahmen im Rahmen der Seniorenpolitik waren die Verankerung der Alterssicherung in der Bundesverfassung, eine erweiterte Mitbestimmung der älteren

Generation durch Seniorenrat und Bundesseniorenbeirat sowie die Einrichtung von Bürgerbüros für Jung und Alt.

Unter dem Motto, unsere Welt menschlicher zu gestalten, wurden die Voraussetzungen für die Begleitung und Betreuung schwerst kranker Menschen durch ihre Angehörigen geschaffen. Eine finanzielle Unterstützung ist hier möglich. Ebenso können Personen, die im Rahmen der Familienhospiz einen Angehörigen betreuen, auf Antrag Pflegegeld erhalten. Sie sind während der Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz kranken- und pensionsversichert, die Ansprüche auf Abfertigung bleiben erhalten.

Auf gesundheitspolitischem Gebiet wurden mit der Erstellung eines gesamtösterreichischen Gesundheitsplanes, der Möglichkeit der Errichtung von Gruppenpraxen und den richtungsweisenden Initiativen bei der harmonisierten Ausbildung im Pflegebereich ebenso Akzente gesetzt, wie auch durch die Einrichtung eines „Hepatitis-C-Fonds“. Weitere Errungenschaften sind das Heilmasseur-, das Hebammen- und das Rettungssanitätärgesetz sowie die Ausweitung der Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind.

Österreich ist vorbildlich in der Bekämpfung von BSE und Maul- und Klauenseuche. Vor kurzem wurde das Projekt „Schweinedatenbank“ zur Seuchenprävention und Verbesserung der Lebensmittelqualität auf Schiene gebracht.

Hinsichtlich der Gewährleistung einer optimalen Ernährungssicherheit wurde eine „Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit“ eingerichtet. Zu erwähnen sind auch gesetzliche Maßnahmen im Bereich der Tierarzneimittelkontrolle.

Ich danke allen Kolleginnen und Kollegen, die an dieser sehr positiven Bilanz mitgewirkt haben, sehr herzlich.

Mein Dank gilt auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich am Zustandekommen dieses Sozialberichts verdient gemacht haben.

**Mag. Herbert Haupt**

*Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen*





## ZUSAMMENFASSUNG

### Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

**Die Integration aller Haushalte in das gesellschaftliche Leben abzusichern gehört zu den erklärten Zielen der Sozialpolitik.** Dies setzt die Verfügbarkeit über ein Mindestmaß an finanziellen Mitteln voraus. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Haushalte mit Personen im erwerbsfähigen Alter „aus eigener Kraft“ einen ausreichenden Lebensstandard finanzieren können.

**Arbeitslosigkeit und Teilzeitarbeit sind wichtige Bestimmungsgrößen der ungleichen Verteilung von Erwerbchancen;** das Geschlecht, die Ausbildung und die Stellung im Haushaltsgefüge sind weitere zentrale Faktoren. Alle zusammen bestimmen die Höhe des Einkommens, auf das ein Haushalt auf Grund seiner Erwerbstätigkeit rechnen kann. Die Höhe des Erwerbseinkommens zeigt an, wie groß die Lücke bei Finanzierung der Haushaltsausgaben aufklafft: Welchen Teil dieser Lücke hat die Sozialpolitik durch Sozialtransfers abzudecken? Welche Haushalte bedürfen dieser Sozialtransfers, um eine »Marginalisierung« zu vermeiden? Im Lichte dieser Fragestellungen ergibt sich eine klare **Schnittstelle zwischen den wirtschaftlichen Erwerbchancen und den sozialpolitisch notwendigen Transfers.**

Das **unselbstständigen Brutto-Jahreseinkommen lag im Mittel (Median) im Jahr 2000 bei € 20.757,-;** für Frauen lag das Mittel bei € 14.976,-; für Männer bei € 25.093,-.

**Die durch Erwerbstätigkeit erzielbaren Markteinkommen verteilen sich recht unterschiedlich auf die einzelnen Haushalte.** Das „unterste“ Fünftel von Haushalten muss sich mit 8% der Markteinkommen aller Haushalte begnügen. Auf das „oberste“ Fünftel entfallen rund 35% der Markteinkommen.

In vielen Fällen reicht das Erwerbseinkommen nicht aus einen mittleren Lebensstandard zu finanzieren.

**Die meisten alleinerziehenden Frauen in Arbeiter- oder Angestelltenberufen können mit ihren Erwerbseinkommen keinen mittleren Lebensstandard finanzieren;** dies würde ein Netto-Erwerbseinkommen von € 2.140,- bzw. ein Brutto-Einkommen von € 3.320,- pro Monat bei jahresdurchgängiger Beschäftigung erfordern. Dieses Einkommen erreichen alleinerziehende Frauen nur in Ausnahmefällen.

**Auch wenn in einem Haushalt mehr als eine Person erwerbstätig ist, reicht oft das Erwerbseinkommen allein nicht aus, einen mittleren Lebensstandard zu**

**erzielen.** (Dies würde ein »Erstverdienstniveau« von brutto € 2.260,- und netto € 1.550,- erfordern; das notwendige „Zweitverdienstniveau“ würde bei brutto € 1.290,- und netto € 990,- liegen). Das Referenzerwerbseinkommen von € 1550,- (»Erstverdienst«) verfehlen 56% der Männer und 80% der Frauen; das Referenzerwerbseinkommen von € 990,- („Zweitverdienst“) bleibt für 13% der Männer und 42% der Frauen unerreichbar.

Die Sozialtransfers spielen v.a. bei Haushalten des unteren Lebensstandbereiches eine große Rolle. Die Sozialtransfers tragen wesentlich dazu bei, Einkommensarmut zu vermeiden oder deutlich abzuschwächen. **Unter den Sozialtransfers spielen die familienbezogenen Leistungen eine besondere Rolle;** gefolgt von krankheitsbezogenen Unterstützungen und den mit Arbeitslosigkeit verbundenen Transfers.

### Die gesamten Sozialausgaben Österreichs

Die nach der EU-konformen Methode berechneten Sozialausgaben betragen **2000 59,6 Mrd.€** oder **29,1% des Brutto-Inlandsproduktes.** Die Sozialquote (Anteil der Sozialausgaben am Brutto-Inlandsprodukt) ist damit nach einem leichten Rückgang 1997 und 1998 (-0,2%- bzw. -0,3%-Punkte) in den Jahren 1999 und 2000 wieder auf 29,1% gestiegen.

War die jährliche reale Zuwachsrate der Sozialausgaben in der ersten Hälfte der neunziger Jahre im Durchschnitt bei 4% gelegen, so sank dieser Wert zwischen 1996 und 2000 auf rund 2%. Die reale Zuwachsrate in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre lag damit unter jener des BIP für diesen Zeitraum.

Der starke Anstieg der Sozialquote in der ersten Hälfte der neunziger Jahre ergab sich einerseits aufgrund eines verlangsamten BIP-Wachstums und andererseits aufgrund einer Reihe von Leistungsverbesserungen wie der Einführung des zweiten Karenzjahres, verbesserten pensionsrechtlichen Regelungen für Frauen, dem Ausbau der Familienförderung (Kinderabsetzbeträge) und der grundlegenden Reform im Pflegebereich (Einführung des Bundespflegegeldes).

Im Zuge der Konsolidierungspolitik seit 1995 wurden Leistungen teilweise eingeschränkt bzw. die Zuwachsraten gedämpft. Dies führte zu einem **Rückgang der Sozialquote ab 1996,** wobei in den Jahren 1997 und 1998 die



## Zusammenfassung

gute Konjunktorentwicklung diesen ebenfalls beeinflusste. Der **Anstieg der Sozialquote** von 1998 bis zum Jahr 2000 ist vor allem durch die Ausgabensteigerung bei den Pensionen, der gesetzlichen Krankenversicherung (starker Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel) sowie des Familienlastenausgleichsfonds und der Kinderabsetzbeträge verursacht.

Rund die  **Hälfte der Sozialausgaben** wurde 2000 für die **Alters- und Hinterbliebenenversorgung, ein Viertel für Krankheitsleistungen** aufgewendet. Für **Familienleistungen** wurde rund **ein Zehntel** der gesamten Sozialleistungen ausgegeben, für **Invaliditätsleistungen** im erwerbsfähigen Alter **8%** und für **Arbeitslosenleistungen** **5%**.

Die **gesamten Altersleistungen** wuchsen von 1990 bis 2000 um **69%**. Dieser Anstieg entspricht dem Anstieg der gesamten Sozialausgaben. Starke **Zuwächse** gab es beim **Pflegegeld** für über 60jährige Personen sowie bei den **Ausgaben der Länder für Alten- und Pflegeheime**. Die Ausgaben für Alters- inklusive Invaliditätspensionen im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung für über 60/65 Jährige stiegen etwas geringer als die gesamten Altersleistungen. Bei den **vorzeitigen Alterspensionen** bei langer Versicherungsdauer führte der **deutliche Anstieg der Bezieher/innen** dieser Pensionsleistung zu einer stärkeren Aufwandserhöhung.

Im gesamten Zeitraum 1990 bis 2000 stiegen die **Familienleistungen** um **72%**. Für das hohe Wachstum von 1990 bis 1995 war v.a. die Reform beim Karenzgeld (Einführung des zweiten Karenzjahres) verantwortlich. Seit 1995 sind die Ausgaben für das Karenzgeld aufgrund des Geburtenrückganges sowie der budgetären Konsolidierungsmaßnahmen (u.a. faktische Verkürzung der Dauer des Karenzurlaubes) gesunken. Die Einführung der **Kinderabsetzbeträge** (eine dem Steuersystem zugehörige familienbeihilfenähnliche Leistung) führte ab 1994 zu einem deutlichen Mehraufwand bei den Familienleistungen.

Die Ausgaben für **Arbeitslosigkeit** haben zwischen 1990 und 2000 um drei Viertel zugenommen. Der Anstieg der Arbeitslosenquote von 5,4% im Jahre 1990 auf über 7% in den Jahren 1996 - 1998 führte zu einem entsprechend hohen Anstieg der Zahl der Bezieher/innen von verschiedenen Arbeitslosenleistungen. Erst 1999 und 2000 sank die Arbeitslosenquote deutlich (6,7% bzw. 5,8%). Die gestiegenen Ausgaben für Arbeitslosigkeit sind vor allem durch die **stark angewachsene Zahl von Leistungsbezieher/innen** und nicht aufgrund überproportionaler Erhöhungen der Pro-Kopf-Arbeitslosenleistungen verursacht.

Im internationalen Vergleich liegt der Anteil von Österreichs Sozialausgaben an der gesamten Wirtschaftsleistung im **Mittelfeld vergleichbarer Mitgliedsländer der**

**Europäischen Union**. Mit einer Sozialquote von 29,1% lag Österreich 1999 über dem EU-Durchschnitt von 27,6%, der Anstieg der Sozialquote von 2,0%-Punkten zwischen 1980-1999 war jedoch geringer als jener im EU-Durchschnitt (+3,3%-Punkte). Die höchsten Zuwächse hatten aufgrund des geringen Ausgangsniveaus die südeuropäischen Länder zu verzeichnen.

Die **Struktur der Sozialausgaben** unterscheidet sich in Österreich insofern beträchtlich vom EU-Durchschnitt, als die Ausgaben für Altersversorgung (Österreich 48,3%, EU 46%) und Familie (Österreich 10,6%, EU 8,5%) eine viel größere Rolle spielen. Die Ausgaben für Arbeitslosigkeit (Österreich 4,7%, EU 6,8%) sowie Krankheit und Invalidität (Österreich 34,2%, EU 34,9%) sind dagegen in Österreich niedriger.

## Sozialversicherung

Den **Gesamtausgaben** der gesetzlichen Pensionsversicherung, Krankenversicherung und Unfallversicherung standen im Jahr 2001 **Gesamteinnahmen** von ebenfalls rund **€ 34,7 Mrd** gegenüber: Der Gebarungsabgang betrug im Jahr 2001 € 40 Mio, der sich wie folgt zusammensetzt: einem Negativsaldo im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund € 148 Mio, einem Negativsaldo im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung im Ausmaß von € 30 Mio sowie einem Überschuss in der Unfallversicherung in Höhe von € 138 Mio.

Von den Gesamtausgaben entfielen knapp **96% auf Leistungen an Versicherte**, das waren im Jahr 2001 € 33,3 Mrd, im Jahr 2000 waren es im Vergleich dazu € 32,1 Mrd.

Von 2000 auf 2001 stiegen die Gesamtaufwendungen um 3,6% und die Versicherungsleistungen um 4,1%. Die sonstigen Ausgaben inklusive Verwaltungskosten verringerten sich hingegen um 5,9%: Der **Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand** betrug dabei € 809 Mio, das waren **2,3% der Gesamtaufwendungen**. Gegenüber dem Jahr 2000 sind die Verwaltungsaufwendungen damit um 4,5% gesunken.

Nach Versicherungszweigen betrachtet entfielen auf die Krankenversicherung 30%, auf die Pensionsversicherung 67% und auf die Unfallversicherung 3% der Aufwendungen.

Gegenüber dem Vorjahr hat sich 2001 der **Gebarungsabgang in der Krankenversicherung verringert**, im Jahr 2000 betrug er noch € 231 Mio. Dieser Rückgang ist vorwiegend auf die von der Bundesregierung zur Konsolidierung der Finanzen der Krankenversicherungsträ-



ger ergriffenen Maßnahmen zurückzuführen, darüber hinaus haben zahlreiche trägerinterne Maßnahmen ebenfalls zur substantiellen Verringerung beitragen.

Im **Jahr 2001** wurden im Jahresdurchschnitt **etwa 2 Mio. Pensionsleistungen** ausbezahlt, von ca. 3,2 Mio. Versicherungsverhältnissen fielen Beiträge an. Dies ergibt eine **Belastungsquote** von **621**. Gegenüber dem Jahr 2000 (619) ist die Belastungsquote neuerlich **gestiegen**, d.h. die Relation von Versicherungsverhältnissen zu Leistungen hat sich geringfügig verschlechtert. Freie Dienstnehmer und geringfügig Beschäftigte sind in die Berechnung nicht inkludiert, da eine exakte Zuordnung zu einzelnen Pensionsversicherungsträgern derzeit nicht möglich ist.

Beinahe **62% aller Pensionsleistungen** entfielen 2001 **auf Frauen**. In erster Linie ist der hohe Frauenanteil auf die große Zahl der **Witwenpensionen** (440.000 gegenüber 40.000 Witwerpensionen) zurückzuführen. Aber auch bei den **Alterspensionen** überwog der **Frauenanteil (56%)**, da Frauen ihre Pension wegen ihres **niedrigeren Pensionszugangsalters** und vor allem wegen der **höheren Lebenserwartung** deutlich länger beziehen als Männer. Wegen der gestiegenen Erwerbsbeteiligung der Frauen, der Erleichterung der Zugangsvoraussetzungen zur Pension (u.a. Einführung der ewigen Anwartschaft) und der verbesserten Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung erwerben darüber hinaus **immer mehr Frauen Anspruch auf eine eigenständige Pensionsleistung**. Dies hat zur Folge, dass die **Zahl der Doppelpensionsbezieher/innen** - und hier handelt es sich **beinahe ausschließlich um Frauen** - weiter zunimmt.

Die gestiegenen Versichertenzahlen im Bereich der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft resultiert aus der Einbeziehung der so genannten **neuen Selbständigen** in die **gewerbliche Sozialversicherung**: Während es im Jahr 2000 erst 11.000 neue Selbständige im Jahresdurchschnitt gab, **stieg** diese Zahl auf **19.000 (+64%)** im Jahr 2001. **Im Juni 2002 lag** deren Zahl **bereits bei 25.000**.

**Die neu einbezogenen** Versicherten nach § 4 Abs.4 ASVG - die **freien Dienstnehmer** - verzeichnen eine langsame, aber **stetige Zunahme**: Gab es im Jahresdurchschnitt 2000 noch 22.000 Versicherte dieser Kategorie, so stieg dieser Wert im Jahr 2001 auf 24.000 versicherte Personen. Im **Juni 2002** sind über **25.000 freie Dienstnehmer** erfasst.

Im **Juli 2002** gab es rund **210.000 geringfügige Beschäftigungsverhältnisse**, davon haben rund **40.000 Personen** von der Möglichkeit der **Selbstversicherung** gemäß § 19a ASVG Gebrauch gemacht.

Von **97.000 Pensionsneuzuerkennungen** entfielen 46.000, d.s. **47%**, auf **Alterspensionen**, **22%** auf **Invali-**

**ditätspensionen** und **31%**, auf **Hinterbliebenenleistungen**. Rund **60%** der Neuzugänge bei den Alterspensionen waren **vorzeitige Alterspensionen**. Da auch die Neuzugänge bei der Invaliditätspension beinahe ausschließlich vor Erreichen des gesetzlichen Regelpensionsalters erfolgten, bedeutet dies, dass **72% aller Neuzugänge** bei den **Direktspensionen vor Erreichen des gesetzlichen Antrittsalters** in Pension gingen: Bei den **Männern** betrug dieser Anteil **87%**, bei den **Frauen 56%**.

Das **durchschnittliche Pensionsantrittsalter** (unter Berücksichtigung aller Pensionsarten) betrug im **Jahr 2001 58,0 Jahre** (2000: 57,7 Jahre). **Frauen** gingen um rund einhalb Jahre früher in Pension als Männer, nämlich mit **57,3 Jahren** gegenüber **58,7 Jahren** bei den **Männern**.

Im Jahr 2001 gab es **74.000 Pensionsabgänge** wegen Tod der Leistungsbezieher/innen; das durchschnittliche **Pensionsabgangsalter der Frauen** stieg von **1970 bis 2001 von 75,7 Jahren auf 80,2 Jahre**, jenes der **Männer** von **73,3 Jahren auf 75,3 Jahre**.

Niedrigere Aktiveinkommen zum einen und Lücken im Versicherungsverlauf etwa durch die Erziehung von Kindern zum anderen bewirken, dass die **Durchschnittspensionen der Frauen** (mit Ausnahme der Witwenpensionen) noch immer **wesentlich unter jenen der Männer** liegen: Die **durchschnittliche Alterspension der Männer** in der gesetzlichen Pensionsversicherung betrug im **Dezember 2001** ohne Zulagen und Zuschüsse **€ 1.158,-**, jene der **Frauen € 669,-**

2001 lagen beinahe **75% aller Pensionsleistungen unter € 1.000,-**, weitere **15%** im Bereich von **€ 1.000,- bis € 1.500,-** und nur **10%** über **€ 1.500,-**.

**Mitte 2001** erhielten in Österreich **1,976.000 Personen** mindestens eine **Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung und/oder eine Beamtenpension**. Dieser Zahl an Leistungsbeziehern standen **2,245.000 ausbezahlte Pensionsleistungen** gegenüber. Verglichen mit den ausbezahlten Leistungen ist die Zahl der Pensionisten/innen im letzten Jahrzehnt weitaus schwächer gestiegen, d.h. die **Mehrfachbezieher/innen** haben **deutlich zugenommen**: Am 1.Juli 2001 erhielten **230.000 Frauen und 37.000 Männer**, d.s. **14%** (Männer 4%, Frauen 21%) aller Bezieher/innen einer Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung bzw. einer Beamtenpension, noch **mindestens eine weitere Pensionsleistung** aus der gesetzlichen Pensionsversicherung oder eine Beamtenpension.

Der Ausgleichszulagenrichtsatz für **Alleinstehende** betrug im Jahr 2001 **€ 613,-**, der Richtsatz für Pensionisten/innen, die mit **ihrer/ihrem Ehegattin/Ehegatten** im gemeinsamen Haushalt leben, **€ 875,-**. Im Dezember



## Zusammenfassung

2001 bezogen **231.000 Personen** eine Ausgleichszulage. Dies entspricht **12%** der Pensionsbezieher/innen. Dieser Anteil ist seit Jahren - trotz zahlreicher überproportionaler Erhöhungen der Richtsätze - rückläufig. **Rund 72%** der **Ausgleichszulagenbezieher/innen** sind **Frauen**.

### Sozialhilfe

Laut Angaben der Länder betrug 1999 die Zahl der Allein-, Haupt- und Mitunterstützten **in der offenen Sozialhilfe** (Gewährung der Sozialhilfe an Personen in Privathaushalten) **63.000 Personen**. Die Zahl der Sozialhilfebezieher und -bezieherinnen **in Altenwohn- und Pflegeheimen** betrug **58.000 Personen**.

Im Herbst 2001 wurde eine Arbeitsgruppe mit Vertretern des Bundes und der Länder unter der Federführung des BMSG eingerichtet. Die Arbeitsgruppe setzt sich mit Fragen der **Harmonisierung im Sozialhilferecht** auseinander. Ziel der Beratungen ist eine Vereinbarung gem. Art.15a B-VG über gemeinsame Qualitätsstandards in der Sozialhilfe, die wesentliche Grundsätze einer modernen und für die Betroffenen transparenten Sozialhilfe enthalten soll.

### Pflegevorsorge

Im **März 2002** erhielten insgesamt **279.000 Personen** Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz. 2001 betrug der **Aufwand des Bundes** für Leistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz insgesamt 19,6 Mrd.öS (€ 1,4 Mrd).

Rund **51.000 Personen (Stand 12/00)** erhalten ein **Pflegegeld der Länder**. Im Jahr 2000 wurden im Bereich der Länder 3,7 Mrd.öS (€ 267 Mio) für Leistungen nach den Landespflegegeldgesetzen aufgewendet.

2001 ist eine **Novelle** zum Bundespflegegeldgesetz (BPGG) in Kraft getreten, deren wesentliche Inhalte die Euroumstellung, der Entfall der Altersgrenze für die Gewährung eines Pflegegeldes und die Aufnahme eines eigenen Kapitels zum Thema Qualitätssicherung sind.

Mit einer Novelle zum ASVG wurde mit Wirkung vom 1. Jänner 2001 die **begünstigte Weiterversicherung** in der Pensionsversicherung für pflegende Angehörige auf die Pflegegeldstufe 4 ausgedehnt.

Vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen wurde eine Studie über **„Beschäftigte im Bereich Pflege und Betreuung“** erstellt, die im Frühjahr 2002 veröffentlicht wurde. Wesentliche Ergebnisse der

Studie sind der Trend zu qualifizierter Pflege und Betreuung sowie der durch die Einführung des Pflegegeldes eingetretene Beschäftigungseffekt.

Zum Thema **„Berufsbilder und Ausbildungen im Pflege- und Behindertenbereich“** wurde über Ersuchen der Landessozialreferentenkonferenz unter der Federführung des BMSG eine Arbeitsgruppe eingerichtet. **Ziel** ist es, zu **einheitlichen Ausbildungen und Berufsbildern im Pflege- und Behindertenbereich** zu gelangen.

### Behindertenpolitik

Der Schwerpunkt der Behindertenpolitik lag im Bereich der beschäftigungsfördernden Maßnahmen in den letzten beiden Jahren in der Beschäftigungsoffensive der Bundesregierung für Menschen mit Behinderung (**„Behindertenmilliarde“**). Zielgruppen sind behinderte Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf, ältere Menschen mit Behinderung, deren Arbeitsplätze durch einen sich verschlechternden Gesundheitszustand gefährdet sind und Menschen mit psychischen Einschränkungen, geistigen Behinderungen und Sinnesbehinderungen, die generell Integrationsprobleme am Arbeitsmarkt haben. Im Jahr 2001 konnten so über 8.000 Menschen gefördert werden. In mehr als 3.000 Fällen führten die Maßnahmen zu einer Arbeitsplatzterlangung, in 1.000 Fällen konnte der Arbeitsplatz gesichert werden.

Durch die **Novelle** BGBl I Nr.60/2001 kam es zu zwei wesentlichen Änderungen im **Behinderteneinstellungsgesetz**. Zum einen erfolgte eine Erhöhung der Ausgleichssteuer, zum anderen wurde der besondere Kündigungsschutz modifiziert.

Ende 2001 gehörten insgesamt **83.000 Personen** dem Kreis der **begünstigten Behinderten** an; das sind um rund 3.000 mehr als 2000. 2001 waren bei sämtlichen der Einstellungspflicht unterliegenden Dienstgebern insgesamt **85.000 Pflichtstellen** zu verzeichnen. Von diesen Pflichtstellen waren **55.000 mit begünstigten Behinderten besetzt**. **30.000 Pflichtstellen** waren **unbesetzt**. Insgesamt wurde damit die **Beschäftigungspflicht zu 65% erfüllt**.

In den derzeit **8 Integrativen Betrieben** in ganz Österreich standen Anfang 2002 1.770 Personen, davon 1.415 Behinderte, in Beschäftigung bzw. in Erprobung oder Lehre. Des Weiteren nahmen per 1. Jänner 2002 64 Behinderte an Ausbildungsprojekten in den Integrativen Betrieben teil.

Für **Individualförderungen** wurden 2001 234 Mio.öS (€ 17 Mio) aufgewendet.



Die Bundessozialämter bieten mit Hilfe des Europäischen Sozialfonds zusätzliche Programme zur **Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit** und Heranführung von Menschen mit Behinderung an den Arbeitsmarkt an. Diese Programme beinhalten Maßnahmen zur Erlangung und Erhaltung von Arbeitsplätzen, berufliche Qualifizierung und Unterstützungsstrukturen. Für die Jahre 2000 und 2001 wurden ca. 330 Mio.öS (€ 24 Mio) aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds zur Verfügung gestellt. Etwa genau soviel wurde aus nationalen Mitteln bezahlt. Von diesen Maßnahmen waren ca. 14.000 Förderfälle betroffen.

**Behinderten Menschen, welche auf die Benützung eines Kfz angewiesen sind, wurden Mehrbelastungen, die sich durch die Entrichtung der Normverbrauchsabgabe bei der Anschaffung von Kraftfahr-zeugen ergeben, abgegolten. Die Aufwendungen dafür betragen im Jahr 2001 rund 50 Mio.öS (€ 3,7 Mio).**

Weitere Maßnahmen der Behindertenpolitik betreffen den Bereich „**Tourismus und Behinderung**“, in dem das BMSG eine Studie zum Thema „Qualitätskriterien im Tourismus für behinderte und ältere Menschen“ in Auftrag gegeben hat, sowie die Arbeitsgruppe „**Behindertensport**“, die Strategien für eine langfristige Sicherstellung der Finanzierung des Behindertensports erarbeitet hat. Darüber hinaus wirkt das BMSG als nationale Koordinierungsstelle in den Vorbereitungen für das **Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003**. In diesem Jahr sollen unter anderem Maßnahmen zur Sensibilisierung für den Diskriminierungsschutz und die Gleichberechtigung behinderter Menschen, zur Förderung der Chancengleichheit und der positiven Darstellung der Menschen mit Behinderung sowie der Sensibilisierung gegenüber der Heterogenität und der vielfältigen Formen der Diskriminierung dieser Bevölkerungsgruppe umgesetzt werden.

Zur **sozialen Abfederung der Unfallrentenbesteuerung** können Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung gewährt werden. Bezieher von Unfallrenten, deren nach § 33 des Einkommensteuergesetzes zu versteuerndes Einkommen den Jahresbetrag von 230.000,- öS (€ 16.715) nicht übersteigt, können so die gesamte aus der Besteuerung resultierende Mehrbelastung abgegolten erhalten. Für Personen, deren Einkommen darüber liegt, wurden Einschleifregelungen und eine Härteklausele eingeführt.

## Sozialentschädigung

In der **Kriegsopferversorgung** ist die Zahl der Versorgungsberechtigten zwischen 1990 und 2001 von 128.000 auf **67.000 Personen** gesunken. Der finanzielle

Gesamtaufwand ist in diesem Zeitraum von 6,2 Mrd.öS auf **4,7 Mrd.öS** (€ 343 Mio) zurückgegangen. Am 1. Jänner 2002 bezogen 62.000 Personen Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz.

Seit 1990 ist die Zahl der Versorgungsberechtigten nach dem **Heeresversorgungsgesetz** um rund ein Drittel auf 1.700 zum Jahresbeginn 2002 gestiegen. Der **finanzielle Aufwand** betrug 2001 **119 Mio.öS** (€ 8,65 Mio) und hat sich seit dem Jahr 1990 um mehr als die Hälfte erhöht.

Von 1990 bis 2001 ist die Zahl der Empfänger wiederkehrender Geldleistungen nach dem **Opferfürsorgegesetz** (Renten- und Beihilfenempfänger) um mehr als ein Viertel von 3.600 auf **2.400 Personen** zurückgegangen (Stand 1.1.2002: 2.235 Personen). Die budgetären Aufwendungen sanken im gleichen Zeitraum von 263 Mio.öS auf **201 Mio.öS** (€ 14,6 Mio). Die am 1. März 2002 in Kraft getretene **Novelle** zum OFG (BGBl. I Nr.12/2001 bzw. BGBl. I Nr.41/2002) sieht einen Entfall der österreichischen Staatsbürgerschaft als Anspruchsvoraussetzung für Rentenbezüge sowie Leistungen in der Höhe der sieben Pflegegeldstufen für Personen vor, die aufgrund der Verfolgung emigrieren mussten und aus diesem Grund im Ausland leben.

Zum Jahresbeginn 2002 erhielten 124 Personen finanzielle Zuwendungen für Verdienst- bzw. Unterhaltentgang nach dem **Verbrechensopfergesetz**. Der Gesamtaufwand betrug im Jahr 2001 19 Mio.öS (€ 1,4 Mio) und hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt.

Zum Jahresbeginn 2001 erhielten 76 Personen (Stand 1.1.2002: 75 Personen) wiederkehrende Geldleistungen nach dem **Impfschadengesetz**. Der Gesamtaufwand im Jahr 2001 belief sich auf 28 Mio.öS (€ 2 Mio) und hat sich seit 1990 nahezu verdoppelt.

Mit 1. Jänner 2001 trat das **Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz** (KGEG) in Kraft (BGBl. I Nr.142/2000). Dieses Bundesgesetz sieht für österreichische Staatsbürger, die im Verlauf des Zweiten Weltkrieges in Kriegsgefangenschaft mittelost- oder osteuropäischer Staaten gerieten und die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, je nach Dauer der Gefangenschaft gestaffelte Entschädigungsleistungen vor. Mit einer Novelle wurde der Personenkreis erweitert. Nunmehr ist es auch möglich, Personen, die im Verlauf des Zweiten Weltkrieges in Kriegsgefangenschaft westallierter Mächte gerieten, zivilinternierte Personen, die außerhalb Österreichs festgenommen wurden, Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben sowie Kriegsgefangenen des Ersten Weltkrieges eine Entschädigungsleistung zu gewähren. Mit Stichtag 1.1.2002 bezogen **25.000 Personen** eine Leistung nach dem KGEG. Der finanzielle Aufwand dafür betrug im Jahr 2001 **80 Mio.öS** (€ 5,8 Mio).



## Zusammenfassung

### Maßnahmen für Kinder und Jugendliche

Mit dem **Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001** wurde gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen Rechnung getragen:

- das **Volljährigkeitsalter** wurde vom 19. auf das vollendete 18. Lebensjahr **gesenkt**;
- **junge Menschen ab dem 14. Lebensjahr können nun eigene Anträge stellen** und sind in eigenen pflegschaftsgerichtlichen Verfahren, die Pflege und Erziehung betreffen, verfahrensfähig;
- es ist nun zivilrechtlich **verboten eine dauerhafte Fortpflanzungsunfähigkeit bei Kindern herbeizuführen** und die Möglichkeit der Einwilligung durch einen Sachwalter bei volljährigen geistig behinderten oder psychisch kranken Personen wurde auf Fälle ernster medizinisch-somatischer Gründe eingeschränkt;
- **beide Elternteile behalten** nach Trennung und Scheidung **die Obsorge**, wenn sie eine Vereinbarung über den Wohnsitz treffen;
- die rechtliche **Position des nicht mit der Obsorge betrauten Elternteils** wurde durch erweiterte Informations- und Äußerungsrechts **gestärkt**.

Mit **1.1.2000** wurde eine **gesetzliche Grundlage für die Förderung qualitativer Elternbildungsprojekte** aus dem Familienlastenausgleichsfonds geschaffen. Gemäß § 39c FLAG können gemeinnützige Einrichtungen für qualitative Elternbildungsangebote auf Ansuchen gefördert werden; es ist auch eine entsprechende Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals förderbar.

Das **Konfliktregelungsmodell „Mediation“** kann auch für Besuchsrechts- und Obsorgefälle herangezogen werden (Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001).

Bei fünf – auf ihre Qualifikationen geprüfte – Mediations-trägerorganisationen kann seit 2001 österreichweit aus einem **Pool von 350** nach entsprechenden Ausbildungsrichtlinien ausgebildeten **Mediatoren/innen** Unterstützung bei der Konfliktregelung angefordert werden.

Im § 39c Familienlastenausgleichsgesetz (wirksam mit 1.1.2000) wurden die **rechtlichen Voraussetzungen** für die Förderung von **„Eltern- und Kinderbegleitung in Scheidungs- und Trennungssituationen“** geschaffen.

Mit der Fertigstellung der **„Österreichische Jugendwertestudie 1990 – 2000“** im Jahr 2001, wurde eine fundierte Basis an Wissen und Erkenntnissen über die „Jugend“ Österreichs geschaffen, die als Grundlage für die Jugendpolitik des BMSG dient.

Mit 1. Jänner 2001 ist ein neues **Bundes-Jugendförderungsgesetz** in Kraft getreten. Ziel dieses Gesetzes ist die **finanzielle Förderung** von Maßnahmen **der außerschulischen Jugendberziehung und Jugendarbeit**, insbesondere zur Förderung der Entwicklung der geistigen, psychischen, körperlichen, sozialen, politischen, religiösen und ethischen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen.

Mit 1. Jänner 2001 ist ein **neues Bundesgesetz über die Vertretung der Anliegen der Jugend** in Kraft getreten, welches die Mitbestimmung der Jugend auf Bundesebene durch die Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der verbandlichen Jugendorganisationen sowie der offenen Jugendarbeit neu regelt und somit auch fix verankert. Das Gesetz sieht unter anderem vor, dass in Angelegenheiten, die die Interessen der österreichischen Jugend berühren, die Bundes-Jugendvertretung den gesetzlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer, der Wirtschaftstreibenden, der Landwirte und des Österreichischen Seniorenrates gleichgestellt ist.

### Familienpolitik

Am 5. Juli 2001 wurde im Nationalrat die Einführung des **Kinderbetreuungsgeldes** beschlossen. Diese neue familienpolitische Geldleistung gilt für Geburten ab 2002 und tritt an die Stelle des Karenzgeldes. Als allgemeine Familienleistung ist das Kinderbetreuungsgeld für alle Eltern vorgesehen.

Durch das Kinderbetreuungsgeld wird die Betreuungsleistung der Eltern anerkannt und teilweise abgegolten, gleichzeitig die Wahlfreiheit vergrößert und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf deutlich verbessert. Alle Eltern erhalten unabhängig von einer vor der Geburt eines Kindes ausgeübten Erwerbstätigkeit das Kinderbetreuungsgeld.

Durch die Möglichkeit bis zu € 14.600,- jährlich dazuerdienen zu können, soll eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Mütter und Väter erreicht werden. Durch die Neuregelung soll es Eltern ermöglicht werden, auch während einer Karenz den Kontakt zum Betrieb aufrecht zu erhalten. Damit wird auch der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben nach der Babypause erleichtert. Von diesen Maßnahmen werden positive Impulse auf das Erwerbsleben der Frauen und eine partnerschaftliche Betreuung des Kleinkindes erwartet.

Mit der **Wiedereinführung der Heimfahrtbeihilfe** für Schüler/innen und Einführung der Heimfahrtbeihilfe für Lehrlinge per 1. September 2002 wird der zusätzliche finanzielle Aufwand, der den Familien durch eine notwendige Zweitunterkunft zu Ausbildungszwecken ihrer Kin-



der entsteht, durch eine nach Entfernung gestaffelte, pauschale Unterstützung wesentlich gemindert.

Die **Ausgaben** des **Familienlastenausgleichsfonds** beliefen sich im Jahr 2000 auf 57,9 Mrd.öS (€ 4,3 Mrd) und im Jahr 2001 auf 61,8 Mrd.öS (€ 4,5 Mrd); die **Einnahmen** beliefen sich im Jahr 2000 auf 59,3 Mrd.öS (€ 4,3 Mrd) und im Jahr 2001 auf 61,7 Mrd.öS (€ 4,5 Mrd). Für das Jahr 2002 sind laut BVA Ausgaben und Einnahmen von je € 4,6 Mrd (62,9 Mrd.öS) vorgesehen.

Im Jahr 2001 wurde für ca. **1,8 Mio. Kinder Familienbeihilfe** bezogen. Für ca. 1,7 Millionen Kinder wird die Familienbeihilfe vom FLAF und für über 100.000 Kinder von Selbstträgern (Bund, Länder, Gemeinden als Arbeitgeber der Eltern) bezogen. 850.000 Kinder sind unter 10 Jahre alt, 820.000 Kinder zwischen 10 und 19 Jahre und 165.000 Kinder über 19 Jahre. Für 3% der Kinder (60.000) wird ein behinderungsbedingter Zuschlag gewährt.

Für **erheblich behinderte Kinder** gibt es einen **Zuschlag** von € 131,-. Mit Wirkung ab 1.1.2003 erhöht sich ab Vollendung des 3. Lebensjahres des Kindes die Familienbeihilfe um monatlich € 7,30, die erhöhte Familienbeihilfe für ein erheblich behindertes Kind beträgt dann € 138,30.

Um der besonderen Armutgefährdung von Mehrkindfamilien entgegen zu wirken, wird ein **Mehrkindzuschlag** für Familien mit drei oder mehr Kindern gewährt. Für das dritte und jedes weitere Kind, für das Familienbeihilfe bezogen wird, steht ein Mehrkindzuschlag von € 36,40 zu, wenn das zu versteuernde Familieneinkommen im Kalenderjahr, das vor dem Jahr liegt, für das der Antrag gestellt wird, eine gewisse Höhe nicht überschritten hat. 2002 kam es zu einer Anhebung des Mehrkindzuschlages ab dem dritten Kind.

Mit der **Familienhospizkarenz** zur Betreuung und Begleitung sterbender Angehöriger wurde mit Juli 2002 eine weitere Form der **Arbeitsfreistellung mit arbeits- und sozialrechtlicher Absicherung** eingeführt. Diese unbezahlte Karenz kann bis zu drei Monaten und im Bedarfsfall längstens bis zu 6 Monate in Anspruch genommen werden, wobei die Ansprüche aus der Kranken-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung gewahrt bleiben. Die Behaltefrist dauert vier Wochen nach Ende der Karenz. In finanziell sehr angespannten Verhältnissen gibt es für die Zeit der Familienhospizkarenz eine finanzielle Abgeltung durch den Familienhärteausgleich.

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen führt Projekte zur Entwicklung und Unterstützung einer familienfreundlichen Arbeitswelt durch:

- **Mit dem Projekt „Familienkompetenzen – Schlüssel für mehr Erfolg im Beruf“** wird der Blick auf die Tatsache gelenkt, dass Kompetenzen, die innerhalb der Familie erworben werden, starke Anknüpfungspunkte für die Berufswelt haben. Das Projekt bietet Frauen und Männern mit Kindern die Möglichkeit, sich fit für den Wiedereinstieg ins Berufsleben zu machen.
- Mit dem **„Audit FAMILIE & BERUF“** wird der Wirtschaft ein qualifiziertes Instrument angeboten, um in betrieblichen Prozessen Ziele und Maßnahmen einer familienorientierten Personalpolitik zu definieren und umzusetzen.
- Seit Mitte der 90er Jahre führen mehrere österreichische Bundesländer Wettbewerbe zur Auszeichnung der **frauen- und familienfreundlichsten Betriebe** des jeweiligen Landes durch. Seit 1999 wird vom Familienministerium jährlich ein bundesweiter Wettbewerb ausgeschrieben.

**Gewalt in der Familie** ist seit vielen Jahren ein zentraler Arbeitsschwerpunkt des Ressorts - sowohl im Bereich der Weiterentwicklung und Förderung von Interventions- als auch von Präventionsmaßnahmen. Dazu dient die **Plattform gegen die Gewalt in der Familie**. Sie ist das einzige österreichweite Netzwerk, in dem 26 Hilfseinrichtungen aus den Bereichen „Gewalt gegen Kinder“, „Gewalt gegen Frauen“, „Gewalt an/unter Jugendlichen“, „Gewalt gegen ältere Menschen“ und „Geschlechtsspezifische Burschen- und Männerarbeit“ zusammenarbeiten.

Eine wichtige Maßnahme gegen Gewalt ist die Einrichtung von **Prozessbegleitung für Kinder und Jugendliche**, die Opfer von (sexueller) Gewalt geworden sind. Auf der Grundlage der in einem Modellprojekt entwickelten Standards wurde im Jahr 2000 begonnen, psychosoziale und juristische Prozessbegleitung für Gewaltopfer in ganz Österreich aufzubauen.

Mit dem **Fortpflanzungsmedizingesetz** wurde Ehegatten und Partnern einer bestehenden eheähnlichen Lebensgemeinschaft die Möglichkeit der medizinisch assistierten Fortpflanzung eröffnet.

## Frauen

Dieser Beitrag basiert auf der Studie „Geschlechtsspezifische Disparitäten“, die im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur von der Statistik Austria 2001/2002 erstellt wurde.

Die **geschlechtsspezifischen Ungleichheiten** zwischen Frauen und Männern bestehen weiter fort und werden **besonders im Berufsleben, bei den Einkom-**



## Zusammenfassung

**mensdisparitäten und bei der Beteiligung von Versorgungs- und Familienarbeit** sichtbar. Trotz deutlich verstärkter Teilnahme im Erwerbsleben und gestiegenem Ausbildungsniveau kennzeichnen geringere Aufstiegschancen, geringere Einkommen, geringere Pensionsbezüge sowie ein höheres Armutsgefährdungsrisiko die geringeren Partizipationsmöglichkeiten von Frauen.

Innerhalb der letzten dreißig Jahre **stieg das Qualifikationsniveau von Frauen deutlich an**. So verdoppelte sich der Frauenanteil unter den Universitätsabsolventinnen, wesentlich mehr Mädchen besuchen eine höhere Schule und deutlich weniger Frauen verfügen nur mehr über einen Pflichtschulabschluss. Besonders im Lehrbereich ist jedoch nach wie vor eine deutliche Geschlechtersegregation vorhanden. So dominieren Berufsfelder wie Handel, Büro und Gastronomie das Bild der weiblichen Lehrberufe.

Während der letzten 30 Jahre **stieg auch die Integration der Frauen in den Arbeitsmarkt** deutlich an. Die Erwerbsquote der Frauen liegt im Jahresdurchschnitt 2000 bei 62%, 1971 betrug diese lediglich 49%.

Dennoch besteht weiterhin eine **horizontale Segregation**, Frauen sind weiterhin auf bestimmte Bereiche und Branchen des Arbeitsmarktes konzentriert. Auch die **vertikale Segregation**, die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Einkommen und der Besetzung von Positionen innerhalb der betrieblichen Hierarchie, besteht fort. So fand die höhere schulische Qualifikation in Verbindung mit der gestiegenen Erwerbsbeteiligung von Frauen weder im beruflichen Aufstieg noch bei den Einkommen eine ausreichende Entsprechung.

Nach wie vor **konzentriert sich die Erwerbstätigkeit von Frauen auf Tätigkeiten mit geringeren oder mittleren Qualifikationsanforderungen**. So beträgt der **Anteil der Frauen in der Berufsgruppe der Hilfskräfte 62% und lediglich 28% der Führungskräfte** sind Frauen.

Da Frauen noch immer für einen Großteil der häuslichen Versorgungsarbeit zuständig sind, wird vor allem für sie **Teilzeitbeschäftigung** in bestimmten Lebenssituationen als die adäquate Beschäftigungsform angesehen. Problematisch ist v.a., dass Teilzeitbeschäftigungen überwiegend **in Tätigkeitsbereichen angeboten** werden, **die geringe Qualifikationen erfordern**. Im Jahr 2000 war die Hälfte der teilzeitarbeitenden Frauen als Hilfskraft beschäftigt. Die genannten Branchen mit hoher weiblicher Teilzeitbeschäftigung liegen in der Einkommenshierarchie auch arbeitszeitbereinigt unter dem Durchschnitt.

**Die deutlichen Einkommensunterschiede** entstehen nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Stellung in der betrieblichen Hierarchie, sie sind auch zwischen den Ge-

schlechtern **bei gleicher Ausbildung und annähernd gleicher Wochenarbeitszeit** feststellbar. Insgesamt betragen die Einkommensnachteile der Frauen bei Vollerwerbstätigkeit 18 Prozentpunkte.

Die strukturellen Benachteiligungen, die Frauen durch die asymmetrische Integration in den Arbeitsmarkt sowie durch die gesamtgesellschaftliche Arbeitsteilung erwachsen, wirken auch auf die Pensionseinkommen und beeinflussen darüber in der Folge das höhere Armutsgefährdungsrisiko von Frauen. **Frauen** haben ein um die Hälfte **höheres Armutsgefährdungsrisiko** als Männer (Frauen 13%, Männer 9%).

## Männer

Die fragwürdig gewordenen männlichen Identitäts- und Rollenbilder verlangen nach Auseinandersetzungen und positiver Neubestimmung. Die im März 2001 gegründete **Männerpolitische Grundsatzabteilung** hat die Aufgabe, die neuen gesellschaftlichen Anforderungen, das neue Rollenverhalten sowie die tatsächlichen sozialen und ökonomischen Bedingungen der Männer in Kontakt mit der Wissenschaft zu erforschen. Der Abteilung obliegt auch die Begutachtung von Gesetzes- und Verordnungsentwürfen, sowie die Zusammenarbeit mit Männerberatungsbüros und männerrelevanten Vereinen, um die Koordination dieser Institutionen zu erreichen.

Der wissenschaftlichen Erforschung der Grundlagen von Einheit und Divergenz der Geschlechter dient die Erstellung einer wissenschaftlichen Publikation zum Thema „Geschlechtertheorie“.

Mit folgenden vornehmlich empirischen Studien soll die **Lage des „Mannes in Österreich“** wissenschaftlich erforscht werden:

- „Männliche Identität im Wandel?“
- „Neue Risikogruppe männliche Scheidungsoffer - finanzielle und volkswirtschaftliche Implikationen“
- „Erster österreichischer Männergesundheitsbericht mit besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsvorsorge“
- „Männerberatungsarbeit in Österreich“
- „Risikofaktoren, die Suizide von Männern begünstigen“
- „Auswirkungen von bzw. Entwicklungsstörungen bei Vaterentbehnung“



## Einkommensarmut und akute Armut in Österreich

1999 waren etwa **880.000 Personen** in Österreich von Armutsgefährdung betroffen, dies entspricht 11% der Gesamtbevölkerung. Ein Drittel dieser Personen – etwa **310.000** Österreicher und Österreicherinnen – mussten darüber hinaus mit spürbaren Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen auskommen: akute Armut betrifft damit ca. 4% der Bevölkerung.

Das **Armutsgefährdungsrisiko von Frauen ist mit 13% höher als jenes von Männern (9%)**.

Für die folgenden Bevölkerungsgruppen ergeben sich **überdurchschnittliche Armutsrisiken** (Armutsgefährdungsraten über 20% und akute Armutsraten über 7%): Alleinerziehende ohne Erwerbseinkommen, Pensionsbezieher/innen in Einpersonenhaushalten, Nicht-EU-Bürger/innen, Langzeitarbeitslose, Personen im Erwerbsalter in Haushalten ohne jede Beschäftigung, sowie Personen mit einer Behinderung.

Personen ohne (dauerhaften) Erwerbseinkommen sind bei den Armutsgefährdeten überrepräsentiert. Aber auch in Haushalten, in denen nur eine Person Einkommen aus Erwerbsarbeit bezieht, sind mit 13% deutlich häufiger von Armutsgefährdung betroffen als Haushalte, in denen mehr als eine Person beschäftigt ist (2%).

Die  **Hälfte aller Personen**, die in den Jahren **1994 bis 1998 von Armutsgefährdung und von akuter Armut** betroffen waren, war für **nur ein Jahr** dieser Situation ausgesetzt. Etwa jede sechste im Beobachtungszeitraum armutsgefährdete oder akut arme Person war zumindest vier Jahre lang betroffen.

Mit Ausnahme der bedarfsbezogenen Leistungen ist Armutsbekämpfung nicht das vorrangige Ziel der verschiedenen Sozialleistungen. Dennoch werden Armutsraten gesenkt und Einkommenslücken geschlossen, und zwar zu einem beträchtlichen Teil. **Altersunabhängige Sozialtransfers reduzieren die Anzahl der armutsgefährdeten Personen um mehr als die Hälfte**.

Im **Europa** der 15 waren 1998 **65 Millionen Personen von Armutsgefährdung betroffen**, was einer Rate von etwa 16% entspricht. Mehr als die Hälfte dieser Personen lebt in den drei größten EU Ländern Deutschland, Vereinigtes Königreich und Frankreich und weitere 30% in den beiden großen südeuropäischen Ländern Italien und Spanien. Der Anteil der österreichischen Armutsgefährdeten in der EU beträgt 1,6%.

Was das Ausmaß des Armutsgefährdungsrisiko betrifft, lassen sich in der EU vier Ländergruppen ausmachen:

i) die vier südeuropäischen Länder, gemeinsam mit dem Vereinigten Königreich, haben die höchsten Armutsgefährdungsraten (19% bis 20%); ii) Deutschland, Belgien, Irland und Frankreich liegen im EU-Schnitt (16% bis 17%); iii) Schweden, die Niederlande, Luxemburg und Österreich haben unterdurchschnittliche Armutsgefährdungsraten (10% bis 13%); iv) die beiden nordischen Länder Finnland und Dänemark haben als einzige EU-Länder keine zweistelligen Armutsgefährdungsraten.

## Gesundheitswesen

Mit der Vereinbarung gemäß Art.15a B-VG über die **Reform des Gesundheitswesens** und die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde die leistungsorientierte **Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)** und ein **Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP)** verpflichtend eingeführt. Weiters wurde beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen ein Strukturfonds zur Beobachtung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens, des ÖKAP/GGP und der LKF eingerichtet. Diese Vereinbarung ist mit 31. Dezember 2000 außer Kraft getreten.

Im Oktober 2000 wurde im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen zur Sicherung des Anspruchs an eine bestmögliche Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Krankenanstalten insbesondere vereinbart, den Finanzbeitrag aus dem Bundesbereich (Bund, Sozialversicherungsträger) gegenüber dem Zustand zuvor nicht zu verändern. Umschichtungen im Bundesbereich bleiben dem Bund unbenommen. In Entsprechung dieser Einigung im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen wurde zwischen dem Bund und den Ländern als Vertragsparteien der Text der neuen Vereinbarung gemäß Art.15a B-VG über die **Neustrukturierung des Gesundheitswesens** und der Krankenanstaltenfinanzierung fixiert. Diese Vereinbarung trat am 1. Jänner 2001 in Kraft und gilt bis 2004.

Die neue Vereinbarung verbindet die Vertragsparteien in der Zielsetzung, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abzusichern. Die inhaltlich neuen Schwerpunkte sind vor allem darin zu sehen,

- eine integrierte, aufeinander **abgestimmte Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen**, insbesondere unter stärkerer Einbeziehung des **niedergelassenen Bereiches**, zu erreichen,



## Zusammenfassung

- ein verbindliches der **Effizienzsteigerung** dienendes **Qualitätssystem** für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen,
- die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der **Informationstechnologie** im Gesundheitswesen zu schaffen,
- das **Schnittstellenmanagement** durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern und
- den **Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP)** in Richtung eines **Leistungsangebotsplanes weiterzuentwickeln**.

Die Planung des österreichischen Gesundheitswesens wird erstmals grundsätzlich auf alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und deren Beziehungen untereinander ausgedehnt. Besonders angesprochen sind – neben dem bereits detailliert geplanten stationären Bereich – der ambulante Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien), der Rehabilitationsbereich und der Pflegebereich. Ziel sind regional aufeinander abgestimmte Planungen, die an – einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festzulegende – verbindliche **Qualitätsstandards** (zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) der Leistungserbringung zu binden sind.

Neu ist weiters, dass die Gesundheitsplanung erstmals besonders die **Schnittstellen** zwischen den unterschiedlichen Ebenen, Bereichen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung berücksichtigt. Diese Maßnahmen umfassen sowohl einen funktionierenden Informationstransfer als auch die organisatorische Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs der Patientenversorgung zwischen verschiedenen leistungs anbietenden Einrichtungen. Zur Initiierung und Förderung des Schnittstellenmanagements werden bereichsübergreifende **Pilotprojekte** mit Modellcharakter vereinbart, durchgeführt und laufend evaluiert werden.

Im Jahr 2000 standen **321 Spitäler** mit rund **70.000 Krankenhausbetten** zur Verfügung. Etwa die Hälfte der Spitäler (147 sogenannte „Fonds-Krankenanstalten“) mit allerdings 72% aller Krankenhausbetten werden aus öffentlichen Mitteln finanziert. Die Mittel des **Bundes** für die Spitalsfinanzierung (Umsatzsteueranteile und sonstige Beiträge) werden in den **Strukturfonds** eingezahlt und betragen im Jahr 2001 **€ 470 Millionen**. Für das Jahr **2002** ist mit einer Dotierung in Höhe von **€ 486 Millionen** zu rechnen.

Die Kosten der **Fonds-Krankenanstalten** beliefen sich im Jahr 2000 auf rund **€ 7,2 Mrd.** Die Kostensteigerungsrate bezogen auf das Vorjahr betrug **4,4%**.

In Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Kranken-

staltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004 wurde im Artikel 6 festgehalten, dass ein **gesamtosterreichisches Qualitätssystem** einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien zu entwickeln ist. Dieses Qualitätssystem hat auf den Prinzipien der Patient/innenorientierung, der Transparenz, der Effizienz und der Kostendämpfung zu basieren.

Zur Zeit werden Qualitätsprojekte durchgeführt, die sich einerseits auf das Krankenhaus (z.B. „Qualität im Krankenhaus“, „Quality-Indicator-Project“, „Krankenhaushygiene“ oder „Antibiotika-Strategie“) und sich andererseits auf die Qualitätssicherung der Gesundheitsberufe konzentrieren.

Mit dem Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur **Gesundheitsförderung** stellen Bund, Länder und Gemeinden zusätzlich jährlich Geldmittel in der Höhe von **€ 7,27 Millionen** zur Verfügung, die vom Fonds „**Gesundes Österreich**“ verwaltet werden. Seit 1999 wurden **300 Projekte** gefördert. Die Themen der einzelnen Projekte reichen von einer umfassenden Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge bis hin zur Suchprävention, Ernährung und der Vorsorge bei speziellen Erkrankungen. In der umfassenden Kampagne mit dem Titel „**Bewußt lebt besser**“ wurde eine **Ernährungs-Hotline** eingerichtet und als nächster Schwerpunkt wird im Herbst 2002 das Thema „**Pro Nichtrauchen**“ gesetzt.

In den maßgeblichen sozialen Systemen **Stadt, Schule, Krankenhaus und Betrieb** wurden in den letzten Jahren **Modellprojekte** mit Kooperationsstrukturen **zum Zweck der Gesundheitsförderung** ins Leben gerufen. Diese Netzwerke verbinden gesundheitsfördernde Maßnahmen sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene und wurden in den letzten Jahren weiterentwickelt.

Weitere Vorsorgemaßnahmen sind das „**Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm**“, welches an die Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe ab dem 21. Lebensmonat des Kindes gekoppelt ist und das **Impfkonzert**, das von Bund, Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemeinsam getragen wird.

Mit der **Ärztegesetznovelle 2002** wurden **Gruppenpraxen** in das österreichische Gesundheitswesen implementiert. Es besteht auch nunmehr die Möglichkeit, **Kassenverträge** für Gruppenpraxen auszuverhandeln. Durch die Etablierung von Gruppenpraxen soll der stationäre Krankenhaussektor entlastet und Versorgungslücken vor allem im ländlichen Bereich geschlossen werden.

Als weiterer Schritt zur **Patientenrechtsdurchsetzung** ist der Arzt/die Ärztin verpflichtet, den Patient/innen **Einsicht in die Dokumentation** zu gewähren.



Der Bund hat eine **Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte** (sogenannte „Patientencharta“) mit dem Bundesland Burgenland, Oberösterreich, Niederösterreich und Kärnten abgeschlossen.

Durch das **Sanitätergesetz 2002** wurde ein neues **Ausbildungssystem** für das **nichtärztliche Personal** im Rettungs- und Krankenhaustransportwesen erarbeitet, welches einerseits eine größtmögliche praxis- und berufseinstiegsgerechte und andererseits eine für ehrenamtlich tätige Personen zugängliche und zumutbare Ausbildung ermöglichen soll.

Im Bereich der **Gentechnik** wurde im Februar 2001 eine neue **Freisetzungsrichtlinie** der EU beschlossen, die unter Berücksichtigung des Vorsorgeprinzips erheblich erschwerte Anforderungen für das Freisetzen und das Inverkehrbringen von **gentechnisch veränderten Organismen** (GVO) sowie für die Kennzeichnung festlegt.

Österreich hat sich anlässlich der Beschlussfassung mit anderen fünf EU-Mitgliedstaaten dem sogenannten „Muratorium“ angeschlossen, womit derzeit die **Zulassung** von **GVO-Pflanzen** für die Landwirtschaft und die Lebensmittelproduktion **nicht möglich** ist.

Durch die beschlossene Saatgut-Gentechnikverordnung, die einen Grenzwert von 0,1% bei Nachuntersuchungen von konventionellem Saatgut vorsieht, kann eine **„Gentechnikfreiheit“** für Österreich bis auf weiteres gewährleistet werden.

Aufgrund der europaweiten BSE-Krise und ausgelöst durch den ersten BSE-Fall in Deutschland im Dezember 2000, wurde mit Jänner 2001 als Vorsichtsmaßnahme eine **lückenlose Untersuchung** aller Rinder mittels **BSE-Schnelltest** (die über 30 Monate alt sind und zur Schlachtung gelangen) angeordnet. Diese Regelung stellt den Verbraucherschutz sicher und gewährleistet, dass bestmöglich alle etwaigen Fälle von BSE in Österreich aufgedeckt werden.

Ausgelöst durch illegalen Tierarzneimittelsinsatz bei Tieren wurde - um eine Grundlage für effiziente Kontroll- und Verfolgungsmaßnahmen zu schaffen - das **Tierarzneimittelkontrollgesetz** verabschiedet. Der wesentliche Inhalt des Gesetzes ist die Beschreibung unzulässiger Einfuhr-, Vertriebs- und Anwendungsbehandlungen bzw. des verbotenen Besitzes von vorschreibungspflichtigen Tierarzneimitteln zum Einsatz an Nutztieren, sowie verbesserte Kontroll- und Sicherungsmaßnahmen.

Durch das Arzneiwareneinfuhrgesetz soll ein taugliches System der **Arzneimittelimportkontrolle** installiert werden.

Aufgrund der Lebensmittelskandale in den letzten Jahren wurde im Juni 2002 die **Österreichische Agentur für**

**Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH** gegründet. Die Ziele der Agentur – das Erreichen eines hohen Niveaus des Gesundheitsschutzes sowie der Lebensmittelsicherheit und –qualität – sollen durch eine Konzentration von Bundeszuständigkeiten in den Bereichen Ernährungsproduktion und Qualitätssicherung und aller Forschungs- und Untersuchungskapazitäten unter einem Dach erreicht werden. Die **Aufgaben** der Agentur liegen in Untersuchungs- und Begutachtungstätigkeiten, in Forschungs- und Informationstätigkeiten sowie in einer Beratungsfunktion für den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen bzw. des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.

Radioaktive Stoffe und Strahleneinrichtungen, die zur Diagnose und Therapie im medizinischen Bereich verwendet werden, unterliegen dem **Strahlenschutzgesetz**. Derzeit sind in Österreich **28 Elektronenbeschleuniger** für die Strahlentherapie und **2 Zyklotrone** im Einsatz.

## EU- und internationale Sozial-, Gleichstellungs- und Gesundheitspolitik

Durch den **Vertrag von Amsterdam**, der am 1. Mai 1999 in Kraft getreten ist, erhielt die **Sozialpolitik** auf Gemeinschaftsebene einen **neuen Stellenwert**: das Sozialprotokoll wurde Bestandteil des Vertrages und ermöglicht u.a. Maßnahmen zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen und zur Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung.

Von besonderer Bedeutung für die Sozialpolitik auf Gemeinschaftsebene sind die Schlussfolgerungen des außerordentlichen Europäischen Rates von Lissabon, die sich auf die Koordinierung und Abstimmung von Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik beziehen.

Dem Auftrag des Europäischen Rates von Lissabon folgend legte die Europäische Kommission am 28. Juni 2000 ihre Mitteilung **„Sozialpolitische Agenda“** vor, die nach Billigung durch den Rat als europäische Sozialagenda dem Europäischen Rat in Nizza im Dezember 2000 vorgelegt wurde.

Die **Europäische Sozialagenda** ist das sozialpolitische Arbeitsprogramm des Rates, der Kommission, der Sozialpartner und anderer wichtiger Akteure für den Zeitraum 2000 – 2005. **Ziel ist die Modernisierung des europäischen Sozialmodells und die Umsetzung der Schlussfolgerungen des Europäischen Rates von Lissabon**. Es soll ein größtmögliches Maß an wirtschaftlicher Dynamik, Beschäftigungswachstum und sozialem Zusammenhalt erreicht werden.



## Zusammenfassung

Für folgende Bereiche wurden konkrete Maßnahmen für die nächsten Jahre vorgeschlagen:

- Schaffung von mehr und besseren Arbeitsplätzen;
- Entwicklung neuer – dem wirtschaftlichen Wandel angepasster – Sicherheiten für die Arbeitnehmer;
- Entschlossenes Vorgehen gegen Armut und Diskriminierung und für soziale Eingliederung;
- Modernisierung der Sozialschutzsysteme;
- Förderung der Gleichstellung von Männern und Frauen;
- Berücksichtigung der sozialen Dimension der Erweiterung und der Außenbeziehungen der Europäischen Union.

Die Umsetzung dieser Agenda wird jährlich bei der Frühjahrstagung des Europäischen Rates auf der Grundlage einer Mitteilung der Kommission (Synthesebericht) überprüft.

Im Bereich der Bekämpfung von Armut und der Sicherstellung von sozialer Eingliederung haben die Mitgliedstaaten im Juni 2001 ihre ersten **Nationalen Aktionspläne zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung** (NAP) vorgelegt. Die Aktionspläne stellen die geplanten nationalen Maßnahmen zur Förderung der sozialen Eingliederung für die nächsten zwei Jahre dar. Der österreichische Aktionsplan wurde unter Federführung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen erstellt.

Die nationalen Aktionspläne der Mitgliedstaaten wurden im **Gemeinsamen Bericht von Rat und Kommission zur sozialen Eingliederung** zusammengefasst, der dem Europäischen Rat in Laeken im Dezember 2001 vorgelegt wurde. Der gemeinsame Bericht gibt einen Überblick über bewährte Verfahren und innovative Ansätze in den Mitgliedstaaten und umfasst einen allgemeinen und einen länderspezifischen Teil.

**Österreich wurde generell** positiv beurteilt, da es eines der Länder mit geringem Armutsrisiko (13% gegenüber 18% im EU-Durchschnitt) und einer niedrigen Quote des dauerhaften Armutsrisikos (5%: 1995-1997) ist. In den letzten Jahrzehnten hat die Erwerbsquote zugenommen. Die Unterschiede zwischen hohen und niedrigen Einkommen sind geringer als im EU-Durchschnitt, die Einkommensdisparitäten zwischen Männern und Frauen sind dagegen höher. Das allgemeine Bildungs- und Qualifikationsniveau der Bevölkerung hat sich in den vergangenen 30 Jahren deutlich verbessert. Das Mindestniveau der Renten (Ausgleichszulagenrichtsatz) ist von 30% auf 50% des durchschnittlichen Erwerbseinkommens angestiegen.

Zur Unterstützung der Umsetzung der nationalen Aktionspläne hat der Rat das **Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung 2002-2006** verabschiedet.

Im Bereich der **Behindertenpolitik** wurde im Sinne der Europäischen Sozialagenda der Beschluss gefasst, 2003 als „Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen“ zu deklarieren.

Die **Ziele des Europäischen Jahrs der behinderten Menschen 2003** sind:

- Sensibilisierung für das Recht der Menschen mit Behinderungen auf Schutz vor Diskriminierung,
- Gleichberechtigte Ausübung ihrer Rechte im Sinne der Charta der Grundrechte der EU,
- Reflexion und Diskussion über Maßnahmen zur Förderung der Chancengleichheit für behinderte Menschen,
- Hervorhebung des positiven Beitrages, den Menschen mit Behinderungen für die Gesellschaft leisten,
- Unterstreichung des Wertes der Vielfalt und die Schaffung eines Umfeldes, in dem diese Vielfalt gewürdigt wird,
- Sensibilisierung für die Verschiedenartigkeit der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderungen.

Im Bereich der **Gesundheitspolitik** hat die Europäische Kommission einen Vorschlag für ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorgelegt, der im Mai 2002 im Vermittlungsverfahren zwischen dem Rat und dem Europäischen Parlament angenommen wurde. Das Aktionsprogramm ist insgesamt mit € 312 Millionen dotiert. Es hat das Ziel, zum Erreichen eines hohen Gesundheitsschutzniveaus beizutragen und soll während seiner Laufzeit alle wesentlichen Förderaktivitäten im Bereich Öffentliche Gesundheit vereinen.

Es konzentriert sich auf drei Schwerpunkte:

- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Information und Kenntnisse,
- Rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren,
- Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren.

Vor dem Hintergrund zahlreicher Lebensmittelskandale und das dadurch erschütterte Vertrauen der Konsumenten soll die **Europäische Lebensmittelbehörde** dazu beitragen, das Vertrauen der Verbraucher/innen in die Lebensmittelsicherheit wieder herzustellen. Dazu wird sie von den übrigen Einrichtungen der Gemeinschaft unabhängig aber in engem Kontakt mit diesen sowie mit den Mitgliedstaaten agieren.





# I. EINKOMMEN, LEBENSSTANDARDS UND SOZIALTRANSFERS

Petra Gregoritsch  
Monika Kalmár  
Günter Kernbeiß  
Michael Wagner-Pinter

<b>1.</b>	<b>Die Entwicklung der Markteinkommen</b> .....	20
1.1.	Gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen .....	20
1.2.	Verteilung der Volkseinkommen .....	22
1.3.	Erwerbsbeteiligung und Einkommenschancen .....	23
	Selbständigen-Einkommen .....	23
	Unselbständigen-Einkommen .....	23
<b>2.</b>	<b>Einkommensquellen österreichischer Haushalte zur Absicherung ihres Lebensstandards</b> ..	25
2.1.	Die unterschiedlichen Lebensstandards der Haushalte .....	26
2.2.	Höhe und Quellen der Haushaltseinkommen .....	27
	Unterschiedliche Haushaltszusammensetzung .....	27
	Unterschiedliche Erwerbstätigkeit .....	31
2.3.	Welche Chancen bietet der Arbeitsmarkt, um einen mittleren Lebensstandard zu sichern? .....	38
2.4.	Die Markteinkommenslücke .....	40
<b>3.</b>	<b>Die Rolle der Sozialtransfers</b> .....	41
3.1.	Verteilung der Sozialtransfers auf Haushalte .....	41
3.2.	Armutslindernde Effekte der Sozialleistungen .....	46

Für die Bereitstellung von Unterlagen, für Auswertungen sowie für Anregungen und Kritik gilt unser besonderer Dank Herrn Martin Bauer, Statistik Austria und Herrn Johannes Redl, Interdisziplinäres Forschungszentrum Sozialwissenschaften.



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

### 1. Die Entwicklung der Markteinkommen

#### Vorbemerkung

Die Einkommensberichterstattung zählt in Österreich zu einem gut etablierten Feld der Sozialberichterstattung. In diesem Zusammenhang legen mehrere Institutionen empirische Befunde vor. Diese spiegeln jeweils die besonderen Interessenlagen der betreffenden Einrichtung wider.

Für den „Bericht über die soziale Lage“ des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen stehen Fragen der Sozialpolitik im Vordergrund.

Dies gilt auch für das Kapitel »Einkommen, Lebensstandard und Sozialtransfers«. In ihm wird eine systematische Verknüpfung zwischen den Einkommenschancen aufgrund von Erwerbstätigkeit und dem Finanzierungsbedarf der Haushalte zur Sicherung ihres Lebensstandards hergestellt. Auf diese Weise wird deutlich, welche unverzichtbare Rolle die Sozialtransfers spielen, wenn es darum geht, jene Lücke zu schließen, die zwischen dem Markteinkommen und dem Finanzierungsbedarf der Haushalte aufklafft.

#### 1.1. Gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen

Im Jahr 2001 ist Österreichs Wirtschaft und Gesellschaft mit den Folgen eines Konjunkturabschwungs konfrontiert gewesen. Das Wachstumstempo des Brutto-Inlandsproduktes hatte Mitte 2000 seinen Höhepunkt erreicht. Die **Abkühlung der Konjunktur** wirkte sich dann im Laufe des Jahres 2001 vor allem auf die Entwicklung der Arbeitslosigkeit aus. Konnte vorerst der Abbau der Arbeitslosigkeit noch fortgesetzt werden, kam es schließlich zu einem raschen Anstieg der Zahl der vorgemerkten Arbeitslosen. Diese Entwicklung hat sich im Jahr 2002 fortgesetzt.

Der **Anstieg der Arbeitslosigkeit** ist vor allem darauf zurückzuführen, dass konjunkturbedingt das Beschäftigungswachstum sich verlangsamte. Im Jahr 2002 ist es schließlich zeitweilig zu einer **Abnahme der Beschäftigung** gekommen.

Ein Stillstand der Beschäftigungsentwicklung führt am österreichischen Arbeitsmarkt bereits zu einem Rückschritt. Denn **der Kreis der erwerbsinteressierten Personen weitet sich laufend aus**. Kann die Beschäftigungsentwicklung mit dem zunehmenden Arbeitskräfteangebot nicht Schritt halten, dann steigt die

Arbeitslosigkeit. Dies führt zu zusätzlichen individuellen und sozialen Belastungen.

In den kommenden Jahren wird es nicht gelingen, diesen konjunkturellen Anstieg der Arbeitslosigkeit voll auszugleichen. **Im Jahr 2005 wird die Arbeitslosigkeit einen Jahresdurchschnittsbestand von rund 230.000 erreichen**. Das liegt um rund 13% über dem Wert von 2001; damit entspräche das Niveau der Arbeitslosigkeit jenem des Jahres 1997.

**Die Beschäftigung wird 2005 einen Jahresdurchschnittsbestand von gut 3,524 Mio. erreichen**. Das ist ein neuer Höchstwert. Dieser liegt um rund 2,4% über dem Niveau von 2001.

Diese zusätzlichen Beschäftigungsmöglichkeiten werden vor allem Frauen zu nutzen wissen. **Der Beschäftigungsstand von Frauen wird zwischen 2001 und 2005 um nahezu 100.000 zunehmen; jener der Männer wird dagegen um rund 7.000 abnehmen**.

Die Zunahme der Frauenbeschäftigung erfolgt weit überwiegend in Form von voll versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen.

Die für die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zentralen »rechnerischen« Durchschnittsgrößen lassen sich im sozialpolitischer Hinsicht differenzieren. **Für die Sozialpolitik ist letztlich die Größe des tatsächlich erwerbsaktiven Personenkreises relevant**.

Im Laufe des Jahres **2005 werden sich rund 2,129 Mio. Frauen am Erwerbsleben beteiligen**. Das werden um 147.000 mehr als 2001 sein; und um 317.000 mehr als 1997. **Auch bei den Männern wird es noch zu einer Ausweitung des Kreises erwerbsaktiver Personen kommen**. Dies ist vor allem auf eine erhöhte Erwerbsbeteiligung zurückzuführen. Dazu trägt auch die Anhebung des Pensionsantrittsalters bei.

Der Anstieg der Standardbeschäftigung fällt langsamer aus als das Wachstum des realen Brutto-Inlandsproduktes. Dies ist auf **Produktivitätssteigerungen der Standardbeschäftigten** zurückzuführen. Diese Produktivitätssteigerungen **schaffen die Voraussetzung für Einkommenssteigerungen**. Der durch die Produktivitätszuwächse voraussichtlich entstehende Verteilungsspielraum wird 2005 um real 7,2% über dem Niveau von 2001 liegen. Dies ist eine Verlangsamung des Produktivitätszuwachses gegenüber der Periode 1997–2001; in diesen Jahren hatte der Zuwachs mehr als 10% betragen.



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

## Übersicht 1

**Langfristige Steigerung des Markteinkommens**

Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Produktivität

	1997		2001		2005 <sup>5)</sup>	
	absolut	Index-Wert	absolut	Index-Wert	absolut	Index-Wert
Brutto-Inlandsprodukt <sup>1)</sup> in Mrd.	178.536	90,3	197.639	100,0	224.170	113,2
Preisniveau <sup>2)</sup>	-	92,5	-	100,0	-	107,5
Beschäftigung <sup>3)</sup>	3.330.199	96,7	3.443.806	100,0	3.524.850	102,4
Arbeitslosigkeit	233.348	114,5	203.884	100,0	230.560	113,1
Produktivität <sup>4)</sup>	61.475	89,5	68.713	100,0	73.650	107,2

1) Zu konstanten Preisen 1995.

2) Verbraucherpreisindex.

3) Selbstständige Beschäftigung und Standardbeschäftigung (ohne Karenzgeldbezieher/innen, Präsenzdienster und geringfügiger Beschäftigung oder sonstige Beschäftigung).

4) BIP zu konstanten Preisen pro Standardbeschäftigung.

5) Prognose Synthesis Forschung.

**Quelle:** Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, Synthesis Forschung.

## Übersicht 2

**Expandierende Beschäftigungschancen für Frauen und Männer**

Jahresdurchschnittsbestand an Beschäftigung in den Jahren 1997, 2001 und 2005

	Männer			Frauen		
	1997	2001	2005 <sup>1)</sup>	1997	2001	2005 <sup>1)</sup>
Selbständige Beschäftigung	216.063	224.540	228.708	145.630	141.160	143.175
Unselbständige Standardbeschäftigung	1.727.036	1.735.180	1.720.901	1.241.170	1.342.926	1.432.062
Geringfügige Beschäftigung	45.647	57.593	60.832	121.356	147.594	154.348
<b>Beschäftigung gesamt</b>	<b>1.988.746</b>	<b>2.017.313</b>	<b>2.010.441</b>	<b>1.508.453</b>	<b>1.631.680</b>	<b>1.729.585</b>

**Anmerkung:**

Standardbeschäftigung ist eine voll versicherungspflichtige Beschäftigung. Als geringfügig beschäftigt gelten Personen, deren Einkommen eine bestimmte Höhe nicht überschreitet:

1997: ATS 3.740,-/€ 271,80;

2001: ATS 4.076,-/€ 296,21.

1) Prognose Synthesis Forschung.

**Quelle:** Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Synthesis Forschung.



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

### Übersicht 3

#### Erweiterter Kreis erwerbsaktiver Personen

Zahl der erwerbsaktiven Personen in den Jahren 1997, 2001 und 2005

Durchgängig oder vorübergehend erwerbsaktive Personen	Männer			Frauen		
	1997	2001	2005 <sup>1)</sup>	1997	2001	2005 <sup>1)</sup>
Selbständig Beschäftigte	234.513	250.137	255.010	158.066	157.252	159.640
Unselbständig Standardbeschäftigte	1.987.123	2.012.997	2.021.690	1.492.644	1.628.606	1.748.930
Geringfügig Beschäftigte	58.292	97.390	103.290	150.757	219.009	229.160
<b>Beschäftigte Personen gesamt<sup>2)</sup></b>	<b>2.230.065</b>	<b>2.316.361</b>	<b>2.392.040</b>	<b>1.744.663</b>	<b>1.912.919</b>	<b>2.029.990</b>
von Arbeitslosigkeit betroffene Personen	384.168	406.151	468.770	278.013	288.626	305.437
<b>Erwerbsaktive Personen gesamt<sup>3)</sup></b>	<b>2.292.751</b>	<b>2.373.991</b>	<b>2.443.730</b>	<b>1.812.652</b>	<b>1.982.091</b>	<b>2.129.110</b>

#### Anmerkung:

Standardbeschäftigung ist eine voll versicherungspflichtige Beschäftigung.

Als geringfügig beschäftigt gelten Personen, deren Einkommen eine bestimmte Höhe nicht überschreitet: 1997: ATS 3.740,-/€ 271,80; 2001: ATS 4.076,-/€ 296,21.

<sup>1)</sup> Prognose Synthesis Forschung.

<sup>2)</sup> Die Gesamtzahl der beschäftigten Personen muss nicht genau der Summe aus selbständiger, unselbständiger und geringfügiger Beschäftigung entsprechen, da Personen (im Laufe eines Jahres oder auch parallel) unterschiedliche Beschäftigungsformen aufweisen können.

<sup>3)</sup> Erwerbsaktive Personen sind Personen, die im Laufe eines Jahres (zumindest vorübergehend) beschäftigt oder arbeitslos sind. Die Gesamtzahl der erwerbsaktiven Personen muss nicht genau der Summe aus Beschäftigung und Arbeitslosigkeit entsprechen, da Personen (im Laufe eines Jahres oder auch parallel) sowohl beschäftigt als auch arbeitslos sein können.

**Quelle:** Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Synthesis Forschung.

## 1.2. Verteilung der Volkseinkommen

In diesem Zusammenhang sind **drei Arten von Markteinkommen**, von zentraler Bedeutung. Dazu zählen:

- erstens, Entgelte, die Haushaltsmitglieder für ihre Aktivitäten als unselbständig Erwerbstätige erhalten;
- zweitens, Einkommen für Leistungen aus selbständiger Erwerbstätigkeit und
- drittens, Einkommen, die sich von Haushaltsmitgliedern aus dem Besitz von Betriebs- und Finanzvermögen erzielen lassen.

Was die **Entgelte für unselbständige Tätigkeit** betrifft, so wird ihr **Umfang zwischen 2001 und 2005** voraussichtlich nominell **um rund 13% ansteigen**.

Was die **Selbständigen-Einkommen** und die **Betriebsüberschüsse** anbelangt, so ist zwischen 2001 und 2005 ein noch **stärkerer Zuwachs als bei den Arbeitnehmer/innenentgelten** zu erwarten. Der prognostizierte Anstieg von **18,6%** spiegelt die konjunkturelle Lage der Jahre 2002 bis 2005 wider. Diese Periode setzt sich mehrheitlich aus »Aufschwungsjahren« zusammen. In ihnen nehmen typischerweise die Selbständigen-Einkommen und Betriebsüberschüsse rascher zu als die Arbeitnehmer/innenentgelte.

Dieser Zusammenhang wird durch eine spezifische Maßgröße, die Bruttolohnquote, verdeutlicht. Die Bruttolohnquote gibt den Anteil der Arbeitnehmer/innenentgelte am Netto-Nationaleinkommen (zu Marktpreisen) wieder. Die Brutto-Lohnquote wird in der Periode zwischen 2001 und 2005 um 7 Promillepunkte abnehmen; im Zeitraum zwischen 1997 und 2001 hatte sie um 4 Promillepunkte zugenommen.



## Übersicht 4

**Zunehmende Signifikanz von Betriebsüberschüssen und Selbständigen-Einkommen**

Verteilung des Volkseinkommenszuwachses.

	Indexwerte		
	1997	2001	2005 <sup>1)</sup>
Arbeitnehmer/innenentgelt	82,7	100,0	113,0
Betriebsüberschuss und Selbständigen-Einkommen	81,6	100,0	118,6
Netto-Nationaleinkommen zu Marktpreisen	83,1	100,0	114,2

<sup>1)</sup> Prognose Synthesis Forschung.**Quelle:** Statistik Austria, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung.

## Übersicht 5

**Konjunkturverlauf der Brutto-Lohnquote**

Die Entwicklung der Brutto-Lohnquote

	1997	2001	2005 <sup>1)</sup>
Brutto-Lohnquote <sup>2)</sup>	61,9%	62,3%	61,6%

<sup>1)</sup> Prognose Synthesis.<sup>2)</sup> Arbeitnehmer/innenentgelt dividiert durch Netto-Nationaleinkommen zu Marktpreisen.**Quelle:** Statistik Austria, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung.**1.3. Erwerbsbeteiligung und Einkommenschancen****Selbständigen-Einkommen**

Die meisten Selbständigen erzielen ihr Einkommen durch die Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit im Rahmen eines Gewerbebetriebes und/oder einer Landwirtschaft. Für diese Selbständigen stellt sich ihr **Erwerbseinkommen als eine Mischung von Gewinnen und Arbeitseinkommen** dar.

Nur bei einer relativ kleinen Gruppe von Erwerbstätigen lässt sich ein **»reines« Selbständigeneinkommen** (als »selbständiges« Arbeitseinkommen) beobachten.

Dieses reine Selbständigeneinkommen ist zuweilen so gering, dass es von der Steuerbehörde als »Nullfall« bewertet wird; die Betroffenen decken ihren Lebensunterhalt durch andere Formen der Erwerbstätigkeit ab. **Kommen die rein selbständig Tätigen über eine »Null-**

**fall-Position«** hinaus, dann erzielen sie deutlich höhere Einkommen als unselbständig Erwerbstätige. Das gilt sowohl für Frauen als auch für Männer. Insbesondere im Bereich der hohen Einkommen übertreffen die selbständigen die Unselbständigen deutlich. **Dieser Selbständigkeitsbonus ist bei Männern noch ausgeprägter als bei Frauen.** Dies führt dazu, dass das wirtschaftlich erfolgreichste Viertel der selbständigen Frauen deutlich weniger verdient als die analoge Gruppe unter den männlichen Selbständigen. Das dritte Einkommensquartil der Frauen liegt nur halb so hoch wie jenes der Männer.

**Unselbständigen-Einkommen**

Von den Unselbständigen-Einkommen lässt sich ein statistisch umfassenderes Bild zeichnen.

So beträgt das **Brutto-Jahreseinkommen der Unselbständigen im Mittel (Median) € 20.757,-**. Nicht alle unselbständig erwerbstätigen Personen sind das ganze Jahr hindurch beschäftigt; sei es, dass die Betroffenen im Laufe des Jahres ihre Erwerbstätigkeit (vorü-



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

## Übersicht 6

**Breite Streuung der Selbständigen-Einkommen (ohne Landwirtschaft und Gewerbetreibende)**

Brutto-Jahreseinkünfte<sup>1)</sup> von Personen mit überwiegenden Einkünften aus selbständiger Tätigkeit, ohne Nullfälle, 1998

	Brutto-Jahreseinkünfte in €
<b>Frauen</b>	
1. Quartil (25%) <sup>2)</sup>	12.500,-
Median (50%) <sup>3)</sup>	22.900,-
3. Quartil (75%) <sup>4)</sup>	48.500,-
<b>Männer</b>	
1. Quartil (25%) <sup>2)</sup>	17.700,-
Median (50%) <sup>3)</sup>	41.300,-
3. Quartil (75%) <sup>4)</sup>	96.700,-
<b>Gesamt</b>	
1. Quartil (25%) <sup>2)</sup>	15.800,-
Median (50%) <sup>3)</sup>	34.800,-
3. Quartil (75%) <sup>4)</sup>	83.500,-

<sup>1)</sup> Gesamteinkommen aus selbständiger Tätigkeit und anderen Einkunftsarten. Im Durchschnitt machen die anderen Einkunftsarten weniger als 10% vom Gesamteinkommen aus.

<sup>2)</sup> 25% der Personen verdienen weniger als...

<sup>3)</sup> 50% der Personen verdienen weniger als...

<sup>4)</sup> 75% der Personen verdienen weniger als...

**Quelle:** Statistik Austria, Einkommensteuerstatistik, 1998.

bergehend oder endgültig) aufgeben; sei es, dass die Betroffenen sich als arbeitslos vormerken lassen müssen.

Um den Effekt solcher unterjährigen Unterbrechungen zu bereinigen, lässt sich auch ein **standardisiertes Brutto-Jahreseinkommen** berechnen; dieses **addiert zum faktischen Jahreseinkommen noch jenen Betrag hinzu, der sich ergäbe, wenn die betreffende Person ihre Beschäftigung jahresdurchgängig geführt hätte**. Das standardisierte Jahreseinkommen liegt daher stets mindestens so hoch, wie das tatsächlich erzielte Einkommen. Das **standardisierte Einkommen liegt im Mittel bei € 21.915,-. Männer erzielen (€ 25.864,-) im Mittel um rund 58% mehr als Frauen (€ 16.370,-)**. Dies ist in erheblichem Maße darauf zurückzuführen, dass **Frauen im Durchschnitt weit weniger Beschäftigungstage im Laufe eines Jahres aufweisen als Männer**. Daher zeigt sich bei den „**standardisierten Einkommen**“ ein **geringerer Unterschied als bei den tatsächlichen Jahreseinkommen: Männer erzielen (€ 25.093,-) im Mittel um rund 68% mehr als Frauen (€ 14.976,-)**.

## Übersicht 7

**Unselbständigen-Einkommen: Welche Rolle spielt die Zahl der Beschäftigungstage für die Einkommensunterschiede?**

Unselbständigen-Brutto-Jahreseinkommen, 2000

	Brutto-Jahreseinkommen in €	
	Insgesamt	Standardisiert <sup>1)</sup>
<b>Frauen</b>		
1. Quartil (25%) <sup>2)</sup>	6.884,-	10.216,-
Median (50%) <sup>3)</sup>	14.976,-	16.370,-
3. Quartil (75%) <sup>4)</sup>	23.760,-	24.135,-
<b>Männer</b>		
1. Quartil (25%) <sup>2)</sup>	16.618,-	19.626,-
Median (50%) <sup>3)</sup>	25.093,-	25.864,-
3. Quartil (75%) <sup>4)</sup>	35.595,-	35.620,-
<b>Gesamt</b>		
1. Quartil (25%) <sup>2)</sup>	10.417,-	14.232,-
Median (50%) <sup>3)</sup>	20.757,-	21.915,-
3. Quartil (75%) <sup>4)</sup>	30.621,-	30.845,-

<sup>1)</sup> Brutto-Jahresbezüge dividiert durch die Anzahl der Bezugs-tage, multipliziert mit 365.

<sup>2)</sup> 25% der beobachteten Population verdienen weniger als diesen Betrag.

<sup>3)</sup> Der Median ist jener Wert, der die beobachtete Population in zwei Hälften teilt: 50% der Population verdienen mehr und 50% weniger.

<sup>4)</sup> 75% der beobachteten Population verdienen weniger als diesen Betrag.

**Quelle:** Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik 2000.

**Der Unterschied zwischen Frauen und Männern ist bei den niedrigeren Unselbständigen-Jahreseinkommen noch ausgeprägter** als im oberen Teil der Gehaltspyramide. Dies ist auf zwei Faktoren zurückzuführen:

- auf die geringe Zahl von Beschäftigungstagen und
- auf die niedrigeren Wochenarbeitszeiten (insbesondere für Frauen).

**Das wirtschaftlich erfolgreichste Viertel der unselbständig erwerbstätigen Männer verdient mehr als doppelt so viel wie das im Einkommenswettbewerb zurückgefallene »unterste Viertel« der Männer. Bei den Frauen ist dieser Unterschied noch stärker ausgeprägt.**

Diese Unterschiede sind sozialpolitisch von besonderem Interesse. Denn von den Brutto-Jahreseinkommen hängt (nach Abzug der Steuern und Abgaben) der Betrag ab, den eine erwerbstätige Person zur Finanzierung des Lebensstandards ihres Haushaltes leisten kann. **Je nied-**



## Übersicht 8

**Nimmt die Ungleichheit bei den Unselbständigen-Einkommen zu?**

Relative Veränderung von typischen Unselbständigen-Bruttoeinkommen 1997/2000

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Insgesamt	Standardisiert <sup>1)</sup>	Insgesamt	Standardisiert <sup>1)</sup>	Insgesamt	Standardisiert <sup>1)</sup>
1. Dezil	-5,3%	0,6%	5,0%	-1,6%	-2,5%	-2,5%
2. Dezil	4,3%	5,4%	-0,1%	0,4%	-0,6%	-0,1%
3. Dezil	7,0%	6,2%	2,4%	1,0%	2,1%	2,4%
4. Dezil	7,9%	6,6%	2,8%	2,1%	4,2%	4,1%
5. Dezil	8,3%	6,8%	3,5%	2,9%	6,0%	5,0%
6. Dezil	8,8%	7,1%	4,9%	3,8%	7,0%	5,6%
7. Dezil	9,4%	7,5%	6,0%	4,6%	7,8%	6,1%
8. Dezil	10,6%	8,1%	7,2%	5,4%	8,7%	6,7%
9. Dezil	12,2%	8,6%	8,6%	6,4%	10,0%	7,1%
Arithmetisches Mittel	11,7%	6,9%	7,2%	3,7%	9,4%	5,1%

Anmerkung: Der Dezil gibt jeweils die Grenze zwischen zwei 10%-Gruppen von Personen an. Dabei sind die Personen nach der Höhe der Einkommen gereiht.

<sup>1)</sup> Summe aller Bezüge bezogen auf die Bezugstage.

Quelle: Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik 1997, 2000.

riger das Brutto-Einkommen ausfällt, desto bescheidener ist sein Beitrag zum Haushaltseinkommen. Je geringer das Haushaltseinkommen ist desto niedriger ist auch der Lebensstandard des Haushaltes. Unterschreiten die am Arbeitsmarkt erzielbaren Unselbständigen-Einkommen ein bestimmtes Niveau, dann wird der daraus finanzierbare Lebensstandard den Haushaltsgliedern nur ein Leben in Armut ermöglichen.

Je stärker die Schere zwischen einkommensstarker und einkommensschwacher Erwerbstätigkeit aufgeht, desto mehr Anstrengung muss die Sozialpolitik unternehmen. Es gilt zu verhindern, dass die relativ zurückfallenden Haushalte nicht auf Grund eines unzureichenden materiellen Lebensstandards vom gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt werden.

In dieser Hinsicht nehmen die Herausforderungen für die Sozialpolitik zu. Denn die Einkommensunterschiede wachsen von Jahr zu Jahr an. In den untersten Bereichen steigen die Jahreseinkommen (1999/2000) um weniger als 1%, in den oberen Bereichen dagegen um mehr als 2%.

## 2. Einkommensquellen österreichischer Haushalte zur Absicherung ihres Lebensstandards

Wie gut es den einzelnen Haushalten gelingt, einen ansprechenden Lebensstandard zu erreichen ist sozialpolitisch von besonderem Interesse. Denn **gelingt es Haushalten nicht, ihren Lebensstandard abzusichern, dann sind sie von Marginalisierung bedroht**. Für eine an gesellschaftlicher Integration orientierten Sozialpolitik stellt eine solche drohende **Marginalisierung eine zentrale Herausforderung** dar. Ihr zu begegnen verlangt im Regelfall auch den **Einsatz von Budgetmitteln zur Finanzierung von Transferleistungen**.

Allerdings besteht zwischen dem von den Mitgliedern eines Haushaltes erreichten Lebensstandard und dem Gesamteinkommen des Haushaltes nur ein mittelbarer Zusammenhang.

Im Regelfall kann ein größerer Haushalt bereits mit einem niedrigen Pro-Kopf-Einkommen einen mittleren Lebens-



Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

standard für seine Mitglieder absichern. Denn durch eine gemeinsame Haushaltsführung können bestimmte Pro-Kopf-Ausgaben eingespart werden, ohne dass es zu einem Verlust an Lebensstandard käme. Für einen kleinen Haushalt ist dies schwieriger.

Die Sozialstatistik von Eurostat geht von einer **deutlichen »Kostendegression« der Absicherung des Lebensstandards bei wachsender Zahl der Haushaltsmitglieder** aus; die Kosten einer „zweiten“ (oder „dritten“ usw.) Person lägen nur mehr bei 50% der Kosten der ersten Person; für Kinder wären überhaupt nur 30% der Kosten der „ersten Person“ zu veranschlagen.

**2.1. Die unterschiedlichen Lebensstandards der Haushalte**

Um sich einen Überblick über die verschiedenen Niveaus an Lebensstandard der österreichischen Haushalte zu verschaffen steht folgende Vorgangsweise offen: Für jeden Haushalt wird ein Lebensstandardniveau in „Lebensstandardpunkten“ berechnet. Dabei gilt die Kon-

vention, dass ein Singlehaushalt genauso viel Lebensstandardpunkte erreicht, wie sein Netto-Jahreshaushaltseinkommen in € ausmacht.

Ist für jeden Haushalt das erreichte Niveau an Lebensstandard bestimmt, dann können die Haushalte nach der Höhe ihres Lebensstandards gereiht werden.

Die **nach ihrem Lebensstandard gereihten Haushalte lassen sich in jeweils fünf gleich große Gruppen unterteilen**. Diese werden im Folgenden mit spezifischen Begriffen gekennzeichnet.

- „**Sehr niedriger** Lebensstandard“ (unterstes Fünftel)
- „**Niedriger** Lebensstandard“
- „**Mittlerer** Lebensstandard“ (mittleres Fünftel)
- „**Gehobener** Lebensstandard“
- „**Hoher** Lebensstandard“ (oberstes Fünftel)

Um sich die Unterschiede im Lebensstandard vorstellen zu können seien die Nettomedian-Haushaltseinkommen pro Monat (1999) erwähnt: Diese reichen von € 1.415,- („sehr niedrig“) über € 2.151,- bis zu € 2.641,- („mittel“) und weiter über € 2.919,- bis zu € 4.247,- („hoch“).

Übersicht 9

**Lebensstandard von Haushalten: von „sehr niedrig“ bis „hoch“**

Haushalte geschichtet nach der Höhe des Lebensstandards	Anteil an den in allen Haushalten lebenden Personen		
	alle Personen	weiblich	männlich
Sehr niedriger Lebensstandard <sup>1)</sup>	21%	23%	20%
Niedriger Lebensstandard <sup>2)</sup>	22%	23%	22%
Mittlerer Lebensstandard <sup>3)</sup>	21%	21%	20%
Gehobener Lebensstandard <sup>4)</sup>	19%	19%	19%
Hoher Lebensstandard <sup>5)</sup>	17%	15%	19%
Alle Haushalte N = 2.236.000 (gewichtet)	100%	100%	100%

Anmerkung: Ohne Pensionisten-/Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

1) Haushalte mit einem Einkommen bis zur ersten Quintilgrenze.  
 2) Haushalte, deren Lebensstandard zwischen erster und zweiter Quintilgrenze liegt.  
 3) Haushalte, deren Lebensstandard zwischen zweiter und dritter Quintilgrenze liegt.  
 4) Haushalte, deren Lebensstandard zwischen dritter und vierter Quintilgrenze liegt.  
 5) Haushalte, deren Lebensstandard über der vierten Quintilgrenze liegt.

Quelle: IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).



## Übersicht 10

**Lebensstandard von Haushalten: sind Frauen und Männer gleich gut positioniert?**

Haushalte geschichtet nach der Höhe des Lebensstandards	Anteil von Frauen und Männern in den nach der Höhe des Lebensstandards geschichteten Haushalten		
	alle Personen	weiblich	männlich
Sehr niedriger Lebensstandard <sup>1)</sup>	100%	53%	47%
Niedriger Lebensstandard <sup>2)</sup>	100%	51%	49%
Mittlerer Lebensstandard <sup>3)</sup>	100%	51%	49%
Gehobener Lebensstandard <sup>4)</sup>	100%	49%	51%
Hoher Lebensstandard <sup>5)</sup>	100%	44%	56%
Alle Haushalte	100%	50%	50%

**Anmerkung:** Ohne Pensionisten-/Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>1)</sup> Haushalte mit einem Einkommen bis zur ersten Quintilgrenze.

<sup>2)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen erster und zweiter Quintilgrenze liegt.

<sup>3)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen zweiter und dritter Quintilgrenze liegt.

<sup>4)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen dritter und vierter Quintilgrenze liegt.

<sup>5)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard über der vierten Quintilgrenze liegt.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).

**Die weniger wohlhabenden Haushalte haben im Durchschnitt mehr Mitglieder als die gehobenen Haushalte;** so leben in den obersten Fünftel der Haushalte („hoher Lebensstandard“) nur 17% aller in Haushalten lebenden Personen.

Auch zeigen sich deutliche Unterschiede in der Positionierung von Frauen und Männern. **Von allen Frauen und Mädchen leben 23% im untersten Haushaltsfünftel** („sehr niedriger Lebensstandard“); aber nur 15% der Frauen und Mädchen leben in Haushalten des obersten Haushaltsfünftels („hoher Lebensstandard“).

Alle diese Aussagen gelten für jene rund 2,236 Mio. Haushalte, in denen das **Haushaltseinkommen nicht überwiegend aus Leistungen des Altersversorgungssystems stammen**. Denn im Folgenden geht es um den Lebensstandard von Haushalten, von denen gesellschaftlich erwartet wird, dass sie durch Erwerbstätigkeit zur Finanzierung des Lebensstandards des Haushaltes beitragen. In solchen Haushalten leben selbstverständlich zuweilen auch Personen, die eine Alterspension beziehen.

## 2.2. Höhen und Quellen der Haushaltseinkommen

### Unterschiedliche Haushaltszusammensetzung

In einer zwar vereinfachenden aber immer noch ausreichend differenzierten Typologie können **Haushalte nach**

**ihrer Zusammensetzung** folgendermaßen **unterschieden** werden:

- Eine erwachsene Person („Single“)
- Mehrere erwachsene Personen
- Alleinerzieher/innen (im Regelfall eine Mutter mit einem Kind oder mit mehreren Kindern)
- Mehrere erwachsene Personen und ein Kind
- Mehrere erwachsene Personen und mehrere Kinder

Es lohnt darauf aufmerksam zu machen, dass der **Begriff „Kind“ sozialstatistisch sehr weit gefasst ist**. Als „Kinder“ gelten alle Personen bis zum 27. Lebensjahr („Kinderbeihilfe“), die im gemeinsamen Haushalt mit zumindest einem Elternteil leben. Diese Abgrenzung führt dazu, dass etwa in einem „Alleinerzieher/innen-Haushalt“ mehr als eine Person ein Markteinkommen erzielen kann; (nämlich dann, wenn ein „Kind“ bereits einer Erwerbstätigkeit nachgeht ohne den Haushalt verlassen zu haben).

Mit Hilfe der fünf Gruppen von unterschiedlich zusammengesetzten Haushalten und den fünf Schichten des Lebensstandards lassen sich insgesamt **25 Kategorien von Haushalten** bilden.

Für jede dieser Haushaltskategorien können **die Quellen bestimmt werden, aus denen der Haushalt seine finanziellen Mittel schöpft, die er für das Haushaltsbudget bedarf**.



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

## Übersicht 11

**Geringe Markteinkommen ermöglichen Haushalten nur einen sehr niedrigen Lebensstandard.** Die Höhe und Zusammensetzung des monatlichen Haushaltseinkommens von Haushalten<sup>1)</sup> mit sehr niedrigem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Haushalte mit sehr niedrigem Lebensstandard				
	1 Erwachsener	mehrere Erwachsene	Allein-erzieher/innen	mehrere Erwachsene, 1 Kind	mehrere Erwachsene, mehrere Kinder
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	<b>662,-</b>	<b>1.277,-</b>	<b>1.296,-</b>	<b>1.616,-</b>	<b>1.966,-</b>
<b>Standardisiertes Pro-Kopf-Einkommen in €</b>	<b>662,-</b>	<b>848,-</b>	<b>805,-</b>	<b>847,-</b>	<b>820,-</b>
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>					
Markteinkommen	43%	43%	52%	64%	69%
Sozialleistungen <sup>3)</sup>	35%	42%	37%	26%	25%
Sonstiges <sup>4)</sup>	21%	15%	11%	10%	6%
<b>Anteil an allen Haushalten mit sehr niedrigem Lebensstandard</b>	<b>25%</b>	<b>13%</b>	<b>14%</b>	<b>15%</b>	<b>35%</b>

<sup>1)</sup> Ohne Pensionisten-/Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>2)</sup> Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.

<sup>3)</sup> Alle monetären Sozialleistungen für Haushalte die keine Pensionistenhaushalte sind.

<sup>4)</sup> Restliche Einkommensquellen, wie z.B. private Unterhaltszahlungen, Vermögenserträge etc.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).

Im Mittel (Median) stehen Haushalten mit mittlerem Lebensstandard rund **€ 2.640,- pro Monat an Haushaltsbudget** zur Verfügung. Dieses Budget finanziert ein solcher Haushalt vor allem aus der Erwerbstätigkeit der Haushaltsmitglieder; **im Mittel (Median) tragen die Erwerbseinkommen rund 79% zur Finanzierung des Lebensstandards des Haushaltes bei.** Von dieser „mittleren“ Deckungsquote des Haushaltsbudgets gibt es in einzelnen der 25 Kategorien von Haushalten deutliche Abweichungen.

**Die niedrigste Deckungsquote erreichen die Einpersonenhaushalte, die auf niedrigem Lebensstandard leben.** Ihr monatliches Netto-Budget von bloß € 662,- wird zu weniger als der Hälfte (43%) durch Erwerbseinkommen abgedeckt. **Diese Haushalte sind zur Finanzierung ihrer Ausgaben zu gut einem Drittel (35%) auf Sozialleistungen angewiesen.**

**Die höchste Deckungsquote** (aller 25 Kategorien) **erreichen jene „Singles“, die den Haushalten mit hohem**

**Lebensstandard angehören.** Ihr Erwerbseinkommen reicht aus, um 95% ihres Haushaltsbudgets (von monatlich netto € 2.497,-) zu decken. Diese Gruppe von Haushalten erhält **kaum Sozialleistungen**; die Betroffenen sind auch nicht darauf angewiesen.

Im Allgemeinen können **Haushalte nur dann einen hohen Lebensstandard erreichen, wenn sie aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit ein entsprechend hohes Markteinkommen erzielen.** Deshalb nimmt die Deckungsquote parallel zum Lebensstandard der Haushalte zu.

So beträgt bei Alleinerzieher/innen mit niedrigem Lebensstandard die Deckungsquote rund 64%; bei hohem Lebensstandard liegt die Deckungsquote rund 10 Prozentpunkte höher (74%).

Noch ausgeprägter ist dieser Effekt bei Haushalten mit zwei (oder mehr) Erwachsenen und einem Kind; dort beträgt der analoge Sprung der Deckungsquote 23 Prozentpunkte (von 67% auf 90%).



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

## Übersicht 12

**Erst Sozialleistungen können selbst einen niedrigen Lebensstandard absichern.**

Die Höhe und Zusammensetzung des monatlichen Haushaltseinkommens von Haushalten<sup>1)</sup> mit niedrigem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Haushalte mit niedrigem Lebensstandard				
	1 Erwachsener	mehrere Erwachsene	Allein-erzieher/innen	mehrere Erwachsene, 1 Kind	mehrere Erwachsene, mehrere Kinder
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	1.146,-	1.725,-	1.609,-	2.230,-	2.628,-
<b>Standardisiertes Pro-Kopf-Einkommen in €</b>	1.146,-	1.130,-	1.090,-	1.153,-	1.121,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>					
Markteinkommen	84%	60%	64%	67%	81%
Sozialleistungen <sup>3)</sup>	14%	20%	21%	16%	16%
Sonstiges <sup>4)</sup>	2%	20%	15%	17%	3%
<b>Anteil an allen Haushalten mit niedrigem Lebensstandard</b>	<b>18%</b>	<b>19%</b>	<b>10%</b>	<b>15%</b>	<b>38%</b>

<sup>1)</sup> Ohne Pensionisten-/Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>2)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen erster und zweiter Quintilgrenze liegt.

<sup>3)</sup> Alle monetären Sozialleistungen für Haushalte die keine Pensionistenhaushalte sind.

<sup>4)</sup> Restliche Einkommensquellen, wie z.B. private Unterhaltszahlungen, Vermögenserträge etc.

Quelle: IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).

## Übersicht 13

**Wie wird ein mittlerer Lebensstandard finanziert?** Die Höhe und Zusammensetzung des monatlichen Haushaltseinkommens von Haushalten<sup>1)</sup> mit mittlerem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Haushalte mit mittlerem Lebensstandard				
	1 Erwachsener	mehrere Erwachsene	Allein-erzieher/innen	mehrere Erwachsene, 1 Kind	mehrere Erwachsene, mehrere Kinder
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	1.400,-	2.230,-	2.136,-	2.649,-	3.319,-
<b>Standardisiertes Pro-Kopf-Einkommen in €</b>	1.400,-	1.360,-	1.446,-	1.424,-	1.391,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>					
Markteinkommen	91%	65%	59%	83%	83%
Sozialleistungen <sup>3)</sup>	8%	19%	19%	10%	13%
Sonstiges <sup>4)</sup>	1%	16%	22%	7%	4%
<b>Anteil an allen Haushalten mit mittlerem Lebensstandard</b>	<b>21%</b>	<b>23%</b>	<b>7%</b>	<b>19%</b>	<b>31%</b>

<sup>1)</sup> Ohne Pensionisten-/Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>2)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen zweiter und dritter Quintilgrenze liegt.

<sup>3)</sup> Alle monetären Sozialleistungen für Haushalte die keine Pensionistenhaushalte sind.

<sup>4)</sup> Restliche Einkommensquellen, wie z.B. private Unterhaltszahlungen, Vermögenserträge etc.

Quelle: IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

## Übersicht 14

**Wenig Sozialleistungen bei gehobenem Lebensstandard.** Die Höhe und Zusammensetzung des monatlichen Haushaltseinkommens von Haushalten<sup>1)</sup> mit gehobenem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Haushalte mit gehobenem Lebensstandard				
	1 Erwachsener	mehrere Erwachsene	Allein-erzieher/innen	mehrere Erwachsene, 1 Kind	mehrere Erwachsene, mehrere Kinder
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	1.721,-	2.612,-	2.750,-	3.324,-	4.138,-
<b>Standardisiertes Pro-Kopf-Einkommen in €</b>	1.721,-	1.679,-	1.703,-	1.722,-	1.752,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>					
Markteinkommen	90%	81%	75%	84%	88%
Sozialleistungen <sup>3)</sup>	6%	6%	19%	8%	8%
Sonstiges <sup>4)</sup>	4%	12%	6%	8%	4%
<b>Anteil an allen Haushalten mit gehobenem Lebensstandard</b>	<b>20%</b>	<b>33%</b>	<b>4%</b>	<b>22%</b>	<b>20%</b>

<sup>1)</sup> Ohne Pensionisten-/Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>2)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen dritter und vierter Quintilgrenze liegt.

<sup>3)</sup> Alle monetären Sozialleistungen für Haushalte die keine Pensionistenhaushalte sind.

<sup>4)</sup> Restliche Einkommensquellen, wie z.B. private Unterhaltszahlungen, Vermögenserträge etc.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).

## Übersicht 15

**Ein hoher Lebensstandard erfordert hohe Markteinkommen.** Die Höhe und Zusammensetzung des monatlichen Haushaltseinkommens von Haushalten<sup>1)</sup> mit hohem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Haushalte mit hohem Lebensstandard				
	1 Erwachsener	mehrere Erwachsene	Allein-erzieher/innen	mehrere Erwachsene, 1 Kind	mehrere Erwachsene, mehrere Kinder
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	2.497,-	3.948,-	3.261,-	4.861,-	5.588,-
<b>Standardisiertes Pro-Kopf-Einkommen in €</b>	2.497,-	2.497,-	2.174,-	2.427,-	2.272,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>					
Markteinkommen	95%	83%	74%	90%	87%
Sozialleistungen <sup>3)</sup>	3%	5%	12%	4%	9%
Sonstiges <sup>4)</sup>	3%	11%	15%	7%	4%
<b>Anteil an allen Haushalten mit hohem Lebensstandard</b>	<b>22%</b>	<b>41%</b>	<b>1%</b>	<b>21%</b>	<b>15%</b>

<sup>1)</sup> Ohne Pensionisten-/Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>2)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard über der vierten Quintilgrenze liegt.

<sup>3)</sup> Alle monetären Sozialleistungen für Haushalte die keine Pensionistenhaushalte sind.

<sup>4)</sup> Restliche Einkommensquellen, wie z.B. private Unterhaltszahlungen, Vermögenserträge etc.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Daten für das Jahr 1999).



## Übersicht 16

**Je höher der Lebensstandard desto bestimmender die Markteinkommen**

Die Höhe und Zusammensetzung des monatlichen Haushaltseinkommens nach Haushaltsschichten, 1999

	Haushalte geschichtet nach der Höhe des Lebensstandards				
	Sehr niedriger Lebensstandard <sup>1)</sup>	niedriger Lebensstandard <sup>2)</sup>	mittlerer Lebensstandard <sup>3)</sup>	gehobener Lebensstandard <sup>4)</sup>	hoher Lebensstandard <sup>5)</sup>
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	<b>1.415,-</b>	<b>2.151,-</b>	<b>2.641,-</b>	<b>2.919,-</b>	<b>4.247,-</b>
<b>Standardisiertes Pro-Kopf-Einkommen in €</b>	<b>799,-</b>	<b>1.128,-</b>	<b>1.390,-</b>	<b>1.710,-</b>	<b>2.427,-</b>
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>					
Markteinkommen	56%	74%	79%	85%	88%
Sozialleistungen <sup>6)</sup>	32%	17%	13%	8%	5%
Sonstiges <sup>7)</sup>	12%	9%	8%	8%	7%
Anteil an allen Haushalten	20%	20%	20%	20%	20%

**Anmerkung:** Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>1)</sup> Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.

<sup>2)</sup> Haushalte mit einem Lebensstandard zwischen erster und zweiter Quintilgrenze.

<sup>3)</sup> Haushalte mit einem Lebensstandard zwischen zweiter und dritter Quintilgrenze.

<sup>4)</sup> Haushalte mit einem Lebensstandard zwischen dritter und vierter Quintilgrenze.

<sup>5)</sup> Haushalte mit einem Lebensstandard über der vierten Quintilgrenze.

<sup>6)</sup> Alle monetären Sozialleistungen für Haushalte die keine Pensionistenhaushalte sind.

<sup>7)</sup> Restliche Einkommensquellen, wie z.B. private Unterhaltszahlungen, Vermögenserträge etc.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).

**Unterschiedliche Erwerbstätigkeit**

Die von einem Haushalt erzielten Markteinkommen hängen von der Zahl der erwerbstätigen Personen und deren Positionierung im Lohn- und Gehaltsgefüge ab.

**Haushalte mit hohem Lebensstandard können im Regelfall mit zwei Erwerbseinkommen rechnen. In solchen Haushalten liegt das „Zweiteinkommen“ (€ 1.410,-) nahezu so hoch wie das „Ersteinkommen“ (€ 1.472,-) von Haushalten mit mittlerem Lebensstandard.**

In Summe erreichen das „Ersteinkommen“ (€ 2.531,-) und das „Zweiteinkommen“ (€ 1.410,-) von Haushalten mit hohem Lebensstandard insgesamt € 3.941,-. Das entspricht der mittleren Deckungsquote (von 88%) dieser Haushaltsgruppe.

Für die Haushalte im **unteren Lebensstandardbereich** stellt sich die Situation ganz anders dar. In vielen von ihnen **erzielt nur eine Person ein Markteinkommen**; und selbst dieses Erwerbseinkommen kann häufig nicht

jahresdurchgängig gesichert werden. Gerade in etwas mehr als der Hälfte dieser Haushalte gelingt es wenigstens einem der Haushaltsmitglieder sein Beschäftigungsverhältnis kontinuierlich aufrecht zu erhalten. **Im Regelfall ist diese Person dann bloß auf den untersten Stufen der Lohn- und Gehaltspyramide positioniert.** Ihr Erwerbseinkommen beträgt im Mittel € 1.017). Trotz seiner bescheidenen Höhe trägt dieses Einkommen wesentlich zur Finanzierung des Haushaltseinkommens bei. Nur in wenigen Fällen kommt es in solchen Haushalten (mit sehr niedrigem Lebensstandard) zur Beschäftigungsaufnahme einer weiteren Person. Gelingt eine solche Beschäftigungsaufnahme doch, dann wirkt sich dies spürbar auf die Markteinkommen der betreffenden Haushalte aus; sie steigen um die Hälfte an.

Die **Beschäftigungschancen spielen daher eine wesentliche Rolle für die Veränderung des Lebensstandards aus „eigener Kraft“.** Je besser es den Betroffenen gelingt ihr Erwerbspotential in Beschäftigung umzusetzen, desto wahrscheinlicher lässt sich die Hoffnung auf einen höheren Lebensstandard erfüllen.



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

Was die Positionierung im Lohn- und Gehaltsgefüge betrifft, so zeigt sich, dass die Erwerbseinkommen der Haushalte mit unterschiedlich hohem Lebensstandard weit auseinander klaffen. Dies hat vor allem folgende Gründe: im Regelfall lebt **eine gut positionierte „erstverdienende“ Person mit einer gut positionierten „zweitverdienenden“ Person zusammen**; während umgekehrt ein **schlecht positionierter „Erstverdiener“ auch mit einer schlechten Positionierung der zweitverdienenden Person rechnen muss**.

Dies führt zu einer Verdoppelung der Einkommenseffekte unterschiedlicher Arbeitsmarktpositionierung; so steigt für die einzelnen Schichten an Haushalten die Höhe der „Ersteinkommen“ von € 1.017,- über € 1.472,- auf € 2.531,-. Die analoge Abstufung beträgt bei den Zweiteinkommen: von € 426,- über € 847,- bis zu € 1.410,-.

**Im Bereich des sehr niedrigen Lebensstandards bilden die Haushalte mit nur einer erwerbstätigen Per-**

**son mit einem Anteil von 45% die größte Gruppe**. Werden noch jene Alleinerzieher/innen-Haushalte miteinbezogen, in denen noch keines der Kinder einer Erwerbstätigkeit nachgeht, dann wird Folgendes deutlich: Haushalte müssen deshalb einen sehr niedrigen Lebensstandard hinnehmen, weil nur eine einzige Person sich in der Lage sieht einer Beschäftigung nachzugehen.

**Auf der nächsten Stufe des Lebensstandards („niedrig“) überwiegen bereits jene Haushalte, in denen mehr als eine Person einer Erwerbstätigkeit nachgeht**; in 58% der Haushalte dieser Lebensstandardstufe hat sogar jede erwachsene Person eine Beschäftigung.

**Im Bereich des „hohen Lebensstandards“ sind Erwerbsaktivitäten aller erwachsenen Personen überhaupt der Regelfall** (81% der Haushalte). Alleinverdiener/innen-Haushalte finden sich auf diesem Niveau des Lebensstandards nur mehr selten (12%); Alleinerzieher/innen schaffen es praktisch überhaupt nicht mehr (1% der Haushalte) einen höheren Lebensstandard zu erreichen.

Übersicht 17

### Sehr niedriger Lebensstandard trotz Erwerbstätigkeit

Mehrpersonen-Haushalte<sup>1)</sup> mit sehr niedrigem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Erwerbstätigkeitstyp des Haushaltes			
	Alleinerzieher/innen <sup>3)</sup>	Alleinverdiener/innen <sup>4)</sup>	Mehrfachverdiener/innen <sup>5)</sup>	Jederverdiener/innen <sup>6)</sup>
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	<b>1.196,-</b>	<b>1.754,-</b>	<b>2.695,-</b>	<b>979,-</b>
<b>Netto-Markteinkommen pro Monat in €</b>				
1. Person	727,-	1.286,-	1.325,-	695,-
2. Person	451,-	-	640,-	426,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>				
Markteinkommen <sup>7)</sup>	52%	73%	77%	74%
Sozialtransfers <sup>8)</sup>	37%	23%	14%	13%
Sonstiges	11%	4%	9%	13%
<b>Anteil an allen Haushalten mit sehr niedrigem Lebensstandard</b>	<b>19%</b>	<b>45%</b>	<b>4%</b>	<b>33%</b>

#### Anmerkung:

Für die Berechnung des Medians des Netto-Haushaltseinkommens wurden auch jene Haushalte berücksichtigt, in denen es keine Erst- und Zweitverdiener/innen mit einem Markteinkommen gibt.

Bei der Bestimmung des Medians des Markteinkommens der Erst- und Zweitverdiener/innen wurden Haushalte ohne Markteinkommen nicht berücksichtigt.

<sup>1)</sup> Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>2)</sup> Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.

<sup>3)</sup> Eine erwachsene Person und Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene bis 27 Jahre (die auch ein eigenes Einkommen erzielen können).

<sup>4)</sup> Eine einzige markteinkommenserzielende Person in einem Mehrpersonen-Haushalt.

<sup>5)</sup> Mehr als eine erwachsene Person (aber nicht notwendigerweise alle erwachsenen Personen) erzielt ein Markteinkommen.

<sup>6)</sup> Jede erwachsene Person in dem Haushalt erzielt ein Markteinkommen.

<sup>7)</sup> In den Jederverdiener/innen und Mehrfachverdiener/innen-Haushalten kann es mehr als zwei Verdiener/innen geben.

<sup>8)</sup> Zu den Sozialtransfers zählen Familienbeihilfe, Arbeitslosengeld, krankheitsbezogene Unterstützungen und Frühpensionen wegen langer Versicherungsdauer.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

Übersicht 18

**Mehrfachverdienst führt nicht immer über einen niedrigen Lebensstandard hinaus**Mehrpersonen-Haushalte<sup>1)</sup> mit niedrigem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Erwerbstätigkeitstyp des Haushaltes			
	Allein- erzieher/innen <sup>3)</sup>	Alleinver- diener/innen <sup>4)</sup>	Mehrfachver- diener/innen <sup>5)</sup>	Jeder- verdiener/ innen <sup>6)</sup>
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	<b>1.609,-</b>	<b>2.370,-</b>	<b>3.314,-</b>	<b>2.125,-</b>
<b>Netto-Markteinkommen pro Monat in €</b>				
1. Person	1.028,-	1.761,-	1.518,-	1.208,-
2. Person	599,-	–	1.021,-	545,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>				
Markteinkommen <sup>7)</sup>	64%	72%	82%	83%
Sozialtransfers <sup>8)</sup>	21%	22%	12%	9%
Sonstiges	15%	6%	6%	7%
<b>Anteil an allen Haushalten mit niedrigem Lebensstandard</b>	<b>11%</b>	<b>23%</b>	<b>7%</b>	<b>58%</b>

**Anmerkung:**

Für die Berechnung des Medians des Netto-Haushaltseinkommens wurden auch jene Haushalte berücksichtigt, in denen es keine Erst- und Zweitverdiener/innen mit einem Markteinkommen gibt.

Bei der Bestimmung des Medians des Markteinkommens der Erst- und Zweitverdiener/innen wurden Haushalte ohne Markteinkommen nicht berücksichtigt.

- 1) Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).
- 2) Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.
- 3) Eine erwachsene Person und Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene bis 27 Jahre (die auch ein eigenes Einkommen erzielen können).
- 4) Eine einzige markteinkommenserzielende Person in einem Mehrpersonen-Haushalt.
- 5) Mehr als eine erwachsene Person (aber nicht notwendigerweise alle erwachsenen Personen) erzielt ein Markteinkommen.
- 6) Jede erwachsene Person in dem Haushalt erzielt ein Markteinkommen.
- 7) In den Jederverdiener/innen und Mehrfachverdiener/innen-Haushalten kann es mehr als zwei Verdiener/innen geben.
- 8) Zu den Sozialtransfers zählen Familienbeihilfe, Arbeitslosengeld, krankheitsbezogene Unterstützungen und Frühpensionen wegen langer Versicherungsdauer.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).



## Übersicht 19

**Mittlerer Lebensstandard zwischen 2.136,- und 3.566,-  
Haushaltseinkommen**Mehrpersonen-Haushalte<sup>1)</sup> mit mittlerem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Erwerbstätigkeitstyp des Haushaltes			
	Allein- erzieher/innen <sup>3)</sup>	Alleinver- diener/innen <sup>4)</sup>	Mehrfachver- diener/innen <sup>5)</sup>	Jeder- verdiener/ innen <sup>6)</sup>
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	<b>2.136,-</b>	<b>2.720,-</b>	<b>3.566,-</b>	<b>2.545,-</b>
<b>Netto-Markteinkommen pro Monat in €</b>				
1. Person	1.291,-	1.884,-	1.551,-	1.429,-
2. Person	291,-	–	989,-	806,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>				
Markteinkommen <sup>7)</sup>	59%	69%	84%	88%
Sozialtransfers <sup>8)</sup>	19%	21%	10%	7%
Sonstiges	22%	10%	6%	5%
<b>Anteil an allen Haushalten mit mittlerem Lebensstandard</b>	<b>7%</b>	<b>19%</b>	<b>11%</b>	<b>63%</b>

**Anmerkung:**

Für die Berechnung des Medians des Netto-Haushaltseinkommens wurden auch jene Haushalte berücksichtigt, in denen es keine Erst- und Zweitverdiener/innen mit einem Markteinkommen gibt.

Bei der Bestimmung des Medians des Markteinkommens der Erst- und Zweitverdiener/innen wurden Haushalte ohne Markteinkommen nicht berücksichtigt.

- 1) Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).
- 2) Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.
- 3) Eine erwachsene Person und Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene bis 27 Jahre (die auch ein eigenes Einkommen erzielen können).
- 4) Eine einzige markteinkommenserzielende Person in einem Mehrpersonen-Haushalt.
- 5) Mehr als eine erwachsene Person (aber nicht notwendigerweise alle erwachsenen Personen) erzielt ein Markteinkommen.
- 6) Jede erwachsene Person in dem Haushalt erzielt ein Markteinkommen.
- 7) In den Jederverdiener/innen und Mehrfachverdiener/innen-Haushalten kann es mehr als zwei Verdiener/innen geben.
- 8) Zu den Sozialtransfers zählen Familienbeihilfe, Arbeitslosengeld, krankheitsbezogene Unterstützungen und Frühpensionen wegen langer Versicherungsdauer.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

Übersicht 20

**Gehobener Lebensstandard für Alleinerzieher/innen und Alleinverdiener/innen kaum erreichbar**Mehrpersonen-Haushalte<sup>1)</sup> mit gehobenem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Erwerbstätigkeitstyp des Haushaltes			
	Alleinerzieher/innen <sup>3)</sup>	Alleinverdiener/innen <sup>4)</sup>	Mehrfachverdiener/innen <sup>5)</sup>	Jederverdiener/innen <sup>6)</sup>
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	<b>2.750,-</b>	<b>2.924,-</b>	<b>4.204,-</b>	<b>2.848,-</b>
<b>Netto-Markteinkommen pro Monat in €</b>				
1. Person	1.574,-	1.954,-	2.107,-	1.685,-
2. Person	1.068,-	–	1.016,-	1.097,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>				
Markteinkommen <sup>7)</sup>	75%	76%	79%	90%
Sozialtransfers <sup>8)</sup>	19%	14%	8%	4%
Sonstiges	6%	10%	12%	5%
<b>Anteil an allen Haushalten mit gehobenem Lebensstandard</b>	<b>4%</b>	<b>12%</b>	<b>10%</b>	<b>74%</b>

**Anmerkung:**

Für die Berechnung des Medians des Netto-Haushaltseinkommens wurden auch jene Haushalte berücksichtigt, in denen es keine Erst- und Zweitverdiener/innen mit einem Markteinkommen gibt.

Bei der Bestimmung des Medians des Markteinkommens der Erst- und Zweitverdiener/innen wurden Haushalte ohne Markteinkommen nicht berücksichtigt.

- 1) Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).
- 2) Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.
- 3) Eine erwachsene Person und Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene bis 27 Jahre (die auch ein eigenes Einkommen erzielen können).
- 4) Eine einzige markteinkommenserzielende Person in einem Mehrpersonen-Haushalt.
- 5) Mehr als eine erwachsene Person (aber nicht notwendigerweise alle erwachsenen Personen) erzielt ein Markteinkommen.
- 6) Jede erwachsene Person in dem Haushalt erzielt ein Markteinkommen.
- 7) In den Jederverdiener/innen und Mehrfachverdiener/innen-Haushalten kann es mehr als zwei Verdiener/innen geben.
- 8) Zu den Sozialtransfers zählen Familienbeihilfe, Arbeitslosengeld, krankheitsbezogene Unterstützungen und Frühpensionen wegen langer Versicherungsdauer.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).



## Übersicht 21

**Alle Erwachsenen erwerbsaktiv: erst dann ist ein hoher Lebensstandard wahrscheinlich**Mehrpersonen-Haushalte<sup>1)</sup> mit hohem<sup>2)</sup> Lebensstandard, 1999

	Erwerbstätigkeitstyp des Haushaltes			
	Allein- erzieher/innen <sup>3)</sup>	Alleinver- diener/innen <sup>4)</sup>	Mehrfachver- diener/innen <sup>5)</sup>	Jeder- verdiener/ innen <sup>6)</sup>
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	<b>3.261,-</b>	<b>4.353,-</b>	<b>5.883,-</b>	<b>4.245,-</b>
<b>Netto-Markteinkommen pro Monat in €</b>				
1. Person	1.949,-	3.343,-	3.058,-	2.480,-
2. Person	714,-	–	1.815,-	1.405,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>				
Markteinkommen <sup>7)</sup>	73%	76%	90%	92%
Sozialtransfers <sup>8)</sup>	12%	11%	8%	3%
Sonstiges	15%	13%	2%	5%
<b>Anteil an allen Haushalten mit hohem Lebensstandard</b>	<b>1%</b>	<b>12%</b>	<b>5%</b>	<b>81%</b>

**Anmerkung:**

Für die Berechnung des Medians des Netto-Haushaltseinkommens wurden auch jene Haushalte berücksichtigt, in denen es keine Erst- und Zweitverdiener/innen mit einem Markteinkommen gibt.

Bei der Bestimmung des Medians des Markteinkommens der Erst- und Zweitverdiener/innen wurden Haushalte ohne Markteinkommen nicht berücksichtigt.

- 1) Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).
- 2) Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.
- 3) Eine erwachsene Person und Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene bis 27 Jahre (die auch ein eigenes Einkommen erzielen können).
- 4) Eine einzige markteinkommenserzielende Person in einem Mehrpersonen-Haushalt.
- 5) Mehr als eine erwachsene Person (aber nicht notwendigerweise alle erwachsenen Personen) erzielt ein Markteinkommen.
- 6) Jede erwachsene Person in dem Haushalt erzielt ein Markteinkommen.
- 7) In den Jederverdiener/innen und Mehrfachverdiener/innen-Haushalten kann es mehr als zwei Verdiener/innen geben.
- 8) Zu den Sozialtransfers zählen Familienbeihilfe, Arbeitslosengeld, krankheitsbezogene Unterstützungen und Frühpensionen wegen langer Versicherungsdauer.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

Übersicht 22

**Großer Abstand zwischen Erst- und Zweiteinkommen**Mehrpersonen-Haushalte<sup>1)</sup> nach Haushaltstypen, 1999

	Haushalte geschichtet nach der Höhe des Lebensstandards				
	Sehr niedriger Lebensstandard <sup>2)</sup>	niedriger Lebensstandard <sup>3)</sup>	mittlerer Lebensstandard <sup>4)</sup>	gehobener Lebensstandard <sup>5)</sup>	hoher Lebensstandard <sup>6)</sup>
<b>Nettohaushaltseinkommen pro Monat in €</b>	<b>1.415,-</b>	<b>2.151,-</b>	<b>2.641,-</b>	<b>2.919,-</b>	<b>4.247,-</b>
<b>Netto-Markteinkommen pro Monat in €</b>					
1. Person	1.017,-	1.272,-	1.472,-	1.730,-	2.531,-
2. Person	426,-	600,-	847,-	1.090,-	1.410,-
<b>Anteil am Haushaltseinkommen in %</b>					
Markteinkommen <sup>7)</sup>	56%	74%	79%	85%	88%
Sozialtransfers <sup>8)</sup>	32%	17%	13%	7%	5%
Sonstiges	12%	9%	8%	8%	7%
<b>Anteil an allen Haushalten</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>

**Anmerkung:**

Für die Berechnung des Medians des Netto-Haushaltseinkommens wurden auch jene Haushalte berücksichtigt, in denen es keine Erst- und Zweitverdiener/innen mit einem Markteinkommen gibt. Bei der Bestimmung des Medians des Markteinkommens der Erst- und Zweitverdiener/innen wurden Haushalte ohne Markteinkommen nicht berücksichtigt.

<sup>1)</sup> Ohne Pensionisten-/Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>2)</sup> Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.

<sup>3)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen erster und zweiter Quintilgrenze liegt.

<sup>4)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen zweiter und dritter Quintilgrenze liegt.

<sup>5)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen dritter und vierter Quintilgrenze liegt.

<sup>6)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard über der vierten Quintilgrenze liegt.

<sup>7)</sup> In den Jederverdiener/innen- und Mehrfachverdiener/innen-Haushalten kann es mehr als zwei Verdiener/innen geben.

<sup>8)</sup> Zu den Sozialtransfers zählen Familienbeihilfe, Arbeitslosengeld, krankheitsbezogene Unterstützungen und Frühpensionen wegen langer Versicherungsdauer.

**Quelle:**

IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).



### 2.3. Welche Chancen bietet der Arbeitsmarkt, um einen mittleren Lebensstandard zu sichern?

Das Erwerbseinkommen nimmt im Regelfall die zentrale Rolle bei der Absicherung des Lebensstandards ein. Damit rücken aus sozialpolitischer Sicht die Einkommenschancen in den Vordergrund, die sich einer erwerbsinteressierten Person am österreichischen Arbeitsmarkt bieten.

Dabei interessiert die Sozialpolitik vor allem die Fragen: Reichen die Einkommenschancen am Arbeitsmarkt für die österreichischen Haushalte aus? Lässt sich damit die notwendige finanzielle Basis für eine volle Integration in das gesellschaftliche Leben absichern?

Diese Fragen können aus einer Position mittleren Lebensstandards am besten beantwortet werden.

Dabei ergibt sich als erster Befund: **zumeist müssen zumindest zwei Personen erwerbstätig sein**; das gilt jedenfalls für drei Viertel aller Haushalte mit mittlerem Lebensstandard

Es bedarf sowohl eines „Ersteinkommens“ als auch eines „Zweiteinkommens“, um jenen Deckungsgrad zu erreichen, der für einen mittleren Lebensstandard typisch ist. In diesem Sinn können die

- mittleren „Ersteinkommen“ (von € 1.550,-) und
- mittleren „Zweiteinkommen“ (von € 990,-)

als „sozialpolitisch zentrale Einkommensniveaus“ bezeichnet werden.

Es ließe sich ein noch höherer Wert auch als „sozialpolitischer Referenzwert“ rechtfertigen. Er liegt bei € 1.880,-. Mit diesem Einkommen gelingt es Alleinverdiener/innen gerade einen mittleren Lebensstandard zu erreichen.

#### Übersicht 23

### Bessere Chancen für Männer in allen Berufsfeldern

Berufsspezifischer Anteil, deren Netto-Monatseinkommen zur Absicherung eines mittleren Lebensstandards ausreicht, 1999

	Das Netto-Monatseinkommen von ...% der Personen liegt über dem		
	mittleren Alleinverdienststandard <sup>1)</sup>	mittleren Erstverdienststandard <sup>1)</sup>	mittleren Zweitverdienststandard <sup>1)</sup>
<b>Arbeiter/innen</b>			
Frauen	1%	1%	36%
Männer	7%	24%	82%
<b>Angestellte</b>			
Frauen	11%	23%	65%
Männer	47%	64%	91%
<b>Beamte/Beamtinnen</b>			
Frauen	44%	66%	92%
Männer	44%	67%	92%
<b>Netto-Monatseinkommen<sup>2)</sup> in €</b>	<b>1.880,-</b>	<b>1.550,-</b>	<b>990,-</b>

<sup>1)</sup> Der Standard entspricht den mittleren Monatseinkommen des Erwerbstyps in Haushalten mit mittlerem Lebensstandard.

<sup>2)</sup> Netto-Jahres-einkommen dividiert durch 12.

Quelle: IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999), Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik.



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

## Übersicht 24

**Einkommenschancen für einen mittleren Lebensstandard: Zwischen „Kreditwesen“ und „Beherbergungs- und Gaststättenwesen“**

Branchenspezifischer Anteil der Personen, deren Netto-Monatseinkommen zur Absicherung eines mittleren Lebensstandards ausreicht, 1999

	Das Netto-Monatseinkommen von ...% der Personen liegt über dem		
	mittleren Alleinverdienststandard <sup>1)</sup>	mittleren Erstverdienststandard <sup>1)</sup>	mittleren Zweitverdienststandard <sup>1)</sup>
<b>Wirtschaftsabteilungen</b>			
Land-/Forstwirtschaft	6%	13%	52%
Fischerei und Fischzucht	1%	6%	56%
Bergbau	37%	64%	94%
Sachgütererzeugung	22%	40%	83%
Energie-/Wasserversorgung	55%	71%	92%
Bauwesen	13%	29%	83%
Handel, Reparatur	14%	24%	64%
Beherberg./Gaststättenw.	3%	6%	43%
Verkehr/Nachrichtenüberm.	21%	37%	83%
Kredit-/Versicherungswesen	45%	63%	90%
Wirtschaftsdienste	17%	28%	63%
Öffentliche Verwaltung	25%	42%	85%
Unterrichtswesen	32%	49%	78%
Gesundheit/Soziales	12%	24%	65%
Sonstige Dienstleistungen	14%	24%	56%
Private Haushalte	1%	2%	22%
Ext. Organisationen	25%	41%	76%
<b>Gesamt</b>	<b>20%</b>	<b>34%</b>	<b>75%</b>
<b>Netto-Monatseinkommen<sup>2)</sup> in €</b>	<b>1.880,-</b>	<b>1.550,-</b>	<b>990,-</b>

<sup>1)</sup> Der Standard entspricht den mittleren Monatseinkommen des Erwerbstyps in Haushalten mit mittlerem Lebensstandard.

<sup>2)</sup> Netto-Jahreseinkommen dividiert durch 12.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Lohnstufenstatistik, Synthesis Forschung.



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

Diese Netto-Monatseinkommen geben einen Finanzierungsbeitrag an. Er kann aus der betreffenden Beschäftigung zwölf Mal im Jahr geleistet werden kann. Diesem Netto-Monatseinkommen entspricht rein rechnerisch ein bestimmter Brutto-Monatsverdienst. Er wird zwölfmal im Jahr („Jahreszwölftel“) auf einem Arbeitsplatz bei durchgehender Beschäftigung erzielt.

Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten können die Referenzeinkommen markiert werden:

- € 2.820,- brutto,  
12 x jährlich, als Alleinverdienst-Niveau
- € 2.263,- brutto,  
12 x jährlich, als Erstverdienst-Niveau
- € 1.297,- brutto,  
12 x jährlich, als Zweitverdienst-Niveau

**Die Chance auf einen Monatsverdienst in der Höhe von € 2.820,- brutto oder € 1.880,- netto bieten 20% aller Arbeitsplätze;** Das heißt: In 80% der Fälle von unselbständiger Beschäftigung ist das erzielbare Einkommen unzureichend, um als Alleinverdienst-Niveau einen mittleren Lebensstandard für alle Haushaltsmitglieder zu erreichen.

Selbst wenn Alleinerzieher/innen unbeschränkten Zugang zu gut bezahlten Arbeitsplätzen hätten, stünden ihre Chancen schlecht, für sich und ihre Kinder einen mittleren Lebensstandard durch ein Erwerbseinkommen abzudecken.

**Sofern die Alleinerzieherin nur einen Arbeiterinnenberuf ausüben kann, so bleibt ihr faktisch der Zugang zu einem mittleren Lebensstandard verwehrt.** In Angestelltenberufen sind diese Chancen ebenfalls sehr gering (11%). Nur in Beamtenverhältnissen erreicht ein Teil der Frauen (44%) eine Verdiensthöhe, die es ihnen als Alleinerzieherinnen ermöglichen würde, einen mittleren Lebensstandard finanziell abzudecken.

**Was das „Erstverdienst-Niveau“ betrifft, so kann dieses auf 34% aller Arbeitsplätze erreicht werden.** Allerdings verteilen sich die Zugangschancen für Frauen und Männer recht ungleich. Während **44% aller Männer** einen Zugang zu einem Arbeitsplatz erlangt haben, dessen Verdiensthöhe zumindest dem Erstverdienst-Niveau entspricht, so beträgt dieser Anteil unter **Frauen rund 20%**. Aber selbst Männer können nur bei einer überdurchschnittlichen guten Positionierung im Gefüge der Erwerbslaufbahnen damit rechnen, das Erstverdienst-Niveau zu erreichen; dies trifft auf 24% der Männer in Arbeiterberufen zu, auf 64% der Angestellten und 67% der Beamten.

**Selbst das Zweitverdienst-Niveau kann keinesfalls als gesicherter Mindestverdienst gelten.** Auf einer erheblichen Zahl von Arbeitsplätzen sind die Wochenarbeitszeitkontingente so gering, dass der Ver-

dienst nicht an das Zweitverdienst-Niveau heranreicht. So stehen 42% der Frauen in Beschäftigungsverhältnissen, deren Entlohnung selbst als Zweitverdienst nicht ausreicht, um in einem Doppelverdiener/innen-Haushalt einen mittleren Lebensstandard abzusichern.

Die Resultate dieser sozialpolitischen Vermessung der österreichischen Lohn- und Gehaltspyramide zeigen deutlich: **Eine auf gesellschaftliche Integration bedachte Sozialpolitik kann auf den überlegten Einsatz von Transfermitteln nicht verzichten.**

### 2.4. Die Markteinkommenslücke

Die Rolle der Sozialtransfers ist deshalb so wichtig, weil **zwischen den Erwerbseinkommen der Haushalte und ihrem Finanzierungsbedarf eine erhebliche Markteinkommenslücke aufklafft.**

Dies gilt für sämtliche Haushalte. Diese Gesamtheit der Haushalte lässt sich (abweichend von den bisherigen Gruppierungen) nach einem weiteren Kriterium unterscheiden. Dabei dient das Ausmaß der Markteinkommenslücke als Unterscheidungsmerkmal.

**Durch die Festlegung von zwei „Grenzpunkten“ werden drei Gruppen von Haushalten gebildet:** Die erste Gruppe sind jene Haushalte, bei denen die Markteinkommenslücke größer als 40% ist (Deckungsgrad durch Markteinkommen geringer als 60%); bzw. zwischen 39% und 20% liegt; bzw. kleiner als 19% ist.

**Bei einem guten Fünftel (22%) aller Haushalte decken die Markteinkommen weniger als 60% Lebensstandards ab.** Unter den Alleinerzieher/innen-Haushalten sind es sogar 43% welche die 60%-Marke nicht erreichen. Ihnen gelingt es nicht zumindest 60% der für den Lebensstandard erforderlichen Finanzmittel „aus eigener Kraft“ zu sichern.

**Jene Haushalte, bei denen die Markteinkommenslücke größer als 40% des Haushaltseinkommens ist, sind auf jeden Fall auf Transfers angewiesen;** sei es auf Transfers zwischen Haushalten oder auf Sozialtransfers.

Selbst jene Haushalten, denen es gelingt, mehr als 60% (aber weniger als 80%) ihres Budgets durch Erwerbseinkommen abzudecken, sind auf Transfers angewiesen. Eine nennenswerte Verringerung von Transfers würde eine weitreichende Reduktion des Lebensstandards auslösen.

**Erst bei einem Deckungsgrad von über 80% kann von einer geringeren Abhängigkeit von Transfers ge-**



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

## Übersicht 25

**Je geringer die Schulbildung, desto größer die Markteinkommenslücke**

Haushalte<sup>1)</sup> mit niedrigem, mittlerem und hohem Deckungsgrad des Haushaltseinkommens durch Markteinkommen

	Anteil der Haushalte bei denen das Haushaltseinkommen zu ... % durch das Markteinkommen abgedeckt wird			alle Haushalte
	bis zu 60%	61%–80%	81–100%	
<b>Zusammensetzung des Haushaltes</b>				
1 Erwachsene(r)	21%	4%	75%	100%
mehrere Erwachsene	33%	17%	50%	100%
Alleinerzieher/innen	43%	31%	25%	100%
mehrere Erwachsene, 1 Kind	18%	18%	64%	100%
mehrere Erwachsene, mehrere Kinder	10%	26%	64%	100%
<b>Ausbildung der Haushaltsrepräsentanten</b>				
Pflichtschule	39%	18%	43%	100%
weiterführende Schule oder Lehre	21%	20%	59%	100%
Matura	16%	16%	68%	100%
Hochschule	14%	13%	73%	100%
<b>Alle Haushalte</b>	<b>22%</b>	<b>18%</b>	<b>60%</b>	<b>100%</b>

<sup>1)</sup> Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

Quelle: IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Einkommensdaten für das Jahr 1999).

**sprochen werden.** Der Haushalt besitzt auf der Basis der Markteinkommen eine gewisse Dispositionssicherheit, bei den mit seiner Lebensführung verbundenen Ausgaben. Diese Sicherheit besteht allerdings nur insoweit als es den erwerbstätigen Mitgliedern des Haushaltes gelingt, eine angemessene Beschäftigung aufrecht zu erhalten.

Der von einem Haushalt erzielbare Deckungsgrad wird in hohem Maße durch die Bildungsbiografie der Haushaltsrepräsentanten/innen bestimmt. **Wer seinen Bildungsweg nach dem Pflichtschulabschluss abbricht, muss in 39% der Fällen damit rechnen, über einen Deckungsgrad von 60% nicht hinaus zu kommen.**

### 3. Die Rolle der Sozialtransfers

#### 3.1. Verteilung der Sozialtransfers auf Haushalte

An der Rolle der Sozialtransfers zur Absicherung des Lebensstandards kann wenig Zweifel bestehen. Allerdings setzen zahlreiche Sozialtransfers nicht direkt an dem allgemeinen Bedarf der Haushalte, sondern an einem spezifischen Tatbestand an. Das ist im Fall von familienbezogenen Transferleistungen offensichtlich; diese stellen nicht auf den Lebensstandard des Haushaltes sondern



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

auf seine Zusammensetzung (Kinder) ab. Immerhin **machen solche familienbezogenen Transferleistungen rund 44% aller Transfers aus.**

Im Vergleich dazu spielen die **durch Arbeitslosigkeit ausgelösten Transferzahlungen mit 14% des Gesamtvolumens** eine untergeordnete Rolle. Allerdings sind es gerade die Haushalte mit sehr niedrigem Lebensstandard, für die das Arbeitslosengeld eine wichtige Rolle spielt. Und zwar auf doppelte Weise: Einerseits haben diese Haushalte eine besonders niedrige Deckungsquote (was auch auf den mit Arbeitslosigkeit verbundenen Verlust von Erwerbseinkommen zurückzuführen ist); andererseits wird ein besonders hoher Anteil (23%) dieser Markteinkommenslücke durch das Arbeitslosengeld abgedeckt.

Je höher der von einem Haushalt erreichte Lebensstandard liegt, desto signifikanter werden jene Transferleistungen, die mit Krankheit und vorzeitiger Beendigung der Erwerbstätigkeit verbunden sind.

**Trotz der fehlenden expliziten Verknüpfung von Transferleistungen mit dem Lebensstandard zeigt sich: Haushalte mit niedrigem Lebensstandard erhalten einen höheren Anteil an allen Sozialtransfers** als Haushalte mit einem höheren Lebensstandard. So entfallen auf Haushalte mit höherem Lebensstandard rund

15% aller Sozialtransfers, für Haushalte mit sehr niedrigem Lebensstandard dagegen 25%.

Die **Konzentration der Transferleistungen auf Haushalte mit „sehr niedrigem“ bzw. mit „niedrigem“ Lebensstandard ist in folgenden Bereichen besonders hoch: bei Arbeitslosigkeit, bei familienbezogener Unterstützung und bei bedarfsgeprüfte Leistungen.** Die „untersten“ 40% der Haushalte erhalten 60% des Arbeitslosengeldes, 53% der familienbezogenen Unterstützungen und 53% der bedarfsgeprüften Leistungen.

Eine deutliche **Konzentration der Leistungen auf die wohlhabenden Haushalte tritt nur bei den Witwenpensionen auf.** Rund 51% dieser Transferleistungen entfallen auf Haushalte mit „gehobenem“ und mit „hohem“ Lebensstandard (obere 40% der Haushalte). Allerdings gilt dies nur für jene Pensionszahlungen, die an Mitglieder von Haushalten geleistet werden, die nicht überwiegend durch Pensionen finanziert werden. Diese Konzentration spiegelt auch die Wohnsituation wohlhabender Haushalte (etwa drei Generationen im großen Einfamilienhaus) wider. Eine analoge Überlegung gilt auch für den Anteil der Haushalte mit „gehobenem/hohem“ Lebensstandard in Hinblick auf den Anteil an bedarfsgeprüften Leistungen (in die etwa auch Stipendien fallen).



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

## Übersicht 26

**Familienbezogene Unterstützungen stellen den größten Anteil an Sozialtransfers**Die Zusammensetzung von Sozialtransfers in Haushalten<sup>1)</sup> mit unterschiedlichen Lebensstandards

Haushalte geschichtet nach der Höhe des Lebensstandards	Leistungsart					alle altersunabhängigen Sozialleistungen
	Witwenpension <sup>2)</sup>	Arbeitslosigkeit <sup>3)</sup>	krankheitsbez.-Unterstützung <sup>4)</sup>	familienbezog. Unterstützung <sup>5)</sup>	bedarfsgeprüfte Leistungen <sup>6)</sup>	
sehr niedriger Lebensstandard <sup>7)</sup>	4%	23%	18%	48%	6%	100%
niedriger Lebensstandard <sup>8)</sup>	4%	13%	27%	51%	5%	100%
mittlerer Lebensstandard <sup>9)</sup>	8%	15%	29%	43%	5%	100%
gehobener Lebensstandard <sup>10)</sup>	8%	11%	35%	39%	6%	100%
hoher Lebensstandard <sup>11)</sup>	16%	8%	37%	37%	2%	100%
<b>alle Haushalte</b>	<b>8%</b>	<b>14%</b>	<b>29%</b>	<b>44%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>

1) Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

2) Vor gesetzlichem Pensionsalter.

3) Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Frühpension wegen Arbeitslosigkeit und andere arbeitslosigkeitsbezogene Unterstützungen die vom AMS gewährt wurden.

4) Frühpension wegen Krankheit, Invaliditätspension, Unfallpension, Pflegegeld und andere krankheitsbezogene Leistungen (z.B. Krankengeld)

5) Familienbeihilfe, Karenz- und Wochengeld und andere familienbezogene Unterstützungen (z.B. Geburtenbeihilfe, Sondernotstandshilfe)

6) Ausbildungsbezogene Leistungen (z.B. Unterstützungen für Schul-/Berufsausbildung, Stipendien), Wohnbeihilfe und Sozialhilfe

7) Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.

8) Haushalte, deren Lebensstandard zwischen erster und zweiter Quintilgrenze liegt.

9) Haushalte, deren Lebensstandard zwischen zweiter und dritter Quintilgrenze liegt.

10) Haushalte, deren Lebensstandard zwischen dritter und vierter Quintilgrenze liegt.

11) Haushalte, deren Lebensstandard über der vierten Quintilgrenze liegt

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Daten für das Jahr 1999).



## Übersicht 27

**Sozialtransfers erreichen vor allem Haushalte mit unterdurchschnittlichem Lebensstandard**Die Aufteilung von Sozialtransfers auf Haushalte<sup>1)</sup> mit unterschiedlichem Lebensstandard

Haushalte geschichtet nach der Höhe des Lebensstandards	Leistungsart					alle altersunabhängigen Sozialleistungen
	Witwenpension <sup>2)</sup>	Arbeitslosigkeit <sup>3)</sup>	krankheitsbez. Unterstützung <sup>4)</sup>	familienbezog. Unterstützung <sup>5)</sup>	bedarfsgeprüfte Leistungen <sup>6)</sup>	
sehr niedriger Lebensstandard <sup>7)</sup>	13%	40%	17%	27%	31%	25%
niedriger Lebensstandard <sup>8)</sup>	12%	20%	22%	26%	22%	23%
mittlerer Lebensstandard <sup>9)</sup>	24%	22%	23%	21%	23%	22%
gehobener Lebensstandard <sup>10)</sup>	17%	11%	19%	13%	18%	15%
hoher Lebensstandard <sup>11)</sup>	34%	8%	19%	12%	5%	15%
alle Haushalte	100%	100%	100%	100%	100%	100%

<sup>1)</sup> Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

<sup>2)</sup> Vor gesetzlichem Pensionsalter.

<sup>3)</sup> Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Frühpension wegen Arbeitslosigkeit und andere arbeitslosigkeitsbezogene Unterstützungen die vom AMS gewährt wurden.

<sup>4)</sup> Frühpension wegen Krankheit, Invaliditätspension, Unfallpension, Pflegegeld und andere krankheitsbezogene Leistungen (z.B. Krankengeld)

<sup>5)</sup> Familienbeihilfe, Karenz- und Wochengeld und andere familienbezogene Unterstützungen (z.B. Geburtenbeihilfe, Sondernotstandshilfe)

<sup>6)</sup> Ausbildungsbezogene Leistungen (z.B. Unterstützungen für Schul-/Berufsausbildung, Stipendien), Wohnbeihilfe und Sozialhilfe

<sup>7)</sup> Haushalte mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.

<sup>8)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen erster und zweiter Quintilgrenze liegt.

<sup>9)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen zweiter und dritter Quintilgrenze liegt.

<sup>10)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard zwischen dritter und vierter Quintilgrenze liegt.

<sup>11)</sup> Haushalte, deren Lebensstandard über der vierten Quintilgrenze liegt.

**Quelle:**

IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Daten für das Jahr 1999).



## Einkommen, Lebensstandards und Sozialtransfers

## Übersicht 28

**Sozialtransfers erreichen überwiegend Personen mit unterdurchschnittlichem Lebensstandard**

Die Aufteilung von Sozialtransfers auf Personen mit unterschiedlichem Lebensstandard

Personen geschichtet nach der Höhe des Lebensstandards	Leistungsart					alle altersunabhängigen Sozialleistungen
	Witwenpension <sup>2)</sup>	Arbeitslosigkeit <sup>3)</sup>	krankheitsbez. Unterstützung <sup>4)</sup>	familienbezog. Unterstützung <sup>5)</sup>	bedarfsgeprüfte Leistungen <sup>6)</sup>	
sehr niedriger Lebensstandard <sup>7)</sup>	13%	38%	16%	26%	27%	24%
niedriger Lebensstandard <sup>8)</sup>	12%	18%	19%	24%	22%	21%
mittlerer Lebensstandard <sup>9)</sup>	20%	21%	24%	20%	23%	21%
gehobener Lebensstandard <sup>10)</sup>	20%	12%	20%	15%	21%	17%
hoher Lebensstandard <sup>11)</sup>	36%	11%	21%	14%	6%	17%
alle Haushalte	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1) Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

2) Vor gesetzlichem Pensionsalter.

3) Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Frühpension wegen Arbeitslosigkeit und andere arbeitslosigkeitsbezogene Unterstützungen die vom AMS gewährt wurden.

4) Frühpension wegen Krankheit, Invaliditätspension, Unfallpension, Pflegegeld und andere krankheitsbezogene Leistungen (z.B. Krankengeld)

5) Familienbeihilfe, Karenz- und Wochengeld und andere familienbezogene Unterstützungen (z.B. Geburtenbeihilfe, Sondernotstandshilfe)

6) Ausbildungsbezogene Leistungen (z.B. Unterstützungen für Schul-/Berufsausbildung, Stipendien), Wohnbeihilfe und Sozialhilfe.

7) Personen mit einem Lebensstandard bis zur ersten Quintilgrenze.

8) Personen, deren Lebensstandard zwischen erster und zweiter Quintilgrenze liegt.

9) Personen, deren Lebensstandard zwischen zweiter und dritter Quintilgrenze liegt.

10) Personen, deren Lebensstandard zwischen dritter und vierter Quintilgrenze liegt.

11) Personen, deren Lebensstandard über der vierten Quintilgrenze liegt.

**Quelle:**

IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Daten für das Jahr 1999).

### 3.2. Armutslindernde Effekte der Sozialleistungen

Die ungleiche Chancenverteilung im Erwerbsleben führt dazu, dass die Erwerbstätigen recht unterschiedliche Markteinkommen beziehen. Dieser Effekt wird auf der Ebene der Haushalte noch verstärkt: Besser verdienende Erwerbstätige leben meist mit erwerbstätigen Personen zusammen, die ebenfalls vorteilhaft positioniert sind. Ein analoger (wenn auch unvorteilhafter) Zusammenhang stellt sich in den unteren Lebensstandardbereichen der Haushalte ebenfalls her.

Dies führt dazu, dass die **Haushalte mit „sehr niedrigem Lebensstandard“ (20% aller Haushalte) nur 8% der von allen Haushalten erzielten Markteinkommen beziehen**. Dagegen können die **Haushalte mit „hohem Lebensstandard“ über rund 35% des Markteinkommens** aller Haushalte disponieren.

Im Bereich des mittleren Lebensstandards können die

Haushalte (20%) einen ungefähr gleich hohen Anteil (19%) am Markteinkommen beanspruchen wie ihrem Anteil an allen Haushalten entspricht.

Dieses hohe **Ausmaß an Ungleichheit wird durch die Sozialtransfers gemildert**. Die Haushalte der unteren Lebensstandard-Bereiche erhalten deutlich mehr Sozialtransfers als die wohlhabenderen Haushalte.

Diese Umverteilung von Haushaltseinkommen belastet die Haushalte in hohen und gehobeneren Lebensstandard-Bereichen kaum; ihr Anteil am Gesamteinkommen „sinkt“ um weniger als 6% aufgrund von Sozialtransfers. Dagegen spielt für die **Haushalte mit sehr niedrigem Lebensstandard die Umverteilung durch Sozialtransfers eine sehr wichtige Rolle: Ihr Anteil am Gesamteinkommen steigt um rund 25% an**.

Dieser Anstieg reicht aus, um die mit Armut verbundenen Lasten der betreffenden Haushalte spürbar zu erleichtern.

Übersicht 29

#### Umverteilung durch Sozialtransfers?

Haushalte geschichtet nach der Höhe des Lebensstandards	Anteil der einzelnen Haushaltsschichten am ...		
	Markteinkommen	Transfer-einkommen	Markt- und Transfereinkommen
sehr niedriger Lebensstandard <sup>1)</sup>	8%	23%	10%
niedriger Lebensstandard <sup>2)</sup>	14%	25%	16%
mittlerer Lebensstandard <sup>3)</sup>	19%	22%	19%
gehobener Lebensstandard <sup>4)</sup>	24%	15%	23%
hoher Lebensstandard <sup>5)</sup>	35%	15%	33%
<b>alle Haushalte</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

#### Anmerkung:

Ohne Pensionisten-/ Pensionistinnen-Haushalte (das sind Haushalte, in denen das Einkommen mehrheitlich aus Pensionen stammt).

- 1) Haushalte mit einem Lebensstandards bis zur ersten Quintilgrenze.
- 2) Haushalte, deren Lebensstandard zwischen erster und zweiter Quintilgrenze liegt.
- 3) Haushalte, deren Lebensstandard zwischen zweiter und dritter Quintilgrenze liegt.
- 4) Haushalte, deren Lebensstandard zwischen dritter und vierter Quintilgrenze liegt.
- 5) Haushalte, deren Lebensstandard über der vierten Quintilgrenze liegt.

**Quelle:** IFS-Europäisches Haushaltspanel, 6. Welle (Daten für das Jahr 1999).



## II. SOZIALAUSGABEN IN ÖSTERREICH\*

Josef BAUERNBERGER

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

<b>1.</b>	<b>Entwicklung der Sozialausgaben in den neunziger Jahren</b> .....	48
1.1.	Ausgaben für Arbeitslosigkeit .....	49
1.2.	Ausgaben für Invalidität .....	50
1.3.	Ausgaben für Alter .....	50
1.4.	Ausgaben für Familien .....	51
<b>2.</b>	<b>Ursachen für die Veränderung der Sozialquote</b> .....	52
<b>3.</b>	<b>Veränderung in einzelnen Leistungskategorien von 1999 auf 2000</b> .....	52
<b>4.</b>	<b>Österreichs Sozialquote knapp über dem EU-Durchschnitt</b> .....	53

\*) ausführliche Informationen zu diesem Themenbereich in Tabellenform finden Sie auf der Internet-Homepage des BMSG ([www.bmsg.gv.at](http://www.bmsg.gv.at))

Seit dem Beitritt Österreichs zur Europäischen Union wurde die Erfassung der österreichischen Sozialausgaben an das von EUROSTAT gemeinsam mit den Mitgliedsländern entwickelte Schema ESSOSS (Europäisches System der Integrierten Sozialschutzstatistik) methodisch angeglichen. **Die ESSOSS-Methodik ermöglicht die Darstellung der Sozialausgaben und ihrer Finanzierung nach einer EU-weit einheitlichen Struktur** (Zur Methode vgl. Sozialbericht 1996).

## 1. Entwicklung der Sozialausgaben in den neunziger Jahren

Die nach der EU-konformen Methode berechneten Sozialausgaben betragen **2000 59,6 Mrd. €** oder **29,1% des Brutto-Inlandsproduktes**. Die Sozialquote (Anteil der Sozialausgaben am Brutto-Inlandsprodukt) ist damit nach einem leichten Rückgang 1997 und 1998 (-0,2% bzw. -0,3%-Punkte) in den Jahren 1999 und 2000 auf 29,1% gestiegen. War die jährliche reale Zuwachsrate der Sozialausgaben in der ersten Hälfte der neunziger Jahre im Durchschnitt bei 4% gelegen, so sank dieser Wert zwischen 1996 und 2000 auf rund 2%. Die reale Zuwachsrate in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre lag damit unter jener des BIP für diesen Zeitraum. Über das gesamte Jahrzehnt betrachtet, erreichte die

Sozialquote im Durchschnitt jährlich einen Wert von 28,3%.

Rund die  **Hälfte der Sozialausgaben** wurde 2000 für die  **Alters- und Hinterbliebenenversorgung, ein Viertel für Krankheitsleistungen** aufgewendet. Für  **Familienleistungen** wurde rund  **ein Zehntel** der gesamten Sozialleistungen ausgegeben, für  **Invaliditätsleistungen** im erwerbsfähigen Alter  **8%** und für  **Arbeitslosenleistungen 5%**. Insgesamt stiegen die empfangenerwirkenden Sozialausgaben (ohne intergovernmentale Transfers) zwischen  **1990 und 2000** um  **69%**.

Sowohl der seit 1990 zu beobachtende  **Anstieg der Arbeitslosenleistungen** (+74%) als auch der  **Invaliditätsleistungen** im erwerbsfähigen Alter (+98%) sind wesentlich durch die Verschlechterung der Arbeitsmarktsituation verursacht. Die knapp über dem Durchschnitt liegende  **Erhöhung der Familienleistungen** (+72%) muß differenziert betrachtet werden. Während zwischen 1990 und 1995 aufgrund der Leistungsausweitung (2. Karenzjahr, Kinderabsetzbeträge) eine überdurchschnittliche Ausgabensteigerung zu verzeichnen war, führten ab 1996 Geburtenrückgang und budgetäre Konsolidierungsmaßnahmen (u.a. faktische Verkürzung der Dauer des Karenzurlaubes) zu einem Ausgabenrückgang. Das neu eingeführte Kinderbetreuungsgeld (Ausweitung des Bezieher/innenkreises, Verlängerung der Bezugsdauer) wird ab 2002 zu einem Anstieg der Familienleistungen führen.

## Entwicklung der Sozialausgaben und der Sozialquote\*

Jahr	Euro Mrd.	jährliche reale Veränderung in %	Anteile am BIP in %
1980	19,55		26,2
1985	27,18	1,9 <sup>1)</sup>	27,0
1990	35,17	3,0 <sup>2)</sup>	26,3
1995	50,14	4,0 <sup>3)</sup>	29,1
1996	51,74		29,1
1997	52,69		28,9
1998	54,36		28,6
1999	57,27		29,1
2000	59,59	2,1 <sup>4)</sup>	29,1

\* aufgrund der Revision der BIP-Werte und sonstiger Anpassungen bei der Datenerhebung stimmen die Werte mit den in der Vergangenheit publizierten nicht exakt überein

<sup>1) 2)</sup> durchschnittliche jährliche reale Veränderung 1980/1985 bzw. 1985/1990

<sup>3) 4)</sup> durchschnittliche jährliche reale Veränderung 1990/1995 bzw. 1995/2000

**Quelle:** ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen



## Sozialausgaben nach Funktionen (Sozialrisiken)

	1990		1995		1999		2000		1990–2000 Veränderung in %
	Mio. €	Anteile in %	Mio. €	Anteile in %	Mio. €	Anteile in %	Mio. €	Anteile in %	
Alter	13.118	38,5	18.322	37,8	21.245	38,3	22.216	38,4	+69
Hinterbliebene	3.968	11,6	5.148	10,6	5.580	10,0	5.706	9,9	+44
Krankheit <sup>1)</sup>	8.880	26,0	12.443	25,7	14.669	26,4	15.025	26,0	+69
Familie	3.570	10,5	5.522	11,4	5.665	10,2	6.143	10,6	+72
Invalidität	2.398	7,0	3.648	7,5	4.476	8,1	4.750	8,2	+98
Arbeitslosigkeit	1.558	4,6	2.705	5,6	2.857	5,1	2.719	4,7	+74
Wohnen u. soziale Ausgrenzung <sup>2)</sup>	599	1,8	712	1,4	1.039	1,9	1.228	2,2	+105
<b>Insgesamt<sup>3)</sup></b>	<b>34.092</b>	<b>100</b>	<b>48.499</b>	<b>100</b>	<b>55.531</b>	<b>100</b>	<b>57.785</b>	<b>100</b>	<b>+69</b>

<sup>1)</sup> eigene Schätzungen (die Schätzungen betreffen den stationären Bereich)

<sup>2)</sup> u. a. Geldleistungen der Sozialhilfe, Wohnbeihilfe, Gebührenbefreiungen

<sup>3)</sup> Die Gesamtsumme der Sozialausgaben in der funktionellen Gliederung ist geringer als die der Gesamtsozialausgaben, da bestimmte Aufwendungen (z. B. Verwaltungskosten) bei der funktionellen Gliederung nicht aufscheinen. Rundungsdifferenzen sind ebenfalls möglich

Quelle: ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

### 1.1. Ausgaben für Arbeitslosigkeit

Die Ausgaben für Arbeitslosigkeit haben zwischen 1990 und 2000 um drei Viertel zugenommen. Der Anstieg der Arbeitslosenquote von 5,4% im Jahre 1990 auf über 7% in den Jahren 1996–1998 führte zu einem entsprechend hohen Anstieg der Zahl der Bezieher/innen von verschiedenen Arbeitslosenleistungen. Erst 1999 und 2000 sank die Arbeitslosenquote deutlich (6,7% bzw. 5,8%).

Die gestiegenen Ausgaben für Arbeitslosigkeit sind vor allem durch die **stark angewachsene Zahl von Leistungsbezieher/innen** und nicht aufgrund überproportionaler Erhöhungen der Pro-Kopf-Arbeitslosenleistung-

gen verursacht. So stieg die Zahl der Personen mit einer Arbeitslosigkeitsdauer von über 6 Monaten von 73.000 (1990) auf 139.000 (2000). Im selben Zeitraum erhöhte sich die Zahl der vorzeitigen Alterspensionen wegen Arbeitslosigkeit von 14.500 auf 17.000, wobei der Anstieg fast zur Gänze auf jenen bei den Frauen zurückzuführen war. Die **Mittel für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen** wurden in obigem Zeitraum **verdreifacht**, wobei der Anstieg ab 1995 zum Großteil auf die Flüssigmachung von Geldern aus dem Europäischen Sozialfonds für die Ziele 3 (Unterstützung der vom Strukturwandel betroffenen Arbeitnehmer/innen; Integration von Langzeitarbeitslosen, Älteren und Behinderten; Förderung der Chancengleichheit) und 4 (Förderung der Aus- und Weiterbildung) zurückzuführen war.

### Sozialleistungen für Arbeitslosigkeit 1990–2000 in Mio. €

	1990	1995	1999	2000	1990–2000 Veränderung in %
Arbeitslosengeld	615	997	935	875	+42
Notstandshilfe	233	463	603	545	+134
Sondernotstandshilfe	66	87	39	34	-49
Sonderunterstützung	132	169	63	48	-64
vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit	98	175	180	174	+78
Insolvenzausfallgeldfonds	67	291	202	213	+218
aktive Arbeitsmarktpolitik des AMS	240	362	725	720	+200
sonstige Leistungen <sup>1)</sup>	106	160	110	109	+2
<b>Gesamt<sup>2)</sup></b>	<b>1.558</b>	<b>2.705</b>	<b>2.857</b>	<b>2.719</b>	<b>+74</b>

<sup>1)</sup> Schlechtwetterentschädigung, Ausgleichsfonds, Länderleistungen

<sup>2)</sup> ohne intergovernmentale Transfers (z. B. Zahlungen der Arbeitslosenversicherung an die Pensions- und Krankenversicherung)

Quelle: ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen



## Sozialausgaben

### 1.2. Ausgaben für Invalidität

Neben den Ausgaben für Arbeitslosigkeit stiegen von 1990 bis 2000 jene für **Invalidität** relativ stark an, der Anteil an den gesamten Sozialausgaben erhöhte sich von 7% auf 8,2%. Zwischen 1993 und 2000 erhöhte sich der Aufwand für die vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit stark. Die **Pflegegeldleistungen** für unter 60jährige haben sich im Zeitraum 1990 bis 2000 verdreifacht. Das Stufensystem des Bundespflegegeldgesetzes (Ein-

führung 1993) ermöglicht abgestufte bedarfsorientierte Zahlungen, welche für Schwerbehinderte in der Regel deutlich höhere Leistungen zur Folge haben. Die unter 60jährigen Pflegegeldbezieher/innen sind überproportional in den höheren Pflegegeldstufen vertreten. Seit 1995 ist die Gesamtsumme an Pflegegeldern für unter 60jährige Pflegegeldbezieher/innen geringfügig zurückgegangen. **Unterdurchschnittlich angestiegen** sind von 1990 bis 2000 die Geld- und Sachleistungen der **Unfallversicherung**, während der Anstieg der Länderausgaben für behinderte Menschen jenem für die gesamten Invaliditätsleistungen entspricht.

### Sozialleistungen für Invalidität 1990–2000 in Mio. €

	1990	1995	1999	2000	1990–2000 Veränderung in %
Invaliditätspensionen <sup>1)</sup> (gesetzl. Pensionsversicherung)	1.006	1.131	1.180	1.218	+21
Invaliditätspensionen (öffentliche Rechtsträger) <sup>2)</sup>	734	851	710	740	+1
Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit		456	1.236	1.398	–
Versehrtenrente (unter 60 Jahre)	121	164	192	175	+44
Pflegegeld (unter 60 Jahre)	153	474	452	460	+200
Sachleistungen (Unfallversicherung)	168	248	273	292	+73
Sachleistungen (Länder) <sup>3)</sup>	198	297	347	392	+98
Sonstige Leistungen	16	28	85	75	+356
<b>Gesamt<sup>4)</sup></b>	<b>2.398</b>	<b>3.648</b>	<b>4.476</b>	<b>4.750</b>	<b>+98</b>

<sup>1)</sup> nur der Aufwand für die I-Pensionen, der an unter 60jährige ausbezahlt wird. Der Rest wird bei der Funktion „Alter“ den Alterspensionen zugeordnet

<sup>2)</sup> geschätzte Aufteilung der Pensionen gemäß der Altersverteilung der Pensionisten des öffentlichen Dienstes. Die Schätzung basiert auf einer Multiplikation des durchschnittlichen Ruhebezuges mit der Zahl der unter 60jährigen Ruhebezugsempfänger

<sup>3)</sup> Ausgaben für Behinderteneinrichtungen, Blindenheime und sonstige Maßnahmen der Behindertenhilfe

<sup>4)</sup> ohne intergovernmentale Transfers (z.B. Zahlungen der Pensionsversicherung an die Krankenversicherung als KV-Beiträge für Pensionisten)

**Quelle:** ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

### 1.3. Ausgaben für Alter

Die **gesamten Altersleistungen** wuchsen von 1990 bis 2000 um **69%**. Dieser Anstieg entspricht dem Anstieg der gesamten Sozialausgaben. Starke **Zuwächse** gab es beim **Pflegegeld** für über 60jährige Personen sowie bei den **Ausgaben der Länder für Alten- und Pflegeheime**.

Die Ausgaben für Alters- inklusive Invaliditätspensionen im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung für über 60/65 Jährige stiegen etwas geringer als die gesamten Altersleistungen. Bei den **vorzeitigen Alterspensionen** bei langer Versicherungsdauer führte der

**deutliche Anstieg der Bezieher/innen** dieser Pensionsleistung zu einer stärkeren Aufwandserhöhung. Im Zeitraum 1986 bis 1993 lag die Zahl der Bezieher/innen in etwa bei 100.000, zwischen 1994 und 2000 gab es einen Anstieg um rund 30%. Die Gründe dafür waren das Erreichen der Altersgrenze für diese Pensionsart durch Frauen der geburtenstarken Jahrgänge 1939–1941, die verbesserten Zugangsmöglichkeiten (Anrechnung der Kindererziehungszeiten) sowie die interne Verschiebung zu den durchschnittlich höheren Angestelltenpensionen im Pensionsbestand.

Der Anteil der Alterssozialleistungen an den gesamten Sozialausgaben blieb seit 1990 mit rund 38% stabil.



### Sozialleistungen für Alter 1990–2000 in Mio. €

	1990	1995	1999	2000	1990–2000 Veränderung in %
Alterspensionen (gesetzl. PV) <sup>1)</sup>	7.204	10.074	11.310	11.825	+64
vorzeitige Alterspensionen bei langer Versicherungsdauer <sup>2)</sup>	1.318	1.703	2.215	2.352	+78
Teilrenten (gesetzliche PV)		10	10	9	–
Alterspensionen (öffentliche Rechtsträger) <sup>3)</sup>	3.355	4.467	5.050	5.290	+58
Altersversorgung (Versorgungsgesetze)	199	193	156	146	–26
betriebliche Pensionen <sup>4)</sup>	222	259	291	300	+35
Versehrtenrenten (über 60jährige)	121	135	163	155	+28
Pflegegeld (über 60jährige)	555	1.173	1.153	1.188	+114
Sachleistungen der Länder <sup>5)</sup>	144	310	895	950	+560
<b>Gesamt<sup>6)</sup></b>	<b>13.118</b>	<b>18.322</b>	<b>21.245</b>	<b>22.216</b>	<b>+69</b>

<sup>1)</sup> inkl. I-Pensionen für über 60Jährige, ohne vorzeitige Alterspensionen

<sup>2)</sup> ohne vorzeitige Alterspensionen bei Arbeitslosigkeit

<sup>3)</sup> geschätzte Zahl aufgrund der Aufteilung der Ruhe- und Versorgungsbezüge auf Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätspensionen

<sup>4)</sup> grobe Schätzung laut Mikrozensus 1993

<sup>5)</sup> Nettoausgaben der Länder und Gemeinden für Alters- und Pflegeheime sowie ambulante Dienste

<sup>6)</sup> ohne intergovernmentale Transfers (z.B. Zahlungen der Pensionsversicherung an die Krankenversicherung als KV-Beiträge für Pensionisten)

Quelle: ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

### 1.4. Ausgaben für Familien

In der ersten Hälfte der neunziger Jahre erhöhten sich die Ausgaben für Familien um 55%, in der zweiten Hälfte um rund 11%. Wird der gesamte Zeitraum 1990 bis 2000 betrachtet, so stiegen die **Familienleistungen um 72%**. Für das hohe Wachstum von 1990 bis 1995 war v.a. die Reform beim Karenzgeld (Einführung des zweiten Karenzjahres) verantwortlich. Seit 1995 sind die Ausgaben für das Karenzgeld aufgrund des Geburtenrückganges

sowie der budgetären Konsolidierungsmaßnahmen (u.a. faktische Verkürzung der Dauer des Karenzurlaubes) gesunken. Die Einführung der **Kinderabsetzbeträge** (eine dem Steuersystem zugehörige familienbeihilfenähnliche Leistung) führte ab 1994 zu einem deutlichen Mehraufwand bei den Familienleistungen und erreichte 2000 eine Höhe von € 1,1 Mrd.. Über dem Anstieg für die gesamten Familienleistungen lag jener der Ausgaben für Jugendwohlfahrt (Länderleistung) und der Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen im Zuge der Bestrebungen zur besseren Vereinbarung von Familie und Beruf.

### Sozialleistungen für Familien 1990–2000 in Mio. €

	1990	1995	1999	2000	1990–2000 Veränderung in %
Familienbeihilfen <sup>1)</sup>	2.419	2.669	2.768	2.972	+23
Kinderabsetzbetrag	–	741	940	1.150	–
Wochengeld	205	297	297	310	+51
Geburtenbeihilfen	89	93	9	9	–90
Karenzgeld	243	731	438	429	+76
Kindergärten <sup>2)</sup>	339	567	699	783	+131
Sonstige Leistungen <sup>3)</sup>	247	423	514	492	+79
<b>Gesamt<sup>4)</sup></b>	<b>3.570</b>	<b>3.522</b>	<b>5.665</b>	<b>6.143</b>	<b>+72</b>

<sup>1)</sup> inkludiert sind die Familienbeihilfen des FLAF, die Familienbeihilfen der Gebietskörperschaften sowie seit 1994 die Kinderabsetzbeträge

<sup>2)</sup> Schätzung

<sup>3)</sup> Unterhaltsvorschüsse, Jugendwohlfahrt der Länder, Sozialstipendien

<sup>4)</sup> ohne intergovernmentale Transfers (z.B. Zahlungen des FLAF an die Pensionsversicherung als PV-Beiträge für KarenzgeldbezieherInnen)

Quelle: ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen



## Sozialausgaben

### 2. Ursachen für die Veränderung der Sozialquote

Für die Veränderung der Sozialausgaben bzw. der Sozialquote im Zeitverlauf gibt es mehrere Ursachen. So können etwa **neue** oder die **Ausweitung bestehender Leistungen, demografische Entwicklungen** (z.B. Übertritt geburtenstarker Jahrgänge in die Pension) oder ein **Rückgang des Wirtschaftswachstums** zu einer Erhöhung der Sozialquote führen.

Zwischen 1991 und 1993 erhöhte sich die Sozialquote um 1,9%-Punkte von 26,6% auf 28,5%. Nach der Hochkonjunkturperiode 1988–1991 brachte die rezessive Entwicklung ab 1992 einen deutlichen Anstieg der Arbeitslosigkeit, die Arbeitslosenquote erhöhte sich von 5,8% (1991) auf 6,8% (1993). Dies hatte zwischen 1991 und 1993 einen Anstieg der Ausgaben für Arbeitslosigkeit um +40,2% und für die Notstandshilfe um 21,8% zur Folge. Im selben Zeitraum erhöhten sich aufgrund einer Insolvenzwelle die Zahlungen aus dem Insolvenzausgleichsfonds um 202,0%.

Eine ähnliche Entwicklung war bis 1995/1996 (erstmaliger Rückgang der Sozialquote seit 1990) zu beobachten: Die Zahl der **Bezieher/innen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe erhöhte sich zwischen 1990 und 1996 um 47%** von jahresdurchschnittlich 142.000 auf 209.000. Die in diesem Zeitraum **stark zugenommene Betroffenheit von Langzeitarbeitslosigkeit** zeigte sich in einer Beinahe-Verdoppelung der Bezieher/innen von Notstandshilfe. Im obigen Zeitraum erhöhte sich dieser Wert um 86% von jahresdurchschnittlich 44.000 auf 82.000. Der Anteil der NH-Bezieher/innen an der Gesamtheit der Arbeitslosengeld- und Notstandshilfebezieher/innen stieg von 31% (1990) auf 39% (1996). Der Anstieg der Ausgaben für Arbeitslosigkeit in der ersten Hälfte der neunziger Jahre ist durch die Zunahme der Bezieher/innen von Arbeitslosenleistungen verursacht. Bei der **Notstandshilfe** führte diese zu einer **Ausgabensteigerung von +130%**, beim **Arbeitslosengeld von +72%**. In diesem Zeitraum (1990–1996) erhöhte sich das **durchschnittliche Pro-Kopf-Arbeitslosengeld um 23%**, die **durchschnittliche Pro-Kopf-Notstandshilfe um 17%**. Dieser Anstieg war **geringer** als das Wachstum des BIP-pro-Erwerbstätigen (+31%) und lag in etwa **so hoch wie die Zunahme der Pro-Kopf-Nettoeinkommen** der ArbeitnehmerInnen laut volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (+20%).

Die **Ausgabenwüchse bei den vorzeitigen Alterspensionen wegen Arbeitslosigkeit (+92%)** und bei der **Abdeckung der Ansprüche im Insolvenzfall (+406%)** stehen ebenfalls in engem Zusammenhang mit der konjunkturellen Entwicklung. Eine Reihe von Großinsolvenzen hatte in der ersten Hälfte der neunziger Jahre einen

Anstieg der Betroffenen zur Folge; die generelle Verschlechterung der Arbeitsmarktlage ging einher mit einer Erhöhung der Zahl der vorzeitigen Alterspensionen wegen Arbeitslosigkeit um 44% von 15.000 (1990) auf 21.000 (1996).

**Neben dem Konjunkturabschwung** (und dem damit verbundenen Anstieg der Zahl der Bezieher/innen einer Arbeitslosenleistung) waren **Leistungsverbesserungen die zweite wesentliche Ursache für den Anstieg der Sozialquote** am Beginn der neunziger Jahre. So erhöhten sich die Ausgaben für das **Karenzgeld** durch die Einführung des **zweiten Karenzjahres** von 4,4 Mrd. öS (1991) auf 9,9 Mrd.öS (1993), die Ausgaben für den Bereich **Invalidität** u.a. aufgrund der Zahlung von Pflegegeld an unter 60jährige Menschen mit schweren Behinderungen (gemäß Eurostat-Definition werden Pflegegeldleistungen für unter 60Jährige dem Bereich Invalidität, jene für über 60Jährige dem Bereich **Alter** zugeordnet) sowie jene des Familienlastenausgleichsfonds vor allem durch die Ausgabensteigerung bei den Familienbeihilfen von 34,2 Mrd.öS (1991) auf 40,4 Mrd.öS (1993).

Im **Zeitraum 1993 bis 1995** erhöhte sich die **Sozialquote von 28,5% auf 29,1%**, wobei ab 1995 die Stabilisierung deutlich sichtbar ist. Trotz der zwischen **1996 und 1998 noch gestiegenen Arbeitslosigkeit verringerte** sich die Sozialquote auf **28,9% (1997)** bzw. **28,6% (1998)**. Dieser Rückgang ist einerseits auf das gute Wirtschaftswachstum, andererseits auf die Sparmaßnahmen im Zuge der Budgetkonsolidierung zurückzuführen.

Der **Anstieg der Sozialquote** von 1998 bis zum Jahr 2000 ist vor allem durch die Ausgabensteigerung bei den Pensionen, der gesetzlichen Krankenversicherung (starker Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel) sowie des Familienlastenausgleichsfonds und der Kinderabsetzbeiträge verursacht.

### 3. Veränderung in einzelnen Leistungskategorien von 1999–2000

Nach der Phase der Ausweitung der Versorgung im Familien- und Pflegebereich in der ersten Hälfte der neunziger Jahre wurde im Zuge der **Konsolidierung der öffentlichen Haushalte** („Strukturanpassungsgesetze“) die Ausgabensteigerung merklich gebremst.

Die Veränderung in den einzelnen Leistungskategorien verlief sowohl im Vorjahresvergleich als auch in der Gesamtbetrachtung der neunziger Jahre sehr unterschiedlich. Dies ist ein Resultat des **Zusammenspiels von konjunkturellen und demografischen Effekten** sowie von **gesetzlichen Änderungen in bezug auf Anspruchsvoraussetzungen, Leistungshöhe und Dauer**.



#### Innerhalb der einzelnen Leistungskategorien stiegen die Ausgaben im Vorjahresvergleich für:

- Alterspensionen (+4,8%)
- vorzeitige Alterspensionen bei langer Versicherungsdauer (+6,1%)
- vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (+13,2%)
- Familienbeihilfen (+7,4%)
- Kinderabsetzbeträge (+22,0%)
- Pflegegeld (+2,6%)

#### Weniger als im Vorjahr wurde hingegen aufgewendet für:

- Karenzgeld (-8,0%)
- Arbeitslosengeld und Notstandshilfe (-8,5%)
- vorzeitige Alterspensionen bei Arbeitslosigkeit (-3,3%)
- Ausgleichszulagen (-2,5%)

Der Anstieg bei den Familienleistungen ist in erster Linie durch die Aufwandsteigerungen bei den Familienbeihilfen (Wirksamwerden der Mehrkindstaffelung) sowie den Kinderabsetzbeträgen (Neuregelungen im „Familienpaket 1998“) verursacht. Dieser war höher als der Rückgang bei den Karenzgelddausgaben sowie jener bei Unterhaltvorschüssen und der Jugendwohlfahrt der Länder. Bei den Altersleistungen stiegen aufgrund der demografischen Entwicklung die Ausgaben für Alterspensionen sowie jener für vorzeitige Alterspensionen bei langer Versicherungsdauer. Die Ausgaben für Ausgleichszulagen gingen leicht zurück, da die Zahl der Personen mit einer geringen Eigenpension rückläufig ist.

Die Aufwendungen für Arbeitslosengeld und Notstandshilfe sanken aufgrund des Rückganges der Arbeitslosigkeit, wobei die Ausgaben für Notstandshilfe stärker zurückgingen als jene für Arbeitslosengeld, was die stark rückläufige Langzeitarbeitslosigkeit (vor allem der Anteil der über 12 Monate dauernden) im Arbeitslosenbestand deutlich macht. Die Mittel für aktive Arbeitsmarktpolitik erreichten etwa das Niveau des Jahres 1999, mit einer Erhöhung von 25% zwischen 1998 und 1999 konnte in diesem Jahr der bisherige Höchststand verzeichnet werden. Der Anstieg beim Pflegegeld ist auf die höhere Zahl von Bezieher/innen zurückzuführen.

## 4. Österreichs Sozialquote über dem EU-Durchschnitt

Im internationalen Vergleich (für den die letztverfügbaren Daten das Jahr 1999 betreffen) liegt der Anteil von Österreichs Sozialausgaben an der gesamten Wirtschaftsleistung im **Mittelfeld vergleichbarer Mitgliedsländer der Europäischen Union**. Mit einer Sozialquote von 29,1% lag Österreich 1999 über dem EU-Durchschnitt von 27,6%, der Anstieg der Sozialquote von 2,0%-Punkten

zwischen 1980–1999 war jedoch geringer als jener im EU-Durchschnitt (+3,3%-Punkte). Die höchsten Zuwächse hatten aufgrund des geringen Ausgangsniveaus die südeuropäischen Länder zu verzeichnen.

Die **höchsten Sozialausgaben** in Relation zur Wirtschaftsleistung weisen in der EU **Schweden (32,9%)** und **Frankreich (30,3%)** aus. Auch Deutschland und Dänemark liegen vor Österreich. In Großbritannien und Finnland liegt die Sozialquote etwas unter dem EU-Durchschnitt, in den südeuropäischen Ländern und in Irland deutlich darunter. Aufgrund der Konsolidierung der öffentlichen Haushalte kam es ab 1997 in beinahe allen EU-Staaten zu einer Stabilisierung bzw. zu einem leichten Rückgang der Sozialquote.

Die Struktur der Sozialausgaben unterscheidet sich zwischen Österreich und dem EU-Durchschnitt deutlich. Der **geringere Anteil der Ausgaben für Arbeitslosigkeit in Österreich** ist einerseits durch die unterdurchschnittliche Arbeitslosenquote sowie die niedrigeren Aufwendungen für Arbeitsmarktförderung, andererseits aufgrund der günstigeren Übertrittsmöglichkeiten für Ältere in die Systeme der Altersversorgung verursacht. Dies ist auch ein wesentlicher Grund für den überdurchschnittlichen Anteil der Ausgaben für Altersversorgung an den gesamten Sozialausgaben Österreichs (hier spielt das Leistungsniveau der Beamtenaltersversorgung ebenfalls eine wichtige Rolle). Der **höhere Anteil der Familienleistungen in Österreich** ergibt sich durch das relativ hohe Niveau der Familienbeihilfen (einschließlich der Kinderabsetzbeträge) und die Karenzgeldregelungen. Die unter „Sonstiges“ angeführten Ausgaben beinhalten sozialhilfeähnliche Leistungen, die in Österreich eine geringere Rolle spielen und großteils in der Pensions- und Arbeitslosenversicherung integriert sind (Ausgleichszulage und Notstandshilfe).

### Struktur der Sozialausgaben

	Anteile an den gesamten Sozialausgaben in %	
	Österreich	EU-15 (1999)
Alter Hinterbliebene	48,3	46,0
Krankheit Invalidität	34,2	34,9
Familie	10,6	8,5
Arbeitslosigkeit	4,7	6,8
Sonstiges	2,2	3,7
<b>Gesamt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Quelle: ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen



## Sozialausgaben im internationalen Vergleich 1999

	Anteil am BIP in %	1980/1999 Wachstum der Sozialquote in %-Punkten
Schweden	32,9	–
Frankreich	30,3	4,0
Deutschland	29,6	0,8
Dänemark	29,4	0,7
<b>Österreich</b>	<b>29,1</b>	<b>2,0</b>
Belgien	28,2	0,6
Niederlande	28,1	–2,0
<b>EU-15-Durchschnitt</b>	<b>27,6</b>	<b>3,3</b>
Großbritannien	26,9	5,5
Finnland	26,7	–
Griechenland	25,5	15,8
Italien	25,3	0,2
Portugal	22,9	5,5
Luxemburg	21,9	1,1
Spanien	20,0	6,6
Irland	14,7	–4,9

Quelle: EUROSTAT; ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; für Schweden und Finnland sind keine Werte des Jahres 1980 verfügbar

## Finanzierung der Sozialausgaben 1980 und 2000<sup>1)</sup>

	1980	2000
Sozialbeiträge privater Unternehmen als Arbeitgeber	34%	31,3%
Sozialbeiträge des Staates als Arbeitgeber <sup>2)</sup>	4%	5,7%
Arbeitnehmerbeiträge	19%	22,2%
Selbständigenbeiträge <sup>3)</sup>	2%	1,9%
Pensionistenbeiträge	2%	1,9%
Allgemeine Steuern	37%	35,3%
Andere Einnahmen	2%	0,8%
<b>Gesamt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

<sup>1)</sup> ohne intergovernmentale Transfers

<sup>2)</sup> v.a. die unterstellten Pensionsbeiträge des Staates für die Beamten (analog zu den Arbeitgeberbeiträgen für die unselbständig Beschäftigten im Rahmen des ASVG)

<sup>3)</sup> Beiträge von Selbständigen, Bauern und Freiberuflern

Quelle: ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

## Finanzierung der Sozialausgaben

Zwischen 1980 und 2000 kam es zu einer leichten Verschiebung der **Finanzierungsanteile** von den **Sozialbeiträgen der privaten Unternehmen zu jenen der Arbeitnehmer/innen**. Der steuerfinanzierte Anteil verringerte sich von 37% auf 35,3%. Im Vergleich mit dem EU-Durchschnitt ist in Österreich der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber/innen etwas geringer, jener der Selbständigen und der Pensionisten/innen gleich, jener der Arbeitnehmer/innen höher und jener der Budgets der Gebietskörperschaften etwa gleich hoch.

## Finanzierung der Sozialausgaben: internationaler Vergleich

	Österreich 2000	EU-15 1999
Allgemeine Steuern	35,3%	35,7%
private u. öffentl. Arbeitgeber	37,0%	37,9%
Arbeitnehmer	22,2%	18,1%
Selbständige, Pensionisten	4,6%	4,6%
Andere Einnahmen	0,8%	3,7%
<b>Gesamt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Quelle: EUROSTAT; ESSOSS-Sozialdatenbank, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen



### III. SOZIALSCHUTZSYSTEME

1.	<b>Die gesetzliche Sozialversicherung</b> .....	56
2.	<b>Pflegevorsorge</b> .....	77
3.	<b>Behindertenpolitik</b> .....	81
4.	<b>Sozialentschädigung</b> .....	91
5.	<b>Sozialhilfe</b> .....	95
6.	<b>Familienleistungen</b> .....	99



## 1. Die gesetzliche Sozialversicherung\*)

<b>1.1. Finanzielle Entwicklung der gesamten Sozialversicherung</b> .....	57
<b>1.2. Die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung</b> .....	58
1.2.1. Einnahmen der Krankenversicherung und Versicherungsverhältnisse.....	58
1.2.2. Ausgaben der Krankenversicherung .....	59
1.2.3. Reformmaßnahmen im Bereich der Krankenversicherung.....	61
<b>1.3. Die Entwicklung der Unfallversicherung</b> .....	61
1.3.1. Einnahmen und Versicherte.....	62
1.3.2. Ausgaben und Rentenleistungen.....	62
1.3.3. Ausblick.....	62
<b>1.4. Die Entwicklung der gesetzlichen Pensionsversicherung</b> .....	62
1.4.1. Pensionsversicherte und Beitragseinnahmen .....	62
1.4.2. Pensionsleistungen und Pensionsaufwendungen .....	63
1.4.3. Pensionsbelastungsquote und Bundesbeitrag.....	64
1.4.4. Die Einbeziehung neuer Versicherter .....	65
1.4.5. Die Entwicklung der geringfügig Beschäftigten.....	66
1.4.5.1. Geringfügig Beschäftigte nach dem Geschlecht .....	67
1.4.5.2. Geringfügig Beschäftigte nach Wirtschaftsklassen .....	67
1.4.5.3. Versicherungsverhältnisse von geringfügig Beschäftigten .....	67
1.4.6. Leistungskennzahlen der gesetzlichen Pensionsversicherung .....	69
1.4.6.1. Pensionsneuzuerkennungen und Pensionsantrittsalter .....	69
1.4.6.2. Neuzuerkennungen von Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit .....	69
1.4.6.3. Pensionsanträge, Zuerkennungsquoten und Ablehnungen .....	70
1.4.6.4. Pensionsabgänge, Bezugsdauer und Abgangsalter .....	71
1.4.6.5. Höhe der neu zuerkannten Pensionsleistungen .....	71
1.4.6.6. Pensionsleistungen des Pensionsstandes .....	72
1.4.7. Reformmaßnahmen und Ausblick .....	74

\*) ausführliche Informationen zu diesem Themenbereich in Tabellenform finden Sie auf der Internet-Homepage des BMSG ([www.bmsg.gv.at](http://www.bmsg.gv.at))

## 1. Die gesetzliche Sozialversicherung

Makbube KILICKAYA  
 Ursula OBERMAYR  
 Hans STEFANITS  
 Edith THALER

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

### 1.1. Finanzielle Entwicklung der gesamten Sozialversicherung

Mit Gesamtausgaben in Höhe von rund € 34,7 Mrd für das Jahr 2001 verfügt die Sozialversicherung über eines der größten Budgets der Republik Österreich. Gemessen am **Bruttoinlandsprodukt (BIP)** beträgt dieses Budget rund **16,5%**, gemessen an den **Budgetausgaben** des Bundes umfasst das Ausgabenvolumen der Sozialversicherung rund **35,6%**. Gegenüber dem Jahr 2000 bedeutet dies eine Steigerung der Gesamtausgaben um 3,6%.

Den **Gesamtausgaben** standen im Jahr 2001 **Gesamteinnahmen** von ebenfalls rund € 34,7 Mrd gegenüber: Der Gebarungsabgang betrug im Jahr 2001 € 40 Mio,

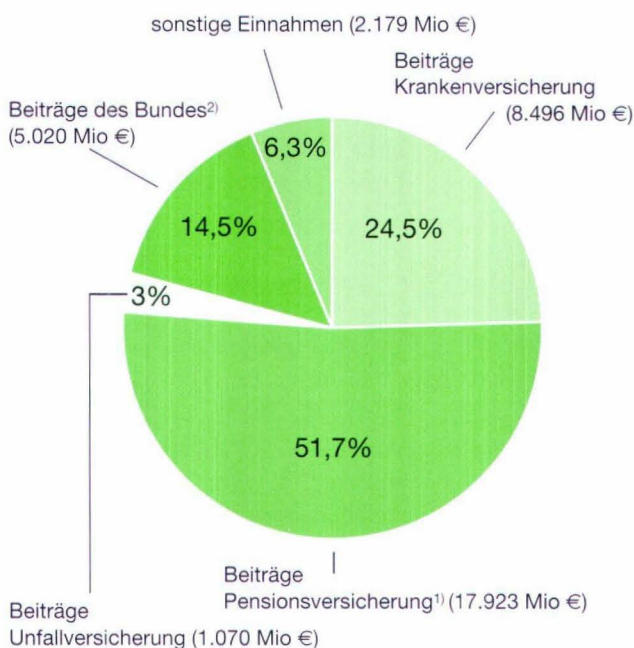
der sich wie folgt zusammensetzt: einem Negativsaldo im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund € 148 Mio, einem weiteren Negativsaldo im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung im Ausmaß von € 30 Mio sowie einem Überschuss in der Unfallversicherung in Höhe von € 138 Mio.

Mit einem **Ausgabenvolumen von 16,5% gemessen am BIP** wurde im Jahr 2001 ein **neuer Höchstwert** erreicht (im Jahr 1990 betrug dieses Verhältnis noch 15,2%). Der stärkste Anstieg erfolgte allerdings in der Periode 1970 bis 1980, nämlich von 11,8% (1970) auf 14,5% (1980). Der Anstieg in den 80er Jahren von 14,5% (1980) auf 15,2% (1990) war vergleichsweise niedrig, erst seit den 90er Jahren erfolgt wiederum ein stärkerer Anstieg.

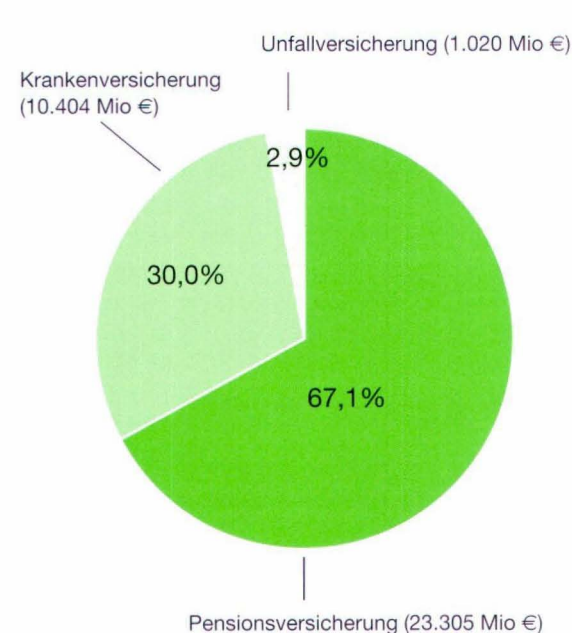
Von den Gesamtausgaben entfielen knapp **96% auf Leistungen an Versicherte**, das waren im Jahr 2001 € 33,3 Mrd, im Jahr 2000 waren es im Vergleich dazu € 32,1 Mrd.

Von 2000 auf 2001 stiegen die Gesamtaufwendungen um 3,6% und die Versicherungsleistungen um 4,1%. Die sonstigen Ausgaben inklusive Verwaltungskosten verringerten sich hingegen um 5,9%: Der **Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand** betrug dabei € 809 Mio, das waren **2,3% der Gesamtaufwendungen**. Gegenüber

### Einnahmen der Sozialversicherung 2001 (Beträge in Mio. €)



### Ausgaben der Sozialversicherung 2001 (Beträge in Mio. €)



<sup>1)</sup> einschließlich Beiträge aus dem Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger

<sup>2)</sup> Bundesbeitrag, Ausgleichszulagensätze und Umschichtungen; 2001 inkl. Wertausgleich und Entschädigung für Kriegsgefangene

Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger; eigene Berechnungen



## Sozialschutzsysteme / Gesetzliche Sozialversicherung

## Gebahrungsergebnisse der Sozialversicherung (Beträge in 1.000 €)

	endgültige Erfolgsrechnungen 2000	endgültige Erfolgsrechnungen 2001	Änderungen zum Vorjahr in %	Anteile in %
<b>Gesamteinnahmen</b>	<b>33.253.867</b>	<b>34.688.353</b>	<b>4,3</b>	
Beiträge für Versicherte <sup>1)</sup>	26.711.818	27.489.514	2,9	79%
Beiträge des Bundes <sup>2)</sup>	4.968.729	5.020.206	1,0	15%
sonstige Einnahmen	1.573.320	2.178.633	38,5	6%
<b>Gesamtausgaben</b>	<b>33.529.514</b>	<b>34.728.653</b>	<b>3,6</b>	
Leistungsaufwand	32.062.457	33.347.747	4,0	96%
sonstige Ausgaben	1.467.057	1.380.907	-5,9	4%
<b>Saldo</b>	<b>-275.647</b>	<b>-40.301</b>		

<sup>1)</sup> einschl. Beiträge aus dem Ausgleichsfonds der PV-Träger

<sup>2)</sup> Beiträge des Bundes gemäß § 80 ASVG, § 34 GSVG und § 31 BSVG und Ersätze des Bundes für Ausgleichszulagen, ab 2001 auch Wertausgleich und Kriegsgefangenenentschädigung

**Quelle:** Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger; eigene Berechnungen

dem Jahr 2000 sind die Verwaltungsaufwendungen damit um 4,5% gesunken.

Die **Einnahmen** bestanden im Jahr 2001 zu rund **79% aus Beiträgen** für Versicherte, knappe 7% entfielen auf **sonstige Einnahmen** wie Vermögenserträge, Leistungserträge und Kostenbeteiligungen für Versicherte, und die restlichen **14%** der Einnahmen stammten aus **Bundesmitteln**. Bei den letztgenannten entfällt ein Großteil auf die Ausfallhaftung des Bundes zur Abdeckung der Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben in der Pensionsversicherung (Bundesbeitrag) sowie auf die Ersätze des Bundes für die Ausgleichszulagen. Während sich bei den Bundesmitteln gegenüber 2000 nur eine geringe Steigerung von 1,2% ergab, stiegen die Beiträge für Versicherte einschließlich der Beiträge aus dem Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger um 2,9%. Zusammen mit der Steigerung bei den sonstigen Einnahmen (+37,8%) ergab sich eine **Gesamteinnahmensteigerung** von 4,3%. Die hohe Steigerung bei den sonstigen Einnahmen resultiert vorwiegend aus der Überweisung von Mitteln aus dem IESG-Fonds an die Pensionsversicherung der gewerblichen Wirtschaft.

Nach Versicherungszweigen betrachtet entfielen in beiden Jahren auf die Krankenversicherung 30%, auf die Pensionsversicherung 67% und auf die Unfallversicherung 3% der Aufwendungen.

## 1.2. Die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Wie schon im Jahr 2000 war in der gesetzlichen Krankenversicherung auch im Jahr 2001 ein **Gebahrungsabgang** zu verzeichnen, und zwar in Höhe von **€ 148**

**Mio.** Gegenüber dem Vorjahr hat sich damit der Gebahrungsabgang **deutlich verringert**, im Jahr 2000 betrug er noch € 231 Mio. Dieser Rückgang ist vorwiegend auf die von der Bundesregierung zur **Konsolidierung der Finanzen** der Krankenversicherungsträger ergriffenen Maßnahmen zurückzuführen, darüber hinaus haben zahlreiche trägerinterne Maßnahmen ebenfalls zur substantiellen Verringerung beitragen.

### 1.2.1. Einnahmen der Krankenversicherung und Versicherungsverhältnisse

Die **Einnahmen** der sozialen Krankenversicherung betragen im Jahr 2001 **€ 10,26 Mrd** und erhöhten sich gegenüber 2000 um 4,5% oder € 439 Mio. **83% der Einnahmen** stammten aus **Beiträgen für Versicherte** und 17% aus sonstigen Einnahmen (Vermögenserträge, Kostenersätze, Rezeptgebühren etc.). Mit dem Wegfall des Bundesbeitrages zur bäuerlichen Krankenversicherung gibt es überdies in der gesetzlichen Krankenversicherung keine Zuschüsse des Bundes mehr.

Die Beitragseinnahmen stiegen (+3,7%) dabei stärker als in den Vorjahren: Jene der Erwerbstätigen stiegen zwar nur um 2,1%, die Einnahmen aus der Krankenversicherung der Pensionisten dagegen um 8,4%. Der im Jahr 2001 neu eingeführte Zusatzbeitrag für Angehörige erbrachte dabei Einnahmen von € 15,35 Mio, die Beitragspflicht für Zusatzpensionen aus der zweiten Säule führte zu Einnahmen in Höhe von € 11 Mio.

Die hohe Steigerung bei den Einnahmen im Bereich der Krankenversicherung der Pensionisten ist primär darauf zurückzuführen, dass einerseits bei der bäuerlichen Pen-



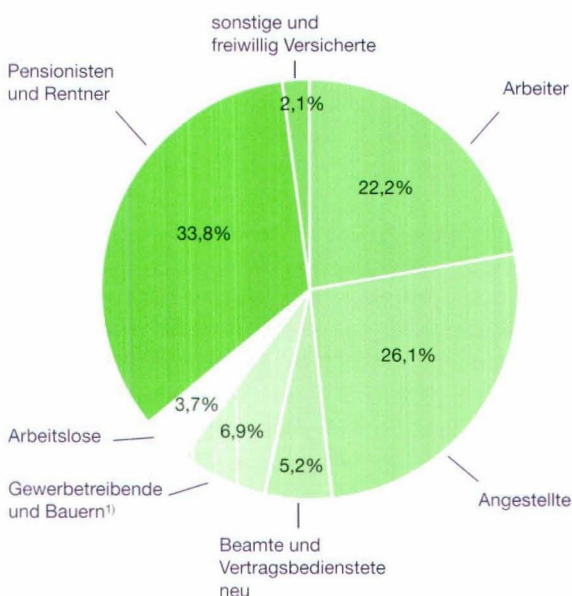
sionsversicherung die Transferzahlungen an die Krankenversicherung erhöht worden sind und dass andererseits die **Beitragssätze für die bäuerlichen Pensionisten** von 3,75% auf 4,25% erhöht worden sind.

Bei den **sonstigen Einnahmen** sind drei Positionen erwähnenswert: Die **Einnahmen** aus der **Krankenscheingebühr sanken** um 0,5% auf € 47 Mio, während die **Einnahmen** aus der Rezeptgebühr um 13,5% auf € 307,7 Mio stiegen. Die Einnahmen aus der Rezeptgebühr stiegen damit weitaus stärker als die Aufwendungen für Heilmittel. Ursache für den Einnahmenanstieg bei der Rezeptgebühr ist die mit 1. Oktober 2000 erfolgte Anhebung der Rezeptgebühr von € 3,3 auf € 4,-. Darüber hinaus fielen im Jahr 2001 rund € 29,8 Mio beim Behandlungsbeitrag-Ambulanz an: Dieser wurde im Jahr 2001 neu eingeführt. Ganzjährig finanziell wirksam wird dieser neue Behandlungsbeitrag aber erst im Jahr 2002.

### Versicherungsverhältnisse in der Krankenversicherung

Die Anzahl der **Versicherungsverhältnisse** in der **Krankenversicherung** lag 2001 mit **5,7 Mio um rund 1,4% über dem Wert des Vorjahrs**: Ein Teil der Zunahme ist – wie alljährlich – auf die höhere Anzahl von Pensionisten/innen (+1,4%) zurückzuführen, positive Zuwächse gab es auch bei den freiwillig Versicherten (+6,6%), aber auch bei den Erwerbstätigen (+1,1%). Einen starken Zuwachs gab es – wie bereits im Jahr 2000 – bei den selbständig Erwerbstätigen (+7,2%) infolge der Einbeziehung der so genannten neuen Selbständigen in das GSVG.

### Beitragsleistende Versicherte in der Krankenversicherung nach Kategorien



<sup>1)</sup> einschl. pflichtversicherte Angehörige

Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger

Auf Grund von Mehrfachzählungen (u.a. wegen mehrerer Beschäftigungsverhältnisse, wegen des Zusammentreffens von Beschäftigungsverhältnis und Pensionsbezug, etc.) lag die Zahl der tatsächlich versicherten Personen allerdings um rund 400.000 unter der Zahl der Versicherungsverhältnisse: Somit waren im Jahresdurchschnitt **2001 rund 5,4 Mio. beitragsleistende Personen** versichert.

Zu diesen beitragsleistenden Krankenversicherten kommen nach Schätzung des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger noch fast 200.000 bei Krankenfürsorgeanstalten versicherte Personen und rund 2,4 Mio mitversicherte Angehörige. Somit waren im Jahr 2001 rund 8,0 Mio Personen oder **99% der österreichischen Bevölkerung** durch gesetzliche Krankenversicherungsträger geschützt. Knapp **zwei Drittel** davon leisteten **Beiträge, ein Drittel** waren **Anspruchsberechtigte ohne Beitragsleistung**.

### 1.2.2. Ausgaben der Krankenversicherung

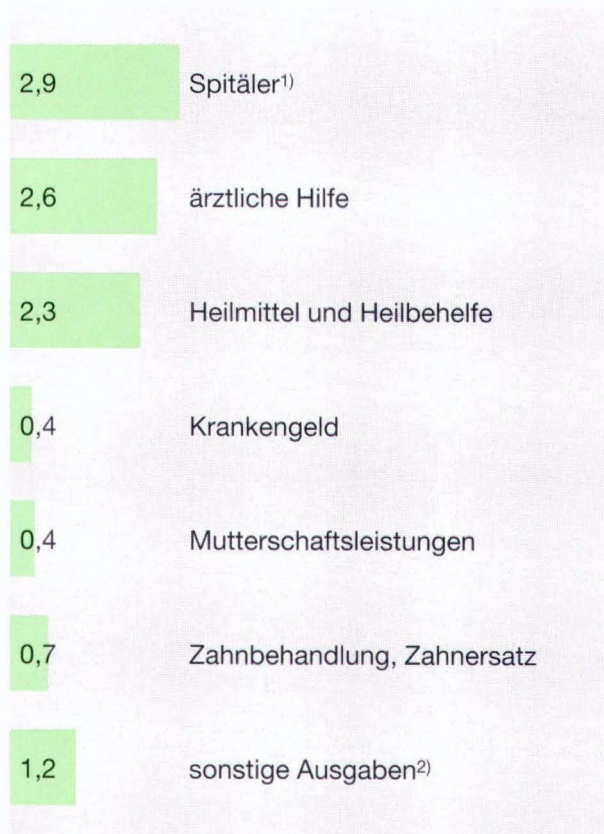
Die **Ausgaben der sozialen Krankenversicherung** betragen im Jahr 2001 **€ 10,4 Mrd** und erhöhten sich gegenüber 2000 um **3,5% bzw. € 356 Mio**. Gleich hoch war der Anstieg bei den **Leistungsaufwendungen (+3,5%)**. Auf diese entfielen € 9,78 Mrd bzw. **94% der Gesamtaufwendungen**.

Bei den einzelnen Leistungsarten war folgende Entwicklung zu verzeichnen:

- Ärztliche Hilfe (und gleichgestellte Leistungen)**  
 Mit einem Anteil von **24,5%** an den **Gesamtaufwendungen** der Krankenversicherung, d.s. rund € 2,55 Mrd, stellen die Kosten der ärztlichen Hilfe neben den Spitalskosten nach wie vor die bedeutendste Ausgabengruppe dar. Gegenüber 2000 sind diese **Ausgaben um 3,9%** gestiegen, während im Vergleich dazu die Einnahmen aus der Krankenscheingebühr – wie oben erwähnt – um 0,5% auf € 47 Mio gesunken sind.
- Zahnbehandlung/Zahnersatz**  
 Einen **deutlich geringeren Anstieg (+0,2%)** verzeichneten die Ausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz: Sie betragen im Jahr 2001 rund € 684 Mio. Die Aufwendungen für Zahnbehandlung stiegen dabei um 2,1%, jene für Zahnersatz sanken hingegen um 4,7%. Letzteres resultiert primär aus der Rücknahme satzungsmäßiger Mehrleistungen bei einigen Krankenversicherungsträgern.
- Spitalskosten**  
 Gemäß § 447f Abs.3 ASVG haben die Sozialversicherungsträger im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung **an die Länder (Landesfonds) Pauschalbeiträge** zu überweisen. Für



## Die wichtigsten Ausgaben der Krankenversicherung 2001; 10,4 Mrd. €



<sup>1)</sup> inkl. Überweisungen an den Krankenanstaltenfonds

<sup>2)</sup> inkl. Zuweisung an Rücklagen

Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger

das Jahr 2001 war der Pauschalbeitrag vorläufig in Höhe von **€ 2.994 Mio** festgesetzt, wobei die endgültige Abrechnung bis zum 31. Oktober 2002 zu erfolgen hatte. In diesen Aufwendungen sind auch die Abgeltungen für die ambulanten Spitalsleistungen inkludiert. In der Erfolgsrechnung 2001 sind Überweisungen von € 2.680 Mrd ausgewiesen. Diese Aufwendungen sind jedoch ohne die Abgeltung für ambulante Leistungen, Letztere wird bei der ärztlichen Hilfe verbucht.

Dafür sind im Jahr 2001 **erstmalig € 83,6 Mio** inkludiert, die die Krankenversicherungsträger zusätzlich an den **Strukturfonds des Bundes** zur Budgetkonsolidierung zu leisten haben. Diese Mittel sollen vornehmlich aus den neu eingeführten Beitragseinnahmen – dem Zusatzbeitrag für Angehörige sowie dem Krankenversicherungsbeitrag für Zusatzpensionen – aufgebracht werden, allerdings war das Aufkommen aus diesen neuen Beitragseinnahmen geringer.

**Weitere € 268 Mio** geben die Krankenversicherungsträger für die ambulante und stationäre Pflege in

Einrichtungen aus, die nicht zu den Landesfonds gehören (wie etwa **Ordenskrankenhäuser** oder **Unfallspitäler**).

Durch die **Pauschalregelung**, die über das Jahr 2000 hinaus um weitere vier Jahre verlängert worden ist, ist es gelungen, die **Ausgabenzuwächse** bei den Spitalskosten in etwa auf dem Niveau der Beitragseinnahmesteigerungen zu **stabilisieren**, sieht man von den zusätzlichen € 83,6 Mio ab.

- **Heilmittelaufwendungen** (Medikamente)

Mit einem **Ausgabenzuwachs von 4,8%** stiegen die Heilmittelkosten im Jahr 2001 um **€ 94 Mio** auf **€ 2.062 Mio**. Verglichen mit den größtenteils zweistelligen Steigerungsraten der Vorjahre sind die Heilmittelaufwendungen damit **deutlich schwächer gestiegen**, was auf eine Reihe von Ursachen zurückzuführen ist: Zum einen hat die Erhöhung der Rezeptgebühr im Jahr 2000 weiterhin eine dämpfende Wirkung auf die Frequenz der Verordnungen mit sich gebracht, zum anderen haben zahlreiche trägerinterne Maßnahmen ebenfalls zu einer Dämpfung des Anstieges bei den Heilmittelkosten beigetragen. Darüber hinaus haben bereits im Jahr 2000 vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger initiierte preisseitige Maßnahmen auch noch im Jahr 2001 fortgewirkt.

Da die **Zahl der Heilmittelverordnungen** im Vergleich zum Vorjahr sogar **um 3% gesunken** ist, erklärt sich die **Ausgabensteigerung von 4,8% ausschließlich aus der Erhöhung der Arzneimittelpreise** bzw. vor allem aus einem Austausch von billigeren durch teurere Medikamente.

Die Einnahmen aus der Rezeptgebühr stiegen um 13,5%. Dies ist auf die außerordentliche **Erhöhung der Rezeptgebühr** mit 1. Oktober 2000 zurückzuführen, wodurch aber auch der Anteil rezeptgebührenbefreiter Verordnungen gegenüber 2000 leicht gestiegen ist.

- **Krankengeldaufwand**

Nach einer sehr geringen Zuwachsrate im Ausmaß von 1,8% von 1999 auf 2000 verzeichneten die **Krankengeldaufwendungen** im Jahr 2001 einen **Rückgang um 10,3%**: Sie fielen von € 415 Mio im Jahr 2000 auf € 372 Mio im Jahr 2001. Dieser Rückgang ist vor allem auf die **Verlängerung des Entgeltfortzahlungsanspruchs für Arbeiter** zurückzuführen, wobei aber im Gegenzug dazu der **Dienstgeberbeitrag bei den Arbeitern gesenkt** wurde.

Von 2000 auf 2001 **fielen die Krankenstandstage** der unselbständig Beschäftigten (ohne Beamte) von 39,204.749 auf **37,722.076 Tage (-3,8%)**. Dieser



Rückgang resultiert aus einer Abnahme der Krankenstandsfälle (-2,2%) und einer gesunkenen durchschnittlichen Krankenstandsdauer je Fall (2000: 12,6 Tage, 2001: 12,4 Tage).

Für die Entwicklung des Krankengeldaufwands sind aber nicht die Krankenstandstage, sondern die **Krankengeldtage** (d.s. jene Krankenstandstage, für die Krankengeld entrichtet wird) von Belang. Hierbei tritt seit rund einem Jahrzehnt folgendes Phänomen auf: Im Jahr 2001 entfielen auf **Erwerbstätige** 7.876.781 Krankengeldtage (-9,3% gegenüber dem Jahr 2000), auf **Arbeitslose** 6.018.029 Tage (+3,7%). Im Jahr 1990 betrug die korrespondierenden Werte 7.669.322 Tage (Erwerbstätige) bzw. 1.886.457 Tage (Arbeitslose). Während früher auf rund 4 Krankengeldtage von Erwerbstätigen ein Krankengeldtag von Arbeitslosen kam, kommen jetzt auf 4 Krankengeldtage von Erwerbstätigen 3 Krankengeldtage von Arbeitslosen. Dieser Anstieg bei den Krankengeldtagen von Arbeitslosen lässt sich weder durch rechtliche Änderungen bei der Entgeltfortzahlung bzw. Krankengeldzahlung bei den Erwerbstätigen noch durch die gestiegene Zahl von Arbeitslosen oder eine Änderung ihrer Altersstruktur erklären, sondern ist auch eine Folge der ungleich höheren Krankenstandshäufigkeit von Arbeitslosen: Während bei den beschäftigten Arbeiter/innen und Angestellten auf einen Versicherten 13,4 Krankenstandstage entfallen, sind dies bei den Arbeitslosen rund 31,5 Tage pro Leistungsbezieher/innen.

#### ● Sonstige Leistungen der Krankenversicherung

Für **Heilbehelfe** und **Hilfsmittel** wurden im Jahr 2001 € 207 Mio (+2,2%), für **Mutterschaftsleistungen** € 427 Mio (+1,7%) ausgegeben. Auf den Bereich der **Primär- und Sekundärprävention** entfielen folgende Aufwendungen: Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung € 62 Mio (-7,1%), Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung € 78 Mio (+7,5%) und medizinische Rehabilitation € 179 Mio (+4,1%).

### 1.2.3. Reformmaßnahmen im Bereich der Krankenversicherung

Bei einem Fortbestehen der in der zweiten Hälfte der 90er Jahre herrschenden Einnahmen- und Ausgabentrends wären im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 und in den Folgejahren stark ansteigende negative Gebarungsergebnisse zu erwarten gewesen. Darüber hinaus haben aber diese überproportionalen Steigerungen bei einigen Ausgabenpositionen auch verdeutlicht, dass es im System der gesetzlichen Krankenversicherung fallweise zu Fehlsteuerungen und zu falschen Anreizwirkungen gekommen ist.

#### Maßnahmen zur Gegensteuerung:

- Die Rezeptgebühr wurde im Herbst 2000 von € 3,3 auf € 4,- angehoben, wodurch die **extremen Zuwächse beim Heilmittelverbrauch eingedämmt** werden sollen.
- Im Jahr 2001 sollen damit außerdem zusätzliche Einnahmen von rund € 65,4 Mio. verbunden sein. Beide Ziele konnten realisiert werden.
- Der ab 2001 neu eingeführte **Ambulanzbeitrag** sollte – bei voller Wirksamkeit – nicht nur **jährliche Mehreinnahmen** in Höhe von rund € 72,3 Mio bringen, sondern auch **ambulante Behandlungen** aus den Spitälern in den kostengünstigeren niedergelassenen Bereich (Ärzte) **verlagern**. Das erste Ziel konnte nicht zur Gänze realisiert werden: Im Jahr 2001 betrug die Einnahmen € 29,8 Mio, für das Jahr 2002 werden von den Krankenversicherungsträgern Einnahmen in Höhe von rund € 42,5 Mio erwartet.
- Der **Krankenversicherungsbeitrag für Zusatzpensionen** brachte im Jahr 2001 Einnahmen von € 11,0 Mio, im Jahr 2002 werden Einnahmen von € 11,3 Mio erwartet.
- Die Beitragseinnahmen aus dem **Zusatzbeitrag für mitversicherte Angehörige** betragen im Jahr 2001 € 15,3 Mio.
- Aus der **Erhöhung des Spitalskostenbeitrages** werden im Jahr 2002 zusätzliche Einnahmen in Höhe von rund € 9,6 Mio erwartet.
- Als weitere Sparmaßnahme in der gesamten Sozialversicherung wurden die **Verwaltungskosten per Gesetz eingefroren**. Zur Erreichung dieses und anderer betriebswirtschaftlicher Ziele wurde überdies ein **Monitoring-System** in der gesetzlichen Sozialversicherung **eingerrichtet**.
- Neben Maßnahmen des Hauptverbandes etwa im Heilmittelbereich wurden darüber hinaus in vielen Bereichen **trägerinterne Maßnahmen** durchgeführt. All diese Maßnahmen haben dazu geführt, dass die **erwarteten negativen Gebarungsergebnisse** für die Jahre 2001 und 2002 **stark vermindert** werden konnten. Zur Fortsetzung der bereits etablierten Konsolidierungsmaßnahmen wurde weiters im Jahr 2002 der **krankenversicherungsinterne Ausgleich neu gestaltet und neue Mittel** erschlossen: kurzfristige Darlehen sollen die Liquidität einiger Krankenversicherungsträger verbessern; mit der zweckgebundenen Erhöhung der Tabaksteuer werden dem Ausgleichsfonds darüber hinaus neue, externe Mittel zugeführt.

### 1.3. Die Entwicklung der Unfallversicherung

Die Unfallversicherung erzielte auch 2001 mit € 138 Mio wieder ein **positives Ergebnis: Einnahmen** von insge-



## Sozialschutzsysteme / Gesetzliche Unfallversicherung

samt € 1.158 Mio standen **Ausgaben** von € 1.020 Mio gegenüber.

### 1.3.1. Einnahmen und Versicherte

Die **Gesamteinnahmen stiegen** gegenüber dem Vorjahr **um 4,8%**. Sie setzten sich zu 92,4% aus Beiträgen für Versicherte (+3,6%), zu 2,2% aus dem Bundesbeitrag zur Unfallversicherung der Bauern sowie zu 5,4% aus sonstigen Einnahmen zusammen.

Die Zahl der **unfallversicherten Personen** betrug im Jahresdurchschnitt 2001 **5,71 Mio**, davon waren 4,41 Mio. Erwerbstätige (3,03 Mio. Unselbständige, 1,38 Mio. Selbständige und sonstige Versicherte) und 1,30 Mio. Schüler und Studenten.

### 1.3.2. Ausgaben und Rentenleistungen

Die **Ausgaben** der Unfallversicherung lagen 2001 um **6,3% unter dem Wert des Vorjahrs**. Von den Gesamtausgaben entfielen € 447 Mio auf den **Rentenaufwand** (+2,0%), der damit **43,8% der Gesamtaufwendungen** ausmachte.

Im Dezember 2001 bezogen **107.634 Personen** (-0,4%) eine **Rente aus der Unfallversicherung**. Davon entfielen 88.991 Renten auf Versehrtenrenten, der Rest 18.643 auf Hinterbliebenenrenten.

Die **durchschnittliche Rente** aus der Unfallversicherung betrug – bedingt durch die geringe Anzahl der Vollrenten – **€ 286,-** (+5,2%). 88,3% der Versehrtenrenten entfielen auf Teilrenten wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von bis zu 49 v.H. mit einer durchschnittlichen Rente von € 191,- (+2,1%), 9,3% auf den Bereich der 50 bis 99%igen Erwerbsminderung (Durchschnittsleistung € 641,- (+10,9%)) und 2,4% waren Vollrenten mit einer Durchschnittshöhe von € 1.295,- (+23,6%). Der überproportionale Anstieg der Rentenhöhen bei den beiden letztgenannten Gruppen ist darauf zurückzuführen, dass – als kompensatorische Maßnahme für die eingeführte Besteuerung der Unfallrenten – die **Renten für Schwer- und Schwerstbehinderte deutlich angehoben** worden sind.

Bei den **Hinterbliebenenrenten** betrug die durchschnittliche Höhe der Witwen(Witwer)rente € 439,- (14.779 Personen), die der Waisenrente € 307,- (3.836 Personen) und die der Eltern(Geschwister)rente € 274,- (28 Personen).

Im Dezember 2001 bezogen **63% der Unfallrentner/in-nen zusätzlich eine Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung**. Besonders hoch war der Anteil

mit 77% bei den Frauen, bei den Männern betrug er nur 56%. Das **durchschnittliche Gesamteinkommen** beim Zusammentreffen von Pension und Rente betrug **€ 1.122,-**.

**Mehr als ein Viertel der Gesamtausgaben** der Unfallversicherung, nämlich 27,9% oder € 285 Mio, entfiel 2001 auf **Unfallheilbehandlungen** (-0,1% gegenüber 2000). Die **sonstigen Leistungsausgaben** der Unfallversicherung für Rehabilitation, Unfallverhütung und erste Hilfe, Körperersatzstücke und andere Hilfsmittel, Beiträge zur Krankenversicherung der Unfallrentner sowie Fahrtspesen und Transportkosten beliefen sich 2001 auf rund **€ 109 Mio**.

Der **Verwaltungsaufwand** der Unfallversicherungsträger betrug € 83 Mio und **verringerte sich** gegenüber dem Vorjahr um **6,6%**.

### 1.3.3. Ausblick

Im Jahr 2001 gab es – im Gegensatz zu mehrmaligen Anlässen im abgelaufenen Jahrzehnt – **keine Transferzahlung** der Unfallversicherung **an die Pensionsversicherung**, woraus sich der deutliche Gebarungüberschuss von € 138 Mio ergab.

Mit zu diesem positiven Gebarungserfolg hat beigetragen, dass natürlich auch die Unfallversicherungsträger in die Maßnahmen zur **kurz- und mittelfristigen Stabilisierung der Verwaltungskosten** eingebunden sind. Dieser Trend wird sich im Jahr 2002 fortsetzen, es wird ein Gebarungüberschuss von € 110 Mio erwartet.

## 1.4. Die Entwicklung der gesetzlichen Pensionsversicherung

Nach den endgültigen Gebarungsergebnissen für das Jahr 2001 betrug die **Gesamtausgaben** der Pensionsversicherung rund **€ 23,3 Mrd (+4,1%)**. Diesen standen **Einnahmen** in Höhe von ebenfalls **€ 23,3 Mrd (+4,2%)** gegenüber. Der minimale negative Gebarungssaldo im Ausmaß von € 30,5 Mio ergibt sich primär aus der Zuweisung an Rücklagen (Leistungssicherungsrücklage).

### 1.4.1. Pensionsversicherte und Beitragseinnahmen

Die **Einnahmen** stammten zu rund **77% aus Beiträgen für Versicherte** in Höhe von € 17,9 Mrd. Während die Gesamteinnahmen um 4,2% zunahmen, stiegen die Beitragseinnahmen für Versicherte und die Mittel des Ausgleichsfonds um 3,3%: Die Ursache für diese Diskrepanz liegt im überproportionalen Anstieg der so genannten sonstigen Einnahmen. Diese stiegen von € 77 Mio auf



## Sozialschutzsysteme / Gesetzliche Pensionsversicherung

€ 356 Mio im Jahr 2001, die Ursache für diesen Anstieg liegt in einer einmaligen Transferzahlung zum Zwecke der Budgetkonsolidierung vom Insolvenzausfallgeldfonds an die gewerbliche Pensionsversicherung im Ausmaß von € 269 Mio.

Die **Einnahmen aus Pflichtbeiträgen** erhöhten sich einerseits als Folge gestiegener Versichertenzahlen und alljährlicher Einkommenszuwächse und andererseits als Folge des Fortwirkens einiger legislatischer Maßnahmen der jüngeren Vergangenheit, wie etwa der Einbeziehung neuer Versicherungsverhältnisse in die Pflichtversicherung: Sie stiegen um 4,3%. Jene im Bereich des ASVG stiegen um 4,0%, die der Selbständigen um 7,2%.

Dies ist nur zum Teil auf die unterschiedlichen Zuwächse bei den Versicherten zurückzuführen. Im **Jahresdurchschnitt 2001** betrug die Zahl der **Versicherungsverhältnisse** in der Pensionsversicherung **3,20 Mio.** Gegenüber 2000 hat sie – wie schon in den Jahren zuvor – infolge der konjunkturellen Situation und der **Einbeziehung neuer Personengruppen** in die Versicherung (wie neue Selbständige, freie Dienstnehmer, geringfügig Beschäftigte) **zugenommen, und zwar um 27.341 (+0,9%).** Der Anstieg betrug bei den Unselbständigen 23.239 (+0,9%), bei den Selbständigen 4.102 (+0,9%). Der nach wie vor anhaltende Zuwachs bei den gewerblich Selbständigen resultiert primär aus der Einbeziehung der neuen Selbständigen.

#### 1.4.2. Pensionsleistungen und Pensionsaufwendungen

Die Entwicklung der **Ausgaben** in der Pensionsversicherung wird in erster Linie durch die **Zunahme des Pensionsaufwands** bestimmt, der im Jahr 2001 € 20,4 Mrd

betrug (+3,5%). Auf ihn entfielen rund **88% der Gesamtaufwendungen.**

Die Aufwandssteigerung ist zurückzuführen auf die gestiegene Zahl der ausbezahlten Pensionsleistungen, auf Struktureffekte, die sich insbesondere in einer unterschiedlichen Höhe und Zusammensetzung von neu anfallenden und wegfallenden Leistungen niederschlagen, sowie auf die **Pensionsanpassung 2001**, die sich mit **0,8%** ebenfalls aufwandserhöhend auswirkte.

Der vom **Bund zur Gänze zu ersetzende Aufwand für Ausgleichszulagen stieg** von 2000 auf 2001 **um 1,8%** auf rund € 751 Mio. Die **Valorisierung der Ausgleichszulagenrichtsätze war mit 1,5% höher als jene der Pensionen**, dies ist die Folge der im Jahr 2000 adaptierten Pensionsanpassungsformel. Darüber hinaus wurde – ebenfalls infolge der Reform der Pensionsanpassung – im Jahr 2001 erstmals ein so genannter **Wertausgleich in Form** einer nicht niveauerhöhenden **Einmalzahlung** gewährt: Diese betrug **1% der Jahrespension**, maximal aber € 116,30,-.

Der **Beitrag** der Pensionsversicherungsträger zur **Krankenversicherung** der Pensionisten lag mit € 933 Mio um **9,9% über dem des Jahres 2000**, dies ist primär darauf zurückzuführen, dass der **Wegfall des Bundesbeitrages in der bäuerlichen Krankenversicherung** durch eine höhere Überweisung bei der Krankenversicherung der Pensionisten kompensiert worden ist.

Für Leistungen der **Gesundheitsvorsorge** und **Rehabilitation** wurden 2001 rund € **361 Mio** aufgewendet (+5%). Im Jahr 2001 hatten die Versicherten für **Rehabilitationsaufenthalte € 5,81 pro Verpflegstag** und für **Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge zwischen € 5,81 und € 14,75** je nach wirtschaftlichen und sozialen

### Ausgaben der Pensionsversicherung (Beträge in 1.000 €)

	endgültige Erfolgsrechnungen 2001	Änderungen zum Vorjahr in %
<b>Gesamtausgaben</b>	<b>23.304.742</b>	<b>4,1</b>
Pensionsaufwand	20.401.865	3,5
Ausgleichszulagen	751.404	1,8
Wertausgleich	132.937	100,0
Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	360.978	5,0
Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten	933.681	9,9
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	382.869	-2,5
sonstige Ausgaben und Leistungen	341.006	1,0

Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger; eigene Berechnungen



## Sozialschutzsysteme / Gesetzliche Pensionsversicherung

Verhältnissen – zu leisten, wobei aber eine Befreiungsmöglichkeit bestand.

Nach einem temporären Rückgang der Leistungen der Gewährung von Heilverfahren (Rehabilitation, Kur und Genesung) und Erholungsaufenthalten in den Jahren 1996 und 1997 ist seit 1998 wieder eine deutlich steigende Tendenz zu verzeichnen: Von 2000 auf 2001 **nahmen die Leistungen** im Bereich der **Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation** in der Pensionsversicherung neuerlich **um rund 7.300 Fälle auf 127.059 zu**.

Wie bereits erwähnt, liegt eine Ursache für den Anstieg der Pensionsausgaben in der gestiegenen Zahl der Pensionsleistungen: Die **Anzahl der Pensionen** stieg von Dezember 2000 auf Dezember 2001 um **0,8%** auf 1.993.264. Diese geringe Zunahme ist zur Gänze auf den **starken Rückgang** bei den **vorzeitigen Alterspensionen** infolge der Maßnahme der Reform des Jahres 2000 zurückzuführen. Die Zahl der **Invaliditätspensionen** nahm hingegen **geringfügig zu**, jene der **Hinterbliebenenleistungen** ist annähernd **konstant** geblieben.

Der **Anteil der Alterspensionen** am Gesamtpensionsstand lag etwas über **54%**, jener der **vorzeitigen Alterspensionen** bei rund **11%**. Auf **Invaliditätspensionen** entfielen **19%** aller Leistungen, die restlichen **27%** entfielen auf **Hinterbliebenenleistungen**.

Der **Anstieg der Zahl der Invaliditätspensionen** signalisiert etwas **irreführend** eine **Erhöhung der krankheitsbedingten Leistungen**. Berücksichtigt man auch die 1993 neu eingeführte vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit, so ist der Anteil jener Leistungen, die aus gesundheitlichen Gründen zuerkannt wurden, in Relation zum gesamten Pensionsstand sogar sinkend, und zwar um rund 2000 Leistungen von 2000 auf 2001: **Dies ist eine Folge der Abschaffung der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit**.

Wie schon in den Vorjahren verzeichnete die **Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten**, bedingt durch die in den vergangenen Jahrzehnten erfolgte Strukturverschiebung im Bereich der unselbständig Beschäftigten von Arbeitern zu Angestellten, **mit 2,5% den stärksten Zuwachs**. Der Zuwachs betrug rund 15.200 Leistungen.

Die **Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter** verzeichnete dahingehend nur einen **Zuwachs** von 1.200 Leistungen bzw. **um 0,1%**.

Beinahe **62% aller Pensionsleistungen** entfielen 2001 **auf Frauen**. In erster Linie ist der hohe Frauenanteil auf die große Zahl der **Witwenpensionen** (439.777 gegenüber 39.409 Witwerpensionen) zurückzuführen. Aber auch bei den **Alterspensionen** überwog der **Frauenanteil**

(**56%**), da Frauen ihre Pension wegen ihres **niedrigeren Pensionszugangsalters** und vor allem wegen der **höheren Lebenserwartung** deutlich länger beziehen als Männer. Wegen der gestiegenen Erwerbsbeteiligung der Frauen, der Erleichterung der Zugangsvoraussetzungen zur Pension (u.a. Einführung der ewigen Anwartschaft) und der verbesserten Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung erwerben darüber hinaus **immer mehr Frauen Anspruch auf eine eigenständige Pensionsleistung**. Dies hat umgekehrt zur Folge, dass die **Zahl der Doppelpensionsbezieher** – und hier handelt es sich **beinahe ausschließlich um Frauen** – **weiter zunimmt**. Faktum ist, dass im vergangenen Jahrzehnt die Zahl der Doppelpensionsbezieher mit einem Anstieg von rund 2% pro Jahr doppelt so schnell gestiegen ist wie die Zahl der Pensionsleistungen.

### 1.4.3. Pensionsbelastungsquote und Bundesbeitrag zur Pensionsversicherung

Die **Bundesmittel zur Pensionsversicherung** (Bundesbeiträge inklusive Ausgleichszulagenersätze, Wertausgleich und Kriegsgefangenenentschädigung) betragen im Jahre 2001 rund **€ 4,99 Mrd**, das sind **um 1,9% mehr** als im Jahr zuvor. Der **Anteil der Bundesmittel** an den Gesamtaufwendungen der Pensionsversicherung ist damit von **21,9%** (2000) auf **21,4%** (2001) **gesunken**.

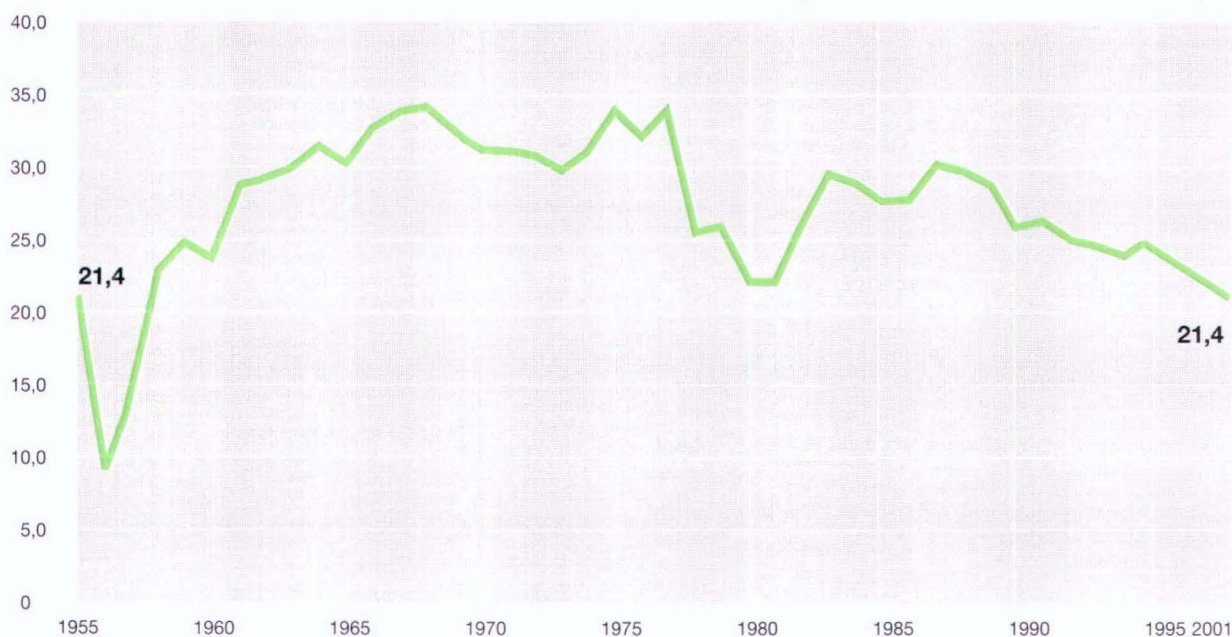
Bei den **Unselbständigen** betrug der Anteil der Bundesmittel an den Ausgaben der Pensionsversicherung im Jahr 2001 **15,0%** (2000: 14,1%), bei den **gewerblich und freiberuflich Selbständigen** **40,8%** (2000: 56,0%) und bei den **Bauern** **74,6%** (2000: 74,5%). Der starke Rückgang des Anteiles der Bundesmittel im Bereich der gewerblichen Wirtschaft resultiert aus der Überweisung von € 269 Mio aus dem Insolvenzausfallgeldfonds.

Dabei ist zu beachten, dass die Bundesmittel bei den Selbständigen auch jene Zuschüsse des Bundes enthalten, die sich aus der fiktiven Verdoppelung der Pflichtbeiträge ergeben. Beitragsverluste aus der so genannten Wanderversicherung sind dabei nicht berücksichtigt.

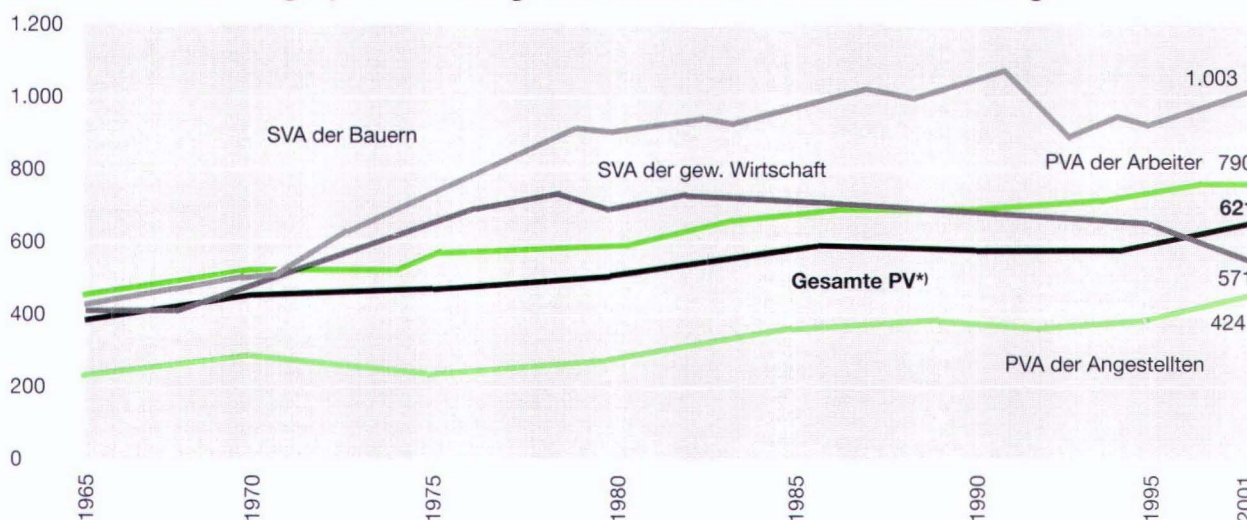
Neben der unterschiedlichen Gestaltung des Beitragsaufkommens sind die unterschiedlichen **Pensionsbelastungsquoten** – also das jeweilige Verhältnis von ausbezahlten Leistungen zu Versicherungsverhältnissen – der ausschlaggebende Faktor für die unterschiedliche Finanzierungsstruktur in den einzelnen Pensionsversicherungszweigen.

Im **Jahr 2001** wurden im Jahresdurchschnitt **1.985.431 Pensionsleistungen** ausbezahlt, von 3.197.295 Versicherungsverhältnissen fielen Beiträge an. Dies ergibt eine **Belastungsquote** von **621**. Gegenüber dem Jahr 2000 (619) ist die Belastungsquote neuerlich **gestiegen**,



**Anteil der Bundesmittel 1955 bis 2001 in % zu Gesamtausgaben der Pensionsversicherung**

Quelle: eigene Berechnungen

**Pensionsbelastungsquote in der gesetzlichen Pensionsversicherung**

\*) 2001 entfielen auf 1000 Pensionsversicherungsbeitragszahlende 621 PensionsbezieherInnen

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

d.h. die Relation von Versicherungsverhältnissen zu Leistungen hat sich geringfügig verschlechtert.

Dieser Anstieg rührt primär aus einer **Verschlechterung der Belastungsquote bei den Arbeitern**, die von 780 (2000) auf 790 (2001) anstieg **und bei den Bauern** (von 976 auf 1.003). Durch die **Einbeziehung der neuen Selbständigen** in das GSVG sind hingegen in diesem Bereich die Versichertenzahlen in den vergangenen Jahren hingegen erheblich gestiegen: Dies führt nach wie vor zu **sinkenden Belastungsquoten**, und zwar von 587 auf 571 **im Bereich des GSVG**.

**1.4.4. Die Einbeziehung neuer Versicherter in die gesetzliche Pensionsversicherung**

Bei der Berechnung der oben angeführten **Belastungsquoten** sind zwei neu ins ASVG einbezogene Gruppen **nicht berücksichtigt**, nämlich die so genannten **freien Dienstnehmer** und jene **geringfügig Beschäftigten**, die die Möglichkeiten einer Selbstversicherung nach § 19a ASVG genutzt haben. Diese Nichtberücksichtigung hat einen einfachen Grund: Eine statistische Trennung dieser Personen in Arbeiter und



Angestellte ist – zumindest derzeit – nicht möglich. Daher ist auch - etwa im Gegensatz zu den neuen Selbständigen im GSVG – eine **exakte Zuordnung zu einzelnen Pensionsversicherungsträgern nicht möglich**. Dessen ungeachtet können natürlich Globalaussagen über die neu einbezogenen Versichertengruppen gemacht werden.

#### ● Neue Selbständige

Die gestiegenen Versicherungszahlen im Bereich der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft resultiert aus der Einbeziehung der so genannten **neuen Selbständigen** in die **gewerbliche Sozialversicherung**: Während es im Jahr 2000 erst 11.358 neue Selbständige im Jahresdurchschnitt gab, **stieg** diese Zahl auf **18.626 (+64%)** im Jahr 2001. Trotz dieses neuerlichen Anstiegs bleiben die neuen Selbständigen **vermutlich** auf Dauer **untererfasst**, da in die Versichertenstatistik nur jene Personen eingehen, die ihre Tätigkeit als neuer Selbständiger vorab melden und daher auch eine Beitragsvorauszahlung leisten. Das Gros der Personen wird allerdings erst nachträglich im Weg der Überprüfung der Einkommenssteuerbescheide erfasst werden und die Beiträge im Nachhinein entrichten müssen. Für die als neue Selbständige Tätigen des Jahrs 2001 wird dies beispielsweise im Jahr 2004 der Fall, für die in den nachfolgenden Jahren Tätigen entsprechend später. **Im Juni 2002 lag** dessen ungeachtet die Zahl der neuen Selbständigen **bereits bei 24.897**.

Die **bisherigen Beitragseinnahmen** für neue Selbständige beliefen sich auf knapp € 36,7 Mio im Jahr 2000 und auf € **51,8 Mio im Jahr 2001 in der Pensionsversicherung**. Im Bereich der **Krankenversicherung** fallen ebenfalls Mehreinnahmen an, diese betragen **rund 50% der Einnahmen in der Pensionsversicherung**.

Bei den neuen Selbständigen liegt das Geschlechterverhältnis von versicherten **Männern zu Frauen** derzeit **bei 61% zu 39%**.

#### ● Freie Dienstnehmer

Auch die neu einbezogenen Versicherten nach § 4 Abs.4 ASVG – die freien Dienstnehmer – verzeichnen eine langsame, aber **stetige Zunahme**: Gab es im Jahresdurchschnitt 2000 noch 22.346 Versicherte dieser Kategorie, so stieg dieser Wert im Jahr 2001 auf 23.720 versicherte Personen. Im **Juni 2002** sind bereits **25.478 freie Dienstnehmer** erfasst. Rund **51%** davon sind **Männer**, **49%** entfallen auf **Frauen**, das Geschlechterverhältnis ist damit beinahe ausgeglichen. Zu den **Beitragseinnahmen** trug diese Personengruppe 2000 rund € 60,9 Mio und 2001 rund € **66,7 Mio** bei. In der **Krankenversicherung** fielen in etwa **25% dieser Einnahmen** an.

#### ● Geringfügig Beschäftigte

Im **Juli 2002** gab es rund **209.400 geringfügige Beschäftigungsverhältnisse**, davon haben rund **40.000 Personen** von der Möglichkeit der **Selbstversicherung** gemäß § 19a ASVG Gebrauch gemacht. Weitere Details über die Struktur und die Entwicklung der geringfügig Beschäftigten enthält der folgende Abschnitt.

#### 1.4.5. Die Entwicklung der geringfügig Beschäftigten

Mit der Entschließung des Nationalrats vom 16. April 1998 (E111-NR/XX.GP) wurde das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen ersucht, dem Nationalrat im Bericht über die soziale Lage einen **Evaluierungsbericht** über die Weiterentwicklung der **geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse** sowie die **Einbindung geringfügig Beschäftigter in die Sozialversicherung** zu legen:

Ein **Beschäftigungsverhältnis** gilt nach § 5 Abs.2 ASVG als **geringfügig**, wenn der **Monatsverdienst** des/der Beschäftigten unter der Geringfügigkeitsgrenze liegt. Im Jahr 2002 liegt sie bei € **301,54** (4.149,28 öS).

**Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse** unterlagen in der Vergangenheit **nur der Unfallversicherung**, von den sonstigen Sozialversicherungsbereichen wurden sie bis 1998 nicht erfasst.

**Seit Herbst 1994** besteht allerdings eine **Meldepflicht** für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse, die seither von den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger statistisch erfasst werden. Vollständige Aufzeichnungen liegen erstmals für 1995 vor. Allerdings gilt weiterhin, dass **geringfügig Beschäftigte in den Beschäftigungsstatistiken nicht erfasst** sind.

Mit dem **1.Jänner 1998** wurde die Sozialversicherung der geringfügig Beschäftigten grundlegend **neu gestaltet**:

- Seither **können** sich geringfügig Beschäftigte gemäß §19a ASVG **mit einem monatlichen Fixbetrag von € 41,79 (2001) bzw. € 42,54 (2002) in der Kranken- und Unfallversicherung selbstversichern**. Diese Regelung gilt für Personen, die von der Vollversicherung ausgenommen und auch sonst weder in der Krankenversicherung noch in der Pensionsversicherung pflichtversichert sind, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben.
- Der Dienstgeber hat gemäß § 53a Abs.2 für alle bei ihm geringfügig beschäftigten Personen wie bisher einen Beitrag zur Unfallversicherung in der Höhe von 1,4% der allgemeinen Beitragsgrundlage zu leisten.



Neu hingegen war, dass der **Dienstgeber einen Beitrag von 16,4% der Beitragsgrundlage** zu leisten hat, wenn die Summe der monatlichen allgemeinen Beitragsgrundlagen (Entgelt ohne Sonderzahlungen) dieser Personen das Eineinhalbfache der Geringfügigkeitsgrenze übersteigt. Diese Regelung wurde allerdings im Jahr 2002 vom Verfassungsgerichtshof aufgehoben und ist **nur mehr bis 31.3.2003 in Kraft**.

#### 1.4.5.1. Geringfügig Beschäftigte nach dem Geschlecht

Die Entwicklung der geringfügig Beschäftigten – getrennt nach dem Geschlecht – für die Jahre 1995 bis 2001 ergibt folgendes Bild:

- Von 1995 bis 2001 stieg die Zahl der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse im Jahresdurchschnitt von 135.885 (37.400 Männer, 98.485 Frauen) auf **204.856 (57.501 Männer, 147.355 Frauen)**. Gegenüber dem Jahr 2000 ist die **Anzahl** der geringfügig Beschäftigten **im Jahr 2001** im Jahresdurchschnitt um **4,2% (+8.335 Personen) gestiegen**.
- Von den **im Jahr 2001** erfassten geringfügig Beschäftigten waren beinahe drei Viertel, nämlich **71,9%, Frauen und 28,1% Männer**. Gegenüber dem Jahr 2000 stieg der Männeranteil an allen geringfügig Beschäftigten leicht an. Aber im Vergleich zu 1995 sind die Änderungsraten mit einer Steigerung von 53,7% (20.101 Personen) bei den Männern und 49,6% (48.870 Personen) bei den Frauen annähernd gleich geblieben, sodass sich an den **Geschlechterproportionen in den letzten Jahren keine Änderung** ergab.

#### 1.4.5.2. Geringfügig Beschäftigte nach Wirtschaftsklassen

**Die meisten** geringfügig Beschäftigten waren im Jahresdurchschnitt 2001 im **Einzelhandel** (26.733 Personen bzw. 13,0%) beschäftigt, gefolgt von den **unternehmensbezogenen Dienstleistungen** (24.823 Personen bzw. 12,1%) und dem **Beherbungs- und Gaststättenwesen** (19.385 Personen bzw. 9,5%). Zu den unternehmensbezogenen Dienstleistungen zählen u.a. Markt- und Meinungsforschung, Bewachungs- und Schutzdienste und Gebäudereinigung.

Nimmt man die beiden nächst häufigsten Wirtschaftsklassen (**Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen bzw. Realitätenwesen**) mit 31.092 Personen **hinzu**, so zeigt sich, dass 2001 fast **50% aller geringfügig Beschäftigten in den fünf genannten Wirtschaftsklassen** beschäftigt waren.

Obwohl die **Rangfolge der häufigsten Wirtschaftsklassen** 2000 und 2001 im Wesentlichen **gleich geblieben** ist, waren die Zuwächse von 2000 auf 2001 im

Landverkehr; Transport in Rohrfernleitungen (423 Personen bzw. 6,5%), sowie in den Bereichen von Unternehmensbezogenen Dienstleistungen (1.940 Personen bzw. 8,5%) und Bauwesen (423 Personen bzw. 5,6%) stärker als der Durchschnitt (4,2%). Im Vergleich dazu waren die Steigerungsraten in den Bereichen Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung (-245 Personen bzw. -2,5%) bzw. Beherbungs- und Gaststättenwesen (406 Personen bzw. 2,1%) schwächer als der Durchschnitt.

Ein **besonders hoher Frauenanteil** findet sich in der Wirtschaftsklasse **Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen** (83,6%). Über dem durchschnittlichen Frauenanteil von 71,1% liegen u.a. noch die Wirtschaftsklassen **Einzelhandel** (80,8%), **Beherbungs- und Gaststättenwesen** (74,2%), Interessenvertretungen, kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen, sonstige Vereine (ohne Sozialwesen, Kultur und Sport) (71,8%), Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen (70,9%) und Handelsvermittlung und Großhandel (73,2%).

**Überproportionale Männeranteile** gibt es umgekehrt in der Wirtschaftsklassen Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung (52,4%) sowie im Unterrichtswesen (54,2%).

Vergleicht man die Verteilung von Männern und Frauen auf die einzelnen Wirtschaftsklassen in den Jahren 2000 und 2001 so gibt keine wesentliche Änderung festzustellen.

Die durchschnittliche **Relation zwischen geringfügig Beschäftigten und Beschäftigten über der Geringfügigkeitsgrenze** über alle Wirtschaftsklassen betrug **im Jahr 2001 6,5%** (1995: 5%). In folgenden **Wirtschaftsklassen** ist die Relation von geringfügig Beschäftigten zu anderen Beschäftigten **besonders hoch**:

- Realitätenwesen: 33,5% (2001) bzw. 21% (1995)
- Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen: 13,5% (2001) bzw. 12% (1995)
- Beherbungs- und Gaststättenwesen: 12,9% (2001) bzw. 10% (1995)
- Einzelhandel: 11,3% (2001) bzw. 7% (1995)
- Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen: 10,9% (2001) bzw. 9% (1995)

Betrachtet man die zuletzt angeführten Werte, so lässt sich daraus indirekt ablesen, dass in den genannten Wirtschaftsklassen die Zahl der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse weitaus stärker gestiegen ist als jene der „normalen“ Beschäftigungsverhältnisse.

#### 1.4.5.3. Versicherungsverhältnisse von geringfügig Beschäftigten

Hier sind in erster Linie zwei Personengruppen interessant, nämlich einerseits jene Personen, die **neben ihrer**



**geringfügigen Beschäftigung** bereits ein **anderweitiges Versicherungsverhältnis** aufzuweisen haben, und andererseits die **freiwilligen Selbstversicherten** nach § 19a ASVG.

Eine alljährlich zum Stichtag 1. Juli vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellte Sonderauswertung gibt Aufschluss über das Bestehen weiterer Versicherungsverhältnisse geringfügig beschäftigter Personen:

- **52%** (38% der Männer, 57% der Frauen) der 188.451 zum Stichtag 1. Juli 2001 ausgewerteten geringfügig Beschäftigten (das sind **97.595 Personen**) waren **nur geringfügig beschäftigt, 48% oder 90.856 Personen** (62% der Männer, 43% der Frauen) hatten ein **zusätzliches Versicherungsverhältnis**, zumeist eine pensionsversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit.
- Von den angeführten 97.595 Personen hatten **4.127 Personen** (davon 3.718 Frauen) **zwei oder mehr geringfügige Beschäftigungsverhältnisse**.
- Die genannten **90.856 Personen mit einem zusätzlichen Versicherungsverhältnis** verteilten sich auf folgende Gruppen:
- 29% (15.395 Personen) der Männer und 20% (27.592 Personen) der Frauen hatten neben der geringfügigen Beschäftigung noch eine **pensionsversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit**,
- 9% (4.444 Personen) der Männer und 10% (13.890 Personen) der Frauen bezogen zusätzlich eine **Leistung aus der Arbeitslosenversicherung**,
- 23% (12.152) der Männer und 12% (15.759 Personen) der Frauen bezogen zusätzlich eine **Leistung aus der Pensionsversicherung**, nämlich eine Invaliditäts- oder Alterspension.
- Gegenüber dem Jahr 2000 ist der Anteil derjenigen, die nur geringfügig beschäftigt waren, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen um jeweils 1%-Punkt gestiegen (1.288 Männer, 4.165 Frauen). Umgekehrt ist die Zahl der geringfügig beschäftigten Personen mit einem zusätzlichen Versicherungsverhältnis um jeweils 1%-Punkt (1.511 Personen) zurückgegangen, davon bei den Frauen um 923 Personen und bei den Männern um 588 Personen: Vor allem bei jenen geringfügig Beschäftigten, die zusätzlich noch einer pensionsversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit nachgingen war ein stärkerer Rückgang zu beobachten: Er betrug gegenüber 2000 2%-Punkte.

Die nachfolgenden Zahlen geben Aufschluss über die **Entwicklung der selbstversicherten geringfügig Beschäftigten** nach § 19a ASVG sowie über das **gesamte Beitragsaufkommen im Bereich der geringfügig Beschäftigten**:

- Im **Dezember 2001** waren **37.338 geringfügig Beschäftigte selbstversichert**. 77% davon waren Frauen, 23% Männer, was in etwa dem Geschlechterverhältnis bei allen geringfügig Beschäftigten entspricht. Über die genannten Zahlen hinaus gibt es über diese Personengruppe bedauerlicherweise keine weiteren statistisch relevanten Daten.
- Im **Mai 2002** sind **39.782 Personen** nach § 19a selbstversichert, die Tendenz ist **weiterhin steigend**. Das Potenzial ist allerdings weitaus größer. Es umfasst alle geringfügig Beschäftigten, die ausschließlich diese Tätigkeit aufzuweisen haben (im Dezember 2001 waren dies schätzungsweise rund 105.000 Personen). D.h. gegenwärtig machen erst **36%** aller potenziellen Kandidaten/innen **von der Möglichkeit der Selbstversicherung Gebrauch**. Allerdings zeigt sich auch, dass die Zahl der selbstversicherten Personen monatlich steigt, so dass zum jetzigen Zeitpunkt noch keine endgültige Aussage über die Inanspruchnahme getätigt werden kann.
- Die **Beitragseinnahmen** nach § 19a ASVG haben sich im Jahr 2000 auf rund € 9,6 Mio belaufen, im Jahr 2001 sind sie **auf rund € 12 Mio angestiegen**: Rund **drei Viertel** davon entfielen auf die **Pensionsversicherung**, ein **Viertel** auf die **Krankenversicherung**.
- Nicht in die Selbstversicherung nach § 19a ASVG, sehr wohl aber in die Ermittlung der Beitragsgrundlage für Dienstnehmerbeiträge werden seit 1. Jänner 1998 alle Einkommen aus einer geringfügigen Beschäftigung einbezogen, die neben einer schon bestehenden versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit anfallen: Zu Jahresende 2001 war dies beispielsweise bei rund 48.500 Personen bzw. 23% der geringfügig Beschäftigten der Fall. Die **Einnahmen aus dem pauschalierten Dienstnehmerbeitrag beliefen sich auf € 12,6 Mio in der Pensionsversicherung und auf € 4,2 Mio in der Krankenversicherung**.
- Seit 1.1.1998 hatten auch **Dienstgeber** für geringfügig Beschäftigte **Beiträge** zu entrichten, wenn die monatliche Lohnsumme das 1,5fache der Geringfügigkeitsgrenze übersteigt: Im Jahr 2000 wurden dafür rund € 40 Mio. an den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger überwiesen. Weitere € 11,4 Mio. entfielen auf die Krankenversicherung. Die Daten für das Jahr 2001 lauten **€ 42,7 Mio für die Pensionsversicherung und € 12,2 Mio für die Krankenversicherung**. Diese **Regelung** wurde allerdings – wie schon erwähnt – vom Verfassungsgerichtshof aufgehoben und gilt nur **bis zum 31.3.2003**.



#### 1.4.6. Leistungskennzahlen der gesetzlichen Pensionsversicherung

Die Zahl der **ausbezahlten Pensionsleistungen** stieg von Dezember 2000 auf Dezember 2001 um **0,8% auf 1.993.264 an**.

Dieser Anstieg ergibt sich aus der Differenz zwischen Pensionsneuzugängen und Pensionsabgängen: Im Jahr 2001 gab es **97.135 erstmalige Neuzuerkennungen** von Pensionsleistungen und **74.343 Pensionsabgänge** wegen Tod des Leistungsbeziehers. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die **Zahl der erstmaligen Neuzuerkennung deutlich vermindert**, und zwar von 120.037 (2000) auf 97.135 (2001). Dabei kam es zu zwei markanten Entwicklungen: Zum einen sank die Zahl der Neuzugänge bei den Alterspensionen von 71.362 (2000) auf 45.633 (2001), das ist ein Rückgang um 36% bzw. um 25.728 Personen. Dieser Rückgang ist die **Folge zweier Reformmaßnahmen** des Jahres 2000, nämlich

- der **Abschaffung der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit** sowie
- der etappenweisen **Anhebung des Antrittsalters für die vorzeitigen Alterspensionen**. Dieses wurde für Männer von 60 auf 61<sup>1/2</sup> Jahre und für Frauen von 55 auf 56<sup>1/2</sup> Jahre angehoben. Die vollständige Erhöhung trat mit Oktober 2002 in Kraft.

Gleichzeitig wurden aber vielfältige Maßnahmen gesetzt, um **Härtefälle abzufedern**. Zu diesen Maßnahmen zählt u.a. die **Erleichterung des Zuganges zur normalen Invaliditätspension**. Letzteres hat dazu geführt, dass die Zahl der **neu zuerkannten Invaliditätsleistungen leicht gestiegen** ist, und zwar von 17.840 (2000) auf 21.728 (2001).

##### 1.4.6.1. Pensionsneuzuerkennungen und Pensionsantrittsalter

Von den genannten **97.135 Neuzuerkennungen** entfielen 45.633, d.s. **47%**, auf **Alterspensionen**, **22,4%** auf **Invaliditätspensionen** und der Rest, nämlich **30,6%**, auf **Hinterbliebenenleistungen**. Rund **60%** der Neuzugänge bei den Alterspensionen waren **vorzeitige Alterspensionen**. Da auch die Neuzugänge bei der Invaliditätspension beinahe ausschließlich vor Erreichen des gesetzlichen Regelpensionsalters erfolgten, bedeutet dies, dass rund **72,4% aller Neuzugänge** bei den Direktpensionen **vor Erreichen des gesetzlichen Antrittsalters** in Pension gingen: Bei den **Männern** betrug dieser Anteil **86,7%**, bei den **Frauen 55,9%**.

Das **durchschnittliche Pensionsantrittsalter** (unter Berücksichtigung aller Pensionsarten) betrug im **Jahr 2001 58,0 Jahre** (2000: 57,7 Jahre). **Frauen** gingen um rund eineinhalb Jahre früher in Pension als Männer, näm-

lich mit **57,3 Jahren** gegenüber **58,7 Jahren** bei den **Männern**.

Bei den **Alterspensionen** – durchschnittliches Zugangsalter **60,7 Jahre** – beträgt der Unterschied zwischen **Frauen (59,4 Jahre)** und **Männern (62,2 Jahre)** beinahe drei Jahre. Bei den **Invaliditätspensionen** ist die Differenz ähnlich, nämlich **50,4 Jahre (Frauen)** und **53,4 Jahre (Männer)**.

Infolge der Erhöhung des gesetzlichen Antrittsalters für die vorzeitigen Alterspensionen bei langer Versicherungsdauer, primär aber wegen des Wegfalls einer Pensionsart, der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit, ist auch das **De facto-Antrittsalter bei den Alterspensionen gestiegen**, und zwar von **59,4 (2000) auf 60,7 (2001)**. Bei den **Männern** stieg das Zugangsalter bei den Alterspensionen von **60,5 auf 62,2**, bei den **Frauen von 58,3 auf 59,4**. Umgekehrt aber hat sich das Gewicht infolge der **Zunahme der Invaliditätspensionen** in Richtung Letzterer verschoben, sodass der **Gesamtdurchschnitt beim Pensionsantrittsalter nur marginal angestiegen** ist: Mit anderen Worten, im Jahr 2001 ist noch kein spürbarer Anstieg des Antrittsalters zu verzeichnen, sondern eher ein erster Schritt in Richtung eines höheren Alters. Ein **größerer Anstieg** wird sicherlich im Jahr **2002** zu verzeichnen sein und auch **in den Folgejahren**, wenn die Härtefallregelungen auslaufen.

Trotz dieses leichten Anstieges liegt das durchschnittliche Antrittsalter noch beträchtlich **unter dem Niveau der 70er Jahre**, das gegenwärtige Antrittsalter ist aber zumindest wieder auf die Durchschnittswerte des Jahres 1985 angehoben worden.

##### 1.4.6.2. Neuzuerkennungen von Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit

In diesem Abschnitt werden **zwei Pensionsarten** zusammen betrachtet, nämlich

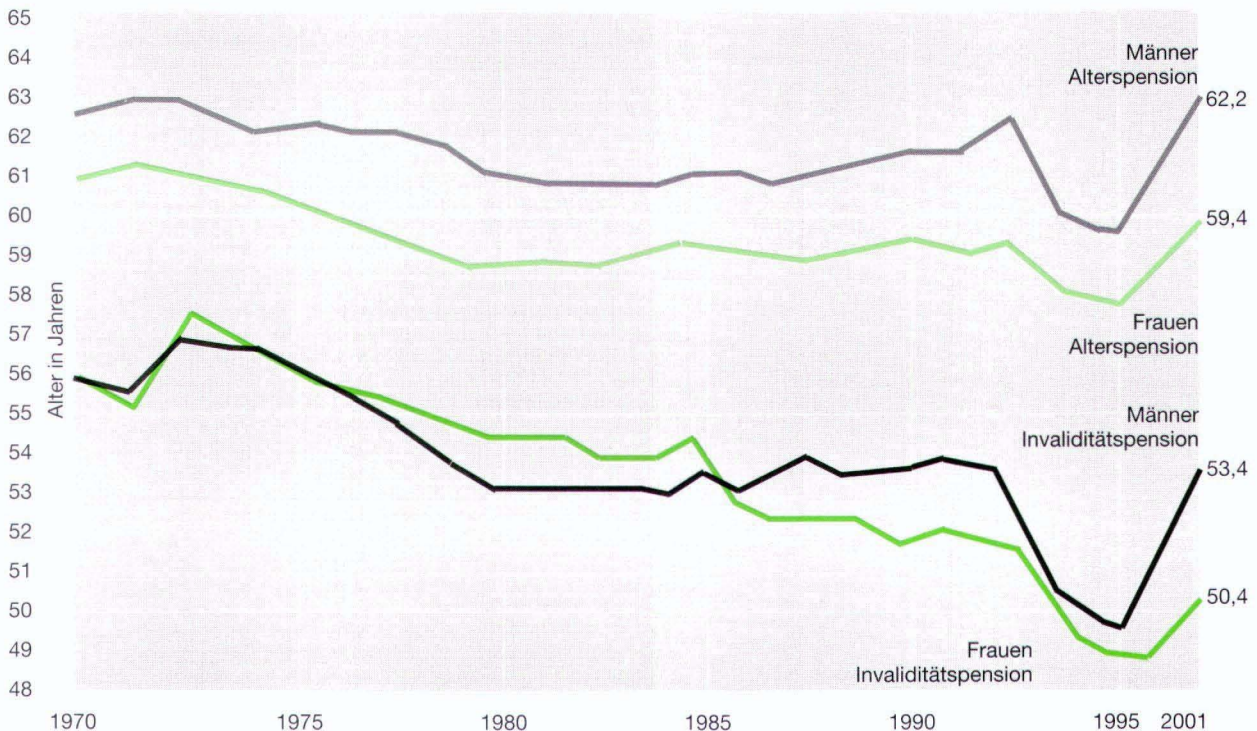
- die normale **Invaliditäts-, Berufs-, oder Erwerbsunfähigkeitspensionen** und
- die **vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit**, die zwar zu Jahresmitte 2000 abgeschafft wurde, aber bis dato noch geringe Neuzugänge aus Anträgen, die vor dem 1. Juli 2000 gestellt wurden, hat.

Im Jahr 2001 gingen **24.493 Personen wegen eines beeinträchtigten Gesundheitszustands** aus diesen Titeln in Pension: **Gegenüber dem Jahr 2000** bedeutet dies zwar einen deutlichen **Rückgang um beinahe 27%**, aber diese Pensionsleistungen machen auch heute **noch 36% aller Neuzugänge** an Direktpensionen aus.



## Durchschnittliches Pensionszugangsalter

Alterspensionen und Invaliditätspensionen



Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger

Besonders **hohe Invalidisierungsquoten** wiesen die Männer (46,8%) auf, vor allem die Arbeiter (56,4%) und die Bauern (68,4%). Mit Ausnahme der Bauern und der Angestellten sind allerdings diese Anteile bei allen anderen Trägern gesunken.

Die Bäuerinnen wiesen bei den Frauen den höchsten Anteil an gesundheitsbedingten Zugängen – gemessen an allen Direktpensionszugängen – aus, nämlich rund 42,4%. Der Gesamtdurchschnitt lag hier bei 24,3%.

Die Betrachtung der **gesundheitsbedingten Neuzugänge** nach **Krankheitsgruppen** ergibt folgendes Muster: **35%** aller gesundheitsbedingten Neuzugänge entfielen auf **Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats** und beinahe **25%** auf **psychiatrische Krankheiten und Krankheiten des Nervensystems**, d.h. auf diese beiden Krankheitsgruppen entfielen 60% aller Neuzugänge. Alle anderen Krankheitsgruppen sind demgegenüber beinahe marginal. Dies trifft auch die **vormals so bedeutenden Herz- und Arterienkrankheiten** mit **nur mehr 7%** der krankheitsbedingten Zugänge.

Auffallend ist das **stete Ansteigen der psychiatrischen und der Nervensystemkrankheiten**: Gegenüber dem Jahr 2000 ist deren Anteil **von 19% auf 25% gestiegen**. Bei den **Frauen** beträgt der Anteil dieser Zugangsursache bereits **35%**, bei den **Männern** **rund 20%**. Ein Vergleich der Jahre 2000 und 2001 zeigt ein weiteres signifikantes Ergebnis, nämlich den **Rückgang** des Anteiles

der Neuzugänge infolge einer **Krankheit des Bewegungs- und Stützapparates** und zwar **von 45% auf 35%**.

### 1.4.6.3. Pensionsanträge, Zuerkennungsquoten und Ablehnungen

Insgesamt wurden von den Pensionsversicherungsträgern 2001 **147.760 Anträge** erledigt: **66,9%** mündeten in eine **positive Erledigung**, **26,4%** in eine **Ablehnung** und **6,7%** der Anträge erfuhren eine anderweitige Erledigung.

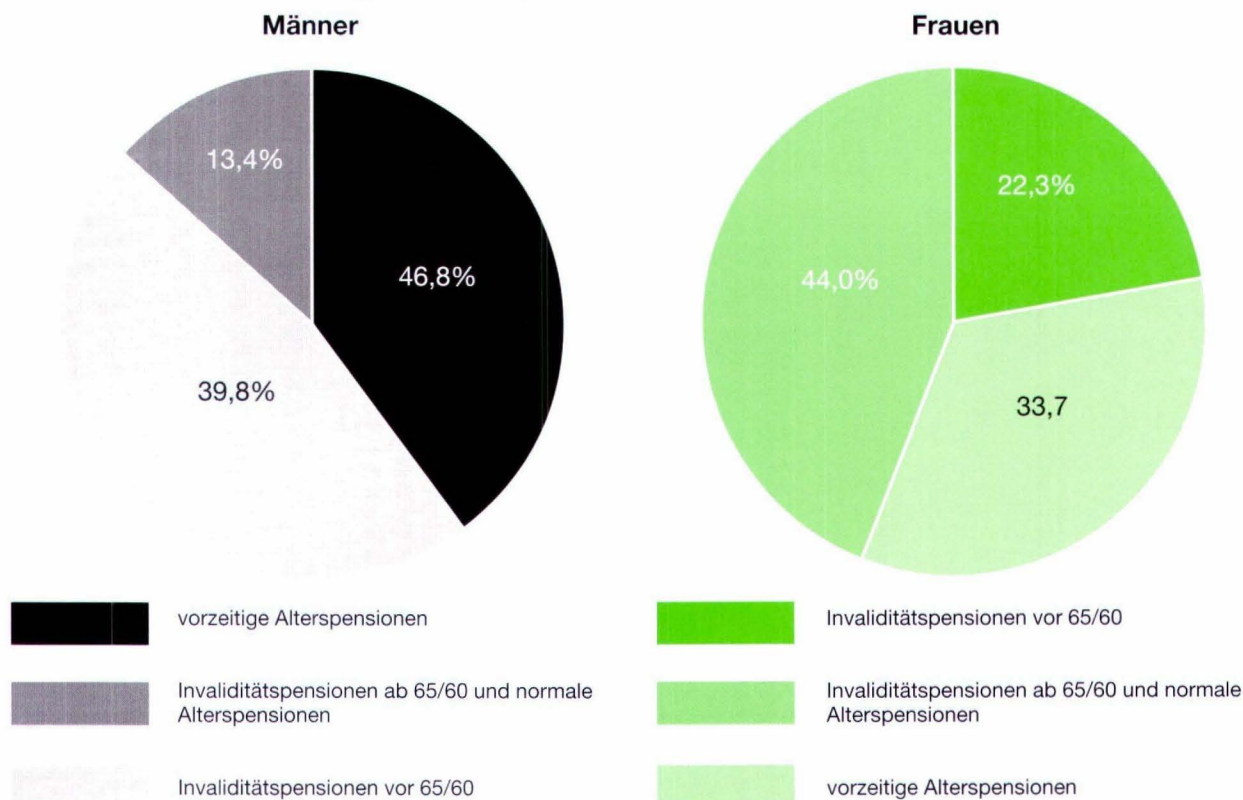
Definiert man die Zuerkennungsquote als die Relation von Zuerkennungen zur Summe aus Zuerkennungen und Ablehnungen, so ergibt sich folgendes Bild:

- Bei den **Invaliditätspensionen** betrug die **Zuerkennungsquote 42%**. Sie erreichte in der Pensionsversicherung der Unselbständigen (39%) in etwa die gleiche Höhe, bei den Selbständigen lag sie mit rund 68% aber deutlich höher.
- Bei den **Alterspensionen** – inkl. den vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit – lag die **Zuerkennungsquote** bei rund **88%**. Dies entspricht auch der Quote bei den Unselbständigen, bei den Selbständigen war sie auch hier höher, nämlich rund 96%.

Generell kann man sagen, dass die **Selbständigen** bei den krankheitsbedingten Pensionszugängen eine



## Erstmalige Neuzuerkennungen von Direktpensionen nach Alter und Pensionsart 2001 (gesamte PV)



Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger

höhere Zuerkennungsquote aufweisen als die Unselbständigen.

### 1.4.6.4. Pensionsabgänge, Bezugsdauer und Abgangsalter

Im Jahr 2001 gab es **74.343 Pensionsabgänge** wegen Tod der Leistungsbezieher/innen: Dabei stieg das durchschnittliche **Pensionsabgangsalter der Frauen** von **1970 bis 2001** von **75,7 Jahren auf 80,2 Jahre**, jenes der **Männer** von **73,3 Jahren auf 75,3 Jahre**.

Eine der Ursachen dieses Anstiegs liegt natürlich im gleichzeitig zu beobachtenden Anstieg der Lebenserwartung: Während die **Lebenserwartung eines 60-jährigen Mannes** im Jahr **1970 noch rund 14,9 Jahre** betrug, lag sie im Jahr **2001 bereits bei 19,6 Jahren**. Bei den **Frauen** ist ein **Anstieg von 18,8 auf 23,8 Jahre** zu verzeichnen.

In Kombination mit dem in den vergangenen drei Jahrzehnten **gesunkenen Zugangsalter** hat sich damit die **Pensionsbezugsdauer deutlich erhöht**, über Letztere gibt es allerdings im Bereich der Pensionsversicherung **keine vergleichbaren Daten über die gesamte Pensionsversicherung** hinweg.

### 1.4.6.5. Höhe der neu zuerkannten Pensionsleistungen

Obwohl sich in den vergangenen Jahrzehnten die **Pensionsleistungen** von **Männern** und **Frauen ein wenig angenähert haben**, bestehen sowohl bei den Leistungen des Pensionsstands als auch bei den Leistungen des Neuzugangs zwischen Frauen und Männern **beträchtliche Unterschiede** in den Leistungshöhen:

**Frauen** haben auf Grund ihrer spezifischen Lebensumstände – wie etwa Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit aus familiären Gründen – beim Pensionsantritt wesentlich **weniger Versicherungsjahre** erworben als Männer. Wie die Pensionsneuzugangsdaten seit 1993 belegen, wird dieser Nachteil im Versicherungsverlauf durch die **verbesserte Anrechnung von Kindererziehungszeiten ein wenig ausgeglichen**. Die Einkommensnachteile der Frauen im Erwerbsleben, sprich die niedrigeren Arbeitsverdienste, vermag allerdings auch das Pensionssystem nicht zu kompensieren.

Die **durchschnittliche Neuzugangsalterspension** (ohne Zulagen und Zuschüsse) eines **männlichen Arbeiters** betrug im Jahr 2001 **€ 721,-**, die eines **männlichen Angestellten** **€ 1.701,-**, die durchschnitt-



## Durchschnittspensionen des Neuzuganges 2001 nach Pensionsversicherungsträgern und Geschlecht (ohne Zulagen und Zuschüsse) in Euro

Pensions- versicherungsträger	Invaliditätspensionen				Alterspensionen				Direktpensionen			
	Männer	*)	Frauen	*)	Männer	*)	Frauen	*)	Männer	*)	Frauen	*)
PVA der Arbeiter	793	2,1	391	2,1	929	0,3	484	0,9	876	0,9	462	1,2
VA der öst. Eisenbahnen	881	2,7	511	3,2	1.254	1,3	705	1,7	1.140	1,4	663	1,8
PVA der Angestellten	1.235	3,0	665	2,4	1.524	2,1	893	1,1	1.467	2,2	864	1,2
VA des öst. Bergbaus	1.151	1,2	711	2,4	1.499	1,5	924	1,6	1.377	1,7	861	1,9
PV der Unselbständigen	897	2,7	480	2,8	1.193	1,6	687	1,3	1.098	1,8	649	1,6
SVA der gew. Wirtschaft	881	3,5	463	3,0	1.222	2,6	750	2,8	1.157	2,7	699	2,9
SVA der Bauern	610	2,8	297	2,3	732	2,0	385	2,4	686	2,2	346	2,4
<b>gesamte PV<sup>2)</sup></b>	<b>865</b>	<b>2,8</b>	<b>440</b>	<b>2,9</b>	<b>1.158</b>	<b>1,8</b>	<b>699</b>	<b>1,5</b>	<b>1.065</b>	<b>2,0</b>	<b>621</b>	<b>1,8</b>

Pensions- versicherungsträger	Witwen(r)pensionen				Waisenpensionen				alle Pensionen			
	Männer	*)	Frauen	*)	Männer	*)	Frauen	*)	Männer	*)	Frauen	*)
PVA der Arbeiter	191	0,5	422	1,5	166	2,4	167	2,1	819	1,0	439	1,4
VA der öst. Eisenbahnen	246	-1,7	461	2,6	182	1,6	199	2,0	1.085	1,4	545	2,2
PVA der Angestellten	333	-1,6	678	1,8	245	1,3	245	1,8	1.360	2,1	806	1,4
VA des öst. Bergbaus	343	1,8	652	2,3	287	-0,2	276	1,0	1.350	1,7	672	2,2
PV der Unselbständigen	254	-0,2	504	1,7	192	2,0	192	2,0	1.024	1,8	589	1,7
SVA der gew. Wirtschaft	284	-0,6	494	2,2	212	4,7	206	3,0	1.096	2,7	596	2,7
SVA der Bauern	151	2,0	284	2,5	118	2,4	115	0,9	631	1,9	321	2,5
<b>gesamte PV<sup>2)</sup></b>	<b>244</b>	<b>-0,1</b>	<b>483</b>	<b>1,8</b>	<b>186</b>	<b>2,2</b>	<b>185</b>	<b>2,1</b>	<b>994</b>	<b>2,0</b>	<b>563</b>	<b>1,9</b>

<sup>1)</sup> ohne Knappschaftssold

<sup>2)</sup> ohne VA des öst. Notariats

\*) Änderung zum Vorjahr in Prozent

Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger

tlliche Neuzugangspension einer **Arbeiterin** hingegen **€ 441,-**, die einer **Angestellten** **€ 872,-**.

Eine **ähnliche Diskrepanz** zeigt sich **auch bei den Invaliditätspensionen**: Hier beträgt die Durchschnittspension einer Arbeiterin € 481,-, die einer weiblichen Angestellten € 756,-. Jene der Männer war hingegen um mehr als 80% höher, nämlich € 880,- bei den Arbeitern und € 1.409,- bei den Angestellten. Die durchschnittliche **Witwenpension des Neuzugangs** betrug € 530,-, jene der **Witwer** € 313,-.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei Selbständigen, ohne hier im Detail darauf einzugehen.

Infolge der Anhebung des Pensionsantrittsalter und des Wegfalls der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit kam es im Jahr 2001 zu einer völligen **Verschiebung der Altersstruktur der Pensionseinzugänge**: Daher sind die oben angeführten Neuzugangspensionshöhen nicht mit jenen der Vorjahre vergleichbar.

### 1.4.6.6. Pensionsleistungen des Pensionstands

Die Höhe einer Pension wird einerseits durch die Höhe der Bemessungsgrundlage, andererseits durch die Anzahl der im Verlauf des Erwerbslebens erworbenen Versicherungsmonate bestimmt. Eine echte **Mindestpension** ist in der gesetzlichen Pensionsversicherung nicht



vorgesehen, wohl aber wird mit dem Instrument der **Ausgleichszulage** eine **bedarfsorientierte**, vom **sonstigen eigenen bzw. Haushaltseinkommen abhängige „Mindestpension“** gewährt.

Die **höchstmögliche Eigenpension** (ohne Zulagen und Zuschüsse und Höherversicherungsleistungen) betrug im Jahr 2001 **€ 2.261,-**, die höchste **Witwenpension** **€ 1.357,-** monatlich.

- **Durchschnittliche Pensionsleistungen:**

Die folgenden Durchschnittspensionsdaten sind in Bezug auf die Einkommens- und Lebensverhältnisse von Pensionisten/innen insofern nur beschränkt aussagekräftig, als sie weder etwas über die Pro-Kopf-Einkommen der Pensionisten noch über die Einkommenssituation der Pensionistenhaushalte aussagen. Die im Folgenden präsentierten Daten sind **keine Einkommensdaten, sondern Verwaltungsdaten** der gesetzlichen Pensionsversicherung. Sie geben Aufschluss über die Höhe der ausbezahlten Leistungen, aber nur zum Teil über die (Gesamt)Einkommen ihrer Bezieher. Neben den nicht erfassten sonstigen Einkommen (Beamtenpensionen, Kriegsoferleistungen bzw. Leistungen der Opferfürsorge, Pflegegeldleistungen, Aktiveinkommen) bestehen noch viele andere statistische Unschärfen (Einfach- bzw. Mehrfachpensionsbezieher, zwischenstaatliche Leistungen, Inlands- bzw. Auslandspensionsbezieher etc.). Ist man sich dieser Einschränkungen jedoch bewusst, so bieten die folgenden Daten einen ersten Einstieg in die Lebensverhältnisse der Leistungsbezieher.

Wie beim Pensionsneuzugang bestehen auch beim **Pensionsstand deutliche Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Pensionshöhen von Männern und Frauen**. Niedrigere Aktiveinkommen zum einen und Lücken im Versicherungsverlauf etwa durch die Erziehung von Kindern zum anderen bewirken, dass die **Durchschnittspensionen der Frauen** (mit Ausnahme der Witwenpensionen) noch immer **wesentlich unter jenen der Männer** liegen: Die **durchschnittliche Alterspension der Männer** in der gesetzlichen Pensionsversicherung betrug im **Dezember 2001** ohne Zulagen und Zuschüsse **€ 1.158,-**, jene der **Frauen** hingegen nur **€ 669,-**. Ein ähnliches Bild, wenn auch auf niedrigerem Niveau, zeigt sich bei den **Invaliditätspensionen**. Hier betrug die Durchschnittspension bei den **Männern € 865,-**, bei den **Frauen** hingegen **€ 440,-**.

Dabei sind die Durchschnittspensionen der Frauen bei den Invaliditätspensionen (+2,9%) geringfügig stärker gestiegen als jene der Männer (+2,8%), umgekehrt sind die Alterspensionen der Männer

(+1,8%) stärker gestiegen als jene der Frauen (+1,5%). 2001 lagen beinahe **75% aller Pensionsleistungen unter € 1.000,-**, weitere **15%** im Bereich von **€ 1.000,- bis € 1.500,-** und nur **10%** über **€ 1.500,-**.

- **Auslandspensionen**

Im Dezember 2001 wurden **216.745 (+2,4%) Pensionen** mit einer durchschnittlichen Höhe von € 170,- (einschl. Zulagen und Zuschüsse, jedoch ohne Pflegegeld) an **Pensionisten/innen mit Wohnsitz im Ausland** überwiesen. Lässt man diese Auslands(tell)pensionen außer Betracht, so ergeben sich bei den verbleibenden (**Inlands**)Pensionen **um rund 9% höhere Durchschnittswerte**, d.h. die ins Ausland überwiesenen Pensionsleistungen drücken den Gesamtdurchschnitt um 9%. In der Pensionsversicherung der Unselbständigen machen die ins Ausland überwiesenen Pensionen bereits einen Anteil von rund 14,9% aller Pensionen aus, wobei die Tendenz steigend ist, bei den Selbständigen liegt der Anteil bei 0,7%.

- **Zwischenstaatliche Teilleistungen**

Rund **12%** der im Dezember 2001 von den österreichischen Pensionsversicherungsträgern – im Inland oder Ausland – **ausbezahlten Leistungen** wurden **durch eine ausländische Teilleistung**, d.h. durch eine zusätzliche Altersvorsorgeleistung eines ausländischen Versicherungsträgers, **ergänzt** (236.119 Pensionen mit einer inländischen Durchschnittsleistung von € 250,-). Auch hier ergibt sich durch Außerachtlassen dieser Fälle beim Berechnen der Durchschnittspension ein höherer Wert, und zwar ebenfalls um rund 9%.

- **Personenbezogene Leistungen**

Zum **Stichtag 1.Juli 2001** erhielten in Österreich **1.976.033 Personen** mindestens eine **Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung und/oder eine Beamtenpension**. Dieser Zahl an Leistungsbeziehern standen **2,245.043 ausbezahlte Pensionsleistungen** gegenüber. Verglichen mit den ausbezahlten Leistungen ist die Zahl der Pensionisten/innen im letzten Jahrzehnt weitaus schwächer gestiegen, d.h. die **Mehrfachbezieher/innen** haben **deutlich zugenommen**: Am 1.Juli 2001 erhielten **229.937 Frauen und 36.507 Männer**, d.s. 13,5% (Männer 4,2%, Frauen 20,6%) aller Bezieher/innen einer Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung bzw. einer Beamtenpension, noch **mindestens eine weitere Pensionsleistung** aus der gesetzlichen Pensionsversicherung oder eine Beamtenpension.

Für die finanzielle Lage der Pensionisten/innen bedeutet dies v.a., dass deren Einkünfte durch Doppel-



## Sozialschutzsysteme / Gesetzliche Pensionsversicherung

und Mehrfachpensionsbezüge höher sind, als sich aus den obigen Durchschnittspensionsdaten ergibt: Grundsätzlich kann man sagen, dass das Pro-Kopf-Einkommen jener Frauen, die zwei oder mehr Leistungen erhalten, in etwa dem Leistungsniveau der Männer entspricht. Das heißt, die rund **190.000 Frauen**, die **mehrere Pensionen** aus der gesetzlichen Pensionsversicherung erhalten, sind den **Männern einkommensmäßig** durchaus **gleichgestellt**. Jene **830.000 Frauen**, die **nur eine Pension beziehen**, haben allerdings ein **Pro-Kopf-Einkommen, das rund 60% des der Männer ausmacht**.

### ● Ausgleichszulagen

Liegen **Pension sowie sonstige Nettoeinkünfte** und anzurechnende Beträge (wie Unterhaltsleistungen) **unter einem bestimmten Richtsatz**, so gebührt eine **Ausgleichszulage in Höhe des Differenzbetrags**. Bei Ehepaaren wird das gesamte Nettoeinkommen des Ehegatten bzw. der Ehegattin angerechnet. Wenn daher die Pensionisten/innen bzw. deren Ehegatten/innen neben der Pension über andere Einkünfte (z.B. aus einer Beschäftigung oder einer Rente aus der Unfallversicherung) verfügen, werden diese auf die Ausgleichszulage angerechnet, sodass es zum Wegfall oder zu einer Verringerung kommen

kann. **Bestimmte Arten von Einkünften** wie das **Pflegegeld** sind allerdings von der **Anrechnung auf die Ausgleichszulage ausgenommen**.

Der Richtsatz für **Alleinstehende** betrug im Jahr 2001 **€ 613,-**, der Richtsatz für Pensionisten/innen, die mit **ihrer/ihrem Ehegattin/Ehegatten** im gemeinsamen Haushalt leben, **€ 875,-**. Im Dezember 2001 bezogen **231.121 Personen** eine Ausgleichszulage. Dies entspricht **11,7%** der Pensionsbezieher/innen. Dieser Anteil ist seit Jahren – trotz zahlreicher überproportionaler Erhöhungen der Richtsätze – rückläufig.

Der Anteil der Ausgleichszulagenbezieher/innen schwankt je nach Versicherungsträger zwischen weniger als 3% bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten, 14% bzw. 13% bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und 29% bei jener der Bauern. **Rund 72%** der **Ausgleichszulagenbezieher/innen** sind **Frauen**. Dies rührt u.a. daher, dass exakt ein Fünftel (20,0%) der Witwenpensionistinnen eine Ausgleichszulage beziehen. Weiters erhielten aber auch rund 18% aller Bezieher/innen einer Invaliditätspension im Jahr 2001 eine Ausgleichszulage. Bei den Alterspensionen hingegen bezogen nur rund 6,0% der Pensionisten/innen eine Ausgleichszulage.

## Ausgleichszulagen nach Geschlecht

Dezember 2001	Invaliditäts-pensionen		Alters-pensionen*)		Witwer(n)-pensionen		Waisen-pensionen		alle Pensionen		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F
<b>2001</b>											
PVA der Arbeiter	21.394	20.554	6.959	25.770	312	51.599	4.290	4.885	32.955	102.808	135.763
VA der öst. Eisenbahnen	195	129	94	178	0	563	51	66	340	936	1.276
PVA der Angestellten	2.064	3.935	901	4.127	123	4.391	659	666	3.747	13.119	16.866
VA des öst. Bergbaus	109	47	36	34	0	1.509	87	111	232	1.701	1.933
<b>PV nach dem ASVG</b>	<b>23.762</b>	<b>24.665</b>	<b>7.990</b>	<b>30.109</b>	<b>435</b>	<b>58.062</b>	<b>5.087</b>	<b>5.728</b>	<b>37.274</b>	<b>118.564</b>	<b>155.838</b>
SVA der gew. Wirtschaft	1.908	1.479	3.165	3.164	60	9.355	372	454	5.505	14.452	19.957
SVA der Bauern	9.133	5.611	12.371	4.562	60	21.040	1.221	1.328	22.785	32.541	55.326
VA des öst. Notariats	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>gesamte PVA</b>	<b>34.803</b>	<b>31.755</b>	<b>23.526</b>	<b>37.835</b>	<b>555</b>	<b>88.457</b>	<b>6.680</b>	<b>7.510</b>	<b>65.564</b>	<b>165.557</b>	<b>231.121</b>

\*) inkl. Knappschaftssold

Quelle: Hauptverband der öst. Sozialversicherungsträger

### 1.4.7. Reformmaßnahmen und Ausblick

Mit der **Pensionsreform** wurden die **angestrebten Effekte** realisiert: Die Zahl der **Pensionsneuzugänge bei den Direkt pensionen** ist im Jahr 2001 signifikant gegenüber dem Vorjahr **zurückgegangen**. Der Anteil der **Bundesmittel** an den Gesamtaufwendungen wie auch

am Bruttoinlandsprodukt konnte damit, sowie mit Hilfe diskretionärer Überweisungen **stabilisiert** werden.

Die im Jahr 2000 von der Bundesregierung eingesetzte **Reformkommission** hat über die Pensionsreform hinaus **umfassendere Aufgaben** zur langfristigen Sicherung der Altersvorsorge:



- Neugestaltung des Invaliditätspensionsrechts,
- Stärkung der versicherungsmathematischen Prinzipien bei der Pensionsberechnung,
- Kostenadäquate Behandlung der Ersatzzeiten,
- Forcierung der eigenständigen Altersvorsorge der Frauen.

Die endgültigen Berichte dieser Reformkommission bzw. deren Unterarbeitsgruppen sollen bis Herbst 2003 vorliegen.

Darüber hinaus sind in Bezug auf die langfristige Entwicklung der Altersvorsorge in Österreich zwei weitere wichtige Gesichtspunkte erwähnenswert:

Die im Rahmen der Pensionsreform 2000 per Gesetz neu eingerichtete „**Kommission für die langfristige Pensionssicherung**“ beschäftigt sich nicht nur ausschließlich mit der jährlichen Pensionsanpassung, sondern sie hat auch die Aufgabe, alle drei Jahre – erstmals im Jahr 2002 – ein Gutachten über die langfristige Entwicklung der gesetzlichen Pensionsversicherung zu

erstellen. Das erste **Gutachten** dieser Kommission wurde **im Mai des Jahres 2002 erstellt** und beinhaltet Szenarien über die langfristige Entwicklung bis zum Jahr 2050.

Im September 2002 übermittelte die österreichische Bundesregierung einen **Strategiebericht zur Fortentwicklung des österreichischen Pensionssystems** an die Europäische Union: Dieser Strategiebericht ist Bestandteil der „Methode der offenen Koordinierung“ im Bereich der europäischen Rentensysteme unter Bewahrung nationalstaatlicher Eigenständigkeit aller Mitgliedstaaten. Die kommenden 15 Jahre bieten vor der demografischen Entwicklung ein Zeitfenster, das als Chance für sozial adäquate Reformen zu nutzen ist. Das Verfahren der „**Methode der offenen Koordinierung**“ soll einen **Prozess** für einen intensiven Erfahrungsaustausch und die Prüfung von guten Praktiken sowie des Reformpotentials **zur langfristigen Sicherung der Zukunftsfähigkeit der Renten auf einem angemessenen Leistungsniveau einleiten**. Die Europäische Kommission und der Rat werden gemeinsam einen zusammenfassenden Bericht erarbeiten und auf dem Frühjahrsgipfel des Europäischen Rates 2003 vorlegen.







## 2. Pflegevorsorge

2.1.	System der Pflegevorsorge.....	78
2.2.	Pflegegeld .....	78
2.3.	Familienhospizkarenz und Pflegevorsorge.....	78
2.4.	Qualitätssicherung .....	79
2.5.	Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises.....	79
2.6.	Sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger.....	79
2.7.	Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gem. Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen (Pflegevorsorgevereinbarung).....	80



## 2. Pflegevorsorge

### 2.1. System der Pflegevorsorge

Österreich hat im Jahr 1993 eine umfassende Reform der Pflegevorsorge durchgeführt. Am 1. Juli 1993 traten das Bundespflegegeldgesetz (BGBl.Nr.110/1993) und die entsprechenden Landespflegegeldgesetze in Kraft. Damit wurde ein abgestuftes, bedarfsorientiertes Pflegegeld eingeführt, auf das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch besteht.

Parallel zum BPGG wurde zwischen Bund und Ländern eine Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (Pflegevorsorgevereinbarung, BGBl.Nr.866/1993) abgeschlossen, die am 1. Jänner 1994 in Kraft trat. Darin verpflichteten sich die Länder, für einen dezentralen, flächendeckenden Ausbau der sozialen Dienste zu sorgen.

Mit der Reform der Pflegevorsorge wurde das Hauptziel verfolgt, für pflegebedürftige Menschen einerseits durch eine direkte Geldleistung und andererseits durch ein Angebot an sozialen Dienstleistungen die Möglichkeiten zu einer selbständigen Lebensführung und zur Teilnahme am sozialen Leben zu verbessern. Die Evaluierung von Badelt et.al. hat ergeben, dass die Zielsetzungen dieser Reform in hohem Ausmaß erreicht wurden (Badelt/Holzmann-Jenkins/Matul/Österle, Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Wien 1997).

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass das Pflegegeld in erster Linie den unteren Einkommensschichten zugute kommt. Neben dem oben genannten Ziel leistet das Pflegegeld also auch einen Beitrag zur Armutsbekämpfung.

Im März 2002 erhielten insgesamt **278.721 Personen Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz**. 2001 betrug der Aufwand des Bundes für Leistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz insgesamt 19,635 Mrd. öS (**€ 1,427 Mrd**).

Rund **51.200 Personen** (Stand 12/00) erhalten ein **Pflegegeld der Länder**, davon sind rund 2/3 Frauen. Im Jahr 2000 wurden im Bereich der Länder 3,68 Mrd.öS (**€ 267,43 Mio**) für Leistungen nach den Landespflegegeldgesetzen aufgewendet.

## 2.2. Pflegegeld

### 2.2.1. Novelle zum Bundespflegegeldgesetz, BGBl.I Nr. 69/2001

Mit Wirkung vom 1. Juli 2001 bzw. mit Wirkung vom 1. Jänner 2002 (hinsichtlich der Euroumstellung) ist eine Novelle zum Bundespflegegeldgesetz (BPGG) in Kraft getreten, deren wesentliche Inhalte sind:

#### Euroumstellung

Mit Ablauf des 31. Dezember 2001 hat jener Übergangszeitraum geendet, in dem die nationalen Währungseinheiten bestehen. Danach bildet der Euro die einzige maßgebliche Währungseinheit. Aus diesem Grund war es notwendig, auch im Bundespflegegeldgesetz entsprechende Anordnungen zur Euroumstellung vorzunehmen.

#### Entfall der Altersgrenze

Die gegenständliche Novelle zum BPGG, wurde auch zum Anlass genommen, neben Klarstellungen und redaktionellen Anpassungen vor allem durch den Entfall der Altersgrenze von drei Jahren für die Gewährung eines Pflegegeldes zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen beizutragen. Ein **Anspruch** auf Pflegegeld besteht nunmehr bereits **ab Geburt**.

## 2.3. Familienhospizkarenz und Pflegevorsorge

Im Zusammenhang mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Familienhospizkarenz nach §§ 14a und 14b Arbeitsvertragsrechtsanpassungsgesetz bzw. § 32 Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 oder nach gleichartigen Regelungen im Dienstrecht der Beamten wurden auch **begleitende Maßnahmen** im **Bundespflegegeldgesetz** gesetzt:

- Auf **Antrag der pflegebedürftigen Person** ist das Pflegegeld an die Person **auszuzahlen**, welche die Familienhospizkarenz in Anspruch nimmt, sofern keine stationäre Pflege vorliegt.
- Bei **offenen Verfahren** auf Gewährung oder Erhöhung des Pflegegeldes, wurde eine besondere Vorschussregelung geschaffen, die es ermöglicht schon vor Abschluss des Ermittlungsverfahrens möglichst rasch und unbürokratisch zu helfen. Diese Vorschüsse, die auf **Antrag der pflegebedürftigen Person** gewährt und an die Person, welche die Familienhospizkarenz in Anspruch nimmt, ausgezahlt werden



können, werden in pauschalierter Höhe mindestens im Ausmaß der **Pflegegeldstufe 3** (monatlich € 413,50) erbracht. Sollte bereits ein Pflegegeld in Höhe der Stufe 3 rechtskräftig zuerkannt sein, sind die Vorschüsse mindestens in Höhe der **Pflegegeldstufe 4** (monatlich € 620,30) zu gewähren.

- Überdies wird gewährleistet, dass jene Personen, die Familienhospizkarenz in Anspruch genommen haben, auch hinsichtlich der **Fortsetzungsberechtigung von Verfahren** und der **Bezugsberechtigung** nach dem Ableben der pflegebedürftigen Person **bevorragt** werden.

## 2.4. Qualitätssicherung

Ein eigener Abschnitt in der Novelle zum Bundespflegegeldgesetz ist der Qualitätssicherung gewidmet. Diesem Bereich soll durch seine gesetzliche Verankerung in Hinblick verstärkt Bedeutung zukommen. Zu diesem Zweck ist in der Novelle unter anderem die Möglichkeit für die Entscheidungsträger vorgesehen, Maßnahmen zur Intensivierung der Qualitätssicherung zu ergreifen, wobei insbesondere die Überprüfung der Pflege in Form von Hausbesuchen ein wichtiges Instrument darstellt. Im Mittelpunkt dieser **Hausbesuche** soll aber nicht alleine die **Überprüfung der Pflege** stehen. Ein gleich hoher Stellenwert ist dem an alle an der konkreten Pflege beteiligte Personen gerichtete Angebot, sich bei dieser Gelegenheit zum Thema Pflege **informieren und beraten** zu können, einzuräumen. In diesem Sinne sind die geplanten Hausbesuche auch als Unterstützung der pflegenden Angehörigen gedacht.

Zur Vorbereitung der Implementierung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung wird von der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern derzeit ein **Pilotprojekt** durchgeführt. In dieser Erhebung sollen primär die konkrete Pflegesituation und die Qualität der erbrachten Pflege erhoben und allfällige Defizite erfasst werden.

Nach Vorliegen der Evaluierungsergebnisse soll eine Entscheidung darüber fallen, ob die Maßnahmen des Pilotprojektes einen gangbaren Weg darstellen, dem Gesetzesauftrag Rechnung zu tragen. Sollte sich das Pilotprojekt bewähren, wird eine Implementierung der Maßnahmen bei allen Entscheidungsträgern angestrebt.

Darüber hinaus kann das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen Projekte gemeinnütziger Organisationen der freien Wohlfahrtspflege fördern, so fern diese Belange der Pflegevorsorge beinhalten, von überregionaler Bedeutung sind und insbesondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung oder Öffentlichkeitsarbeit zur Bewusstseinsbildung für Probleme pflegebedürftiger Menschen betreffen.

## 2.5. Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises

Im Sinne eines umfassenden Pflegevorsorgesystems in Österreich wurden die nachstehenden Personengruppen in den anspruchsberechtigten Personenkreis nach dem BPGG einbezogen und können nunmehr ein Pflegegeld vom Bund erhalten:

Mit der Einbeziehungsverordnung 2001, BGBl.II Nr.481/2001, die mit Wirkung vom 1.Jänner 2002 in Kraft getreten ist, wurden die Bezieher eines Ruhe- oder Versorgungsgenusses auf Grund der Pensionsordnung 1982 für die Angestellten der Wiener Börsekammer in den anspruchsberechtigten Personenkreis nach dem BPGG einbezogen. Als Entscheidungsträger für diese Personengruppe fungiert das Bundespensionsamt.

Mit der Einbeziehungsverordnung 2002, BGBl.II Nr.72/2002, die mit Wirkung vom 1.März 2002 in Kraft getreten ist, wurden die Weltpriester der Katholischen Kirche, welche in einer ihren Sitz im Bundesgebiet habenden Diözese inkardiniert oder vorläufig aufgenommen sind und Anspruch auf Bezüge gegen eine dieser Diözesen haben, in den anspruchsberechtigten Personenkreis nach dem BPGG einbezogen. Als Entscheidungsträger für diese Personengruppe fungiert die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten.

## 2.6. Sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger

Durch das Arbeits- und Sozialrechts-Änderungsgesetz 1997 wurde mit Wirkung vom 1.Jänner 1998 im Bereich der Pensionsversicherung die Möglichkeit einer begünstigten Weiterversicherung für Personen geschaffen, die einen nahen Angehörigen mit Anspruch auf Pflegegeld in Höhe der Stufe 5, 6 oder 7 betreuen und aus diesem Grund ihre Erwerbstätigkeit aufgeben mussten. Diese Pflegepersonen werden insofern begünstigt, als der Bund den fiktiven Dienstgeberbeitrag übernimmt und die Pflegeperson daher nicht 22,8% sondern nur 10,25 % der Bemessungsgrundlage als Beitrag zu leisten hat.

Mit der Novelle zum ASVG, BGBl.I Nr.142/2000, wurde mit Wirkung vom 1.Jänner 2001 diese **begünstigte Weiterversicherung** in der Pensionsversicherung für pflegende Angehörige **auf die Pflegegeldstufe 4 ausgedehnt**.

Die Position pflegender Angehöriger wurde weiters gestärkt, als im Zuge der Änderung der beitragsfreien Mitversicherung in der Krankenversicherung mit Wirkung vom 1.Jänner 2001 Angehörige, die Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 beziehen, bzw. Angehörige, die



den Versicherten mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 4 pflegen, nach wie vor beitragsfrei mitversichert sind.

### **2.7. Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gem. Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen (Pflegevorsorgevereinbarung)**

In der Pflegevorsorgevereinbarung wurde u.a. festgelegt, zur Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Pflegevorsorgesystems einen **Arbeitskreis**, bestehend aus Vertretern des Bundes, der Länder, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der wichtigsten Interessenvertretungen einzurichten. Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen hat für die Zeiträume 1. Jänner 1999 bis 31. Dezember 1999 sowie 1. Jänner 2000 bis 31. Dezember 2000 die jährlichen **Berichte über die Entwicklung der Pflegevorsorge** erstellt, die vom Arbeitskreis einhellig angenommen wurden.



### 3. Behindertenpolitik

<b>3.1. Beschäftigungsfördernde Maßnahmen</b> .....	82
3.1.1. Beschäftigungspflicht .....	82
3.1.2. Prämien für Dienstgeber .....	83
3.1.3. Integrative Betriebe .....	83
3.1.4. Individualförderungen .....	84
3.1.5. Europäischer Sozialfonds.....	85
3.1.6. Die Behindertenmilliarde – Eine Beschäftigungsoffensive der österreichischen Bundesregierung für Menschen mit Behinderung .....	85
3.1.7. Novelle zum Behinderteneinstellungsgesetz.....	86
<b>3.2. Weitere Maßnahmen der Behindertenpolitik</b> .....	86
3.2.1. Förderung von Organisationen, Hilfen durch den Unterstützungsfonds .....	86
3.2.2. Tourismus und Behinderung .....	87
3.2.3. Arbeitsgruppe „Behindertensport“ .....	87
3.2.4. Forschung .....	87
3.2.5. Information – Beratung – Service .....	87
3.2.6. Mobiler Beratungsdienst für Kinder und Jugendliche .....	88
3.2.7. Soziale Abfederung der Unfallrentenbesteuerung .....	89
<b>3.3. Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003</b> .....	89



### 3. Behindertenpolitik

#### 3.1. Beschäftigungsfördernde Maßnahmen

##### 3.1.1. Beschäftigungspflicht

Das **Behinderteneinstellungsgesetz** verpflichtet jeden Dienstgeber, der 25 oder mehr Dienstnehmer beschäftigt, auf je 25 Dienstnehmer eine/n nach dem Behinderteneinstellungsgesetz **begünstigte/n Behinderte/n** zu beschäftigen. Kommt ein Dienstgeber diesem gesetzlichen Auftrag nicht oder nicht vollständig nach, so hat er für jeden nicht besetzten Pflichtplatz die **Ausgleichstaxe** zu entrichten. Diese wird jährlich im Nachhinein von den Bundessozialämtern vorgeschrieben. Die Ausgleichstaxe beträgt seit Juli 2001 2.700,- öS (**€ 196,22**); davor belief sich die Höhe der Ausgleichstaxe auf 2.060,- öS (€ 149,71). Die eingehenden Ausgleichstaxen fließen

dem **Ausgleichstaxfonds** zu. Dieser Fonds wird vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen verwaltet und ist mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet. Die Mittel dieses Fonds sind zweckgebunden, und zwar vor allem für die Vergabe von Leistungen direkt an behinderte Menschen sowie an jene Dienstgeber, die Behinderte beschäftigen.

Nachstehend wird ein Überblick über Erträge und Aufwendungen des Ausgleichstaxfonds für den Zeitraum 1990 bis 2001 gegeben.

Zum 31.12.2000 (2001) gehörten insgesamt **80.532 (83.431) Personen** dem Kreis der **begünstigten Behinderten** an; das sind um rund 2.700 (2.900) mehr als 1999 (2000).

2000 (2001) waren bei sämtlichen der Einstellungspflicht unterliegenden Dienstgebern insgesamt **82.641 (84.869) Pflichtstellen** zu verzeichnen. Von diesen Pflichtstellen waren **53.695 (54.818) mit begünstigten Behinderten**

#### Aufwendungen und Erträge des Ausgleichstaxfonds (laut Bilanz) in Mio öS

##### Aufwendungen

Jahr	Transferleistungen	Integrative Betriebe	Sonstige Aufwendungen	Reingewinn	Insgesamt
1990	371	80	26	28	505
1995	494	152	20	149	815
1999	960	133	26	0	1.119
2000	787	225	27	37	1.076
2001	608	179	29	132	948

##### Erträge

Jahr	Vorgeschr. Ausgleichstaxe	Sonstige Erträge	Reinverlust	Insgesamt	Eigenkapital
1990	463	42		505	502
1995	723	92		815	830
1999	632	328	159	1.119	663
2000	796	280		1.076	700
2001	769	179		948	832



besetzt. **28.946 (30.051) Pflichtstellen** waren **unbesetzt**. Insgesamt wurde damit die **Beschäftigungspflicht zu 65% erfüllt**.

Beim **Bund** waren zuletzt von 7.400 Pflichtstellen 1.577 nicht besetzt, die Beschäftigungspflicht war damit zu 78,7% erfüllt. Manche Ministerien - wie das Sozialministerium - haben ihre Einstellungsverpflichtung allerdings bei weitem übererfüllt.

Zwar ist die Einstellungsquote in den letzten Jahren leicht gestiegen, doch ist die Bereitschaft der Dienstgeber, behinderte Menschen einzustellen, nicht so groß, wie es wünschenswert wäre. Die Integration von behinderten Menschen in das Erwerbsleben gestaltet sich damit weiterhin schwierig. Die Zahl der als Arbeit suchend vorgekehrten Behinderten ist nach wie vor sehr hoch. Von den begünstigten Behinderten waren in den Jahren 2000 und 2001 35% nicht erwerbstätig. In dieser Gruppe sind neben arbeitslosen Behinderten auch Pensionsanwärter- und -wärterinnen und Hausfrauen/Hausmänner enthalten.

### 3.1.2. Prämien für Dienstgeber

Die Dienstgeber erhalten für jeden beschäftigten, **in Ausbildung stehenden begünstigten Behinderten eine Prämie** in voller Höhe der Ausgleichstaxe.

Für die Vorschreibungsperiode 2000 wurden für die

- Beschäftigung behinderter Lehrlinge an **134** einstellungspflichtige Dienstgeber **4 Mio.öS** (€ 0,29 Mio) und an **90** nicht einstellungspflichtige Dienstgeber **2 Mio.öS** (€ 0,15 Mio) geleistet.

Weiters erhalten Dienstgeber, die **Arbeitsaufträge an Einrichtungen** erteilen, in denen **überwiegend Schwerbehinderte** tätig sind, **Prämien in Höhe von 15% des Rechnungsbetrages der Arbeitsaufträge**. Aus diesem Titel wurden für 2000 Prämien **im Gesamtbetrag von rund 141 Mio.öS** (€ 10,25 Mio) ausgezahlt, und zwar **110 Mio. öS** (€ 7,99 Mio) an einstellungspflichtige Dienstgeber und **31 Mio. öS** (€ 2,25 Mio) an nicht einstellungspflichtige Dienstgeber.

Neben den Individualförderungen sollen die Prämien den Dienstgebern einen Anreiz bieten, Schwerbehinderte auszubilden, daneben soll über sie auch das Berufsangebot für Behinderte erweitert werden.

### 3.1.3. Integrative Betriebe

Das Behinderteneinstellungsgesetz bietet die Möglichkeit, entsprechend dem Behindertenkonzept der Bundesregierung aus Mitteln des Ausgleichstaxfonds die Schaffung von **Behindertenarbeitsplätzen im Rahmen Integrativer Betriebe** zu fördern.

Die Integrativen Betriebe haben andere Zielsetzungen als Einrichtungen, die im Wesentlichen Beschäftigungs- und Arbeitstherapie bieten. Die Förderung Integrativer Betriebe im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes ist nur möglich, wenn die dort Beschäftigten nach entsprechendem Arbeitstraining eine **wirtschaftlich verwertbare "Leistungsfähigkeit"** aufweisen, die die Basis für eine leistungsgerechte, mindestens jedoch kollektivvertragliche Entlohnung unter Bedachtnahme auf bereits erworbene berufliche Kenntnisse bildet. Die **Beschäftigten** sind damit **voll sozialversichert**.

In den derzeit 8 Integrativen Betrieben in ganz Österreich standen zum 1. Jänner 2002 1.770 Personen, davon **1.415 Behinderte, in Beschäftigung bzw. in Erprobung** oder Lehre. Des Weiteren nahmen per 1. Jänner 2002 64 Behinderte an Ausbildungsprojekten in den Integrativen Betrieben teil.

Die Integrativen Betriebe sollen es den behinderten Menschen ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit so weit zu erhöhen oder wiederzugewinnen, dass sie einen Arbeitsplatz auf dem freien Arbeitsmarkt erlangen können. Für behinderte Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung oder der für sie besonders schwierigen Arbeitsmarktlage nicht in den offenen Arbeitsmarkt eingegliedert werden können, stellen die Integrativen Betriebe auch Dauerarbeitsplätze zur Verfügung.

Die **Durchlässigkeit** von den Integrativen Betrieben in den freien Arbeitsmarkt liegt **derzeit bei ca. 3% jährlich**. Dieser Wert ist beachtlich, bedenkt man, dass in wirtschaftlich und arbeitsmarktpolitisch schwierigen Zeiten die Vermittlungschancen behinderter Menschen besonders stark sinken.

Eine Untersuchung in den integrativen Betrieben ergab unter anderem, dass sich ein Großteil der Behinderten nach diskontinuierlichen Arbeitsbiographien erstmals in einem als positiv eingeschätzten, stabilen Arbeitsverhältnis befindet, durch das auch private und finanzielle Probleme bewältigbar werden.

Die bedürfnisorientierte **Qualifizierung** der Behinderten und der Mitarbeiter, welche Führungsaufgaben wahrzunehmen haben, soll künftig einen wichtigen Bestandteil der Personalentwicklung darstellen.

Zur Weiterentwicklung der erreichten Marktposition und damit zur Sicherung der Arbeitsplätze ist es weiters von großer Bedeutung, dass **offensive Maßnahmen** (z.B. Qualitätssicherung, Erschließung neuer Geschäftsfelder, optimale Arbeitsplatzgestaltung, Einsatz moderner Produktionstechniken) forciert werden. So sind z.B. bereits einige Integrative Betriebe ISO-NORM zertifiziert.

Um die Integrativen Betriebe in die Lage zu versetzen, mit ihren Erzeugnissen auf dem Markt zu bestehen, werden



aus dem Ausgleichstaxfonds, von Arbeitsmarktservice und vom jeweiligen Land Subventionen geleistet. Aus dem Ausgleichstaxfonds werden die aus der Verpflichtung, zumindest 80 Prozent behinderte Menschen zu beschäftigen, resultierenden behinderungsbedingten Mehraufwendungen abgegolten. Die diesbezüglichen Aufwendungen in den Jahren 2000 und 2001 sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Im Jahr 2001 wurde eine Studie zur Erarbeitung von Maßnahmenvorschlägen für eine **Neuordnung der Integrativen Betriebe** in Auftrag gegeben. Ziel der Neuordnung ist es, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung die Flexibilität und Wettbewerbs-

fähigkeit der Integrativen Betriebe zu erhöhen, sodass der Bestand der Integrativen Betriebe auch in Zukunft gesichert ist.

### 3.1.4. Individualförderungen

Um die berufliche Integration von behinderten Arbeitnehmern zu erleichtern, bieten die Bundessozialämter eine Reihe von Förderungsmaßnahmen (wie z.B. Lohnkostenzuschüsse, Lehrlings-/Ausbildungsbeihilfen, PKW-Zuschüsse etc.) an. Die Höhe dieser Förderungen für die Jahre 2000 und 2001 ist aus der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

## Aufwendungen des Ausgleichstaxfonds 2000 und 2001 in Mio. öS (Beträge in Klammer: in Mio. €)

	2000	2001
1. PKW-Zuschüsse	11,0	10,1 (0,7)
2. Lohnkostenzuschüsse	196,1	175,4 (12,7)
3. Studien- und Lehrlingsbeihilfen	4,0	1,6 (0,12)
4. Fahrtkostenzuschüsse f. Rollstuhlfahrer/innen	16,3	16,6 (1,2)
5. Technische Arbeitshilfen	5,1	2,9 (0,2)
6. Zuschüsse zur Existenzgründung	2,1	0,4 (0,03)
7. Zuschüsse zur rollstuhlgerechten Wohnungsadaptierung	14,4	3,7 (0,27)
8. Zuschüsse zu orthopädischen, Blinden- und Hörbehelfen	19,4	12,9 (0,9)
9. Sonstige Mobilitätshilfen	5,2	5,0 (0,36)
10. Sonstige Fürsorgemaßnahmen	6,2	5,6 (0,4)
<b>Summe Individualförderungen</b>	<b>279,8</b>	<b>234,2 (17,0)</b>
11. Prämien (Beschäftigung)	10,3	6,5 (0,5)
12. Prämien (Werkaufträge)	133,4	155,6 (11,3)
<b>Summe Prämien</b>	<b>143,7</b>	<b>162,1 (11,8)</b>
13. Sonderprogramme (inkl. Ausbildungseinrichtungen)	1,3	0,1(7.267)
14. Subventionen an Vereine und Verbände	39,7	38,1 (2,8)
15. Überweisung OFG (ATF intern)	8,8	8,9 (0,65)
16. Aushilfen	7,4	7,3 (0,53)
<b>Summe sonstiger Transferleistungen</b>	<b>57,2</b>	<b>54,4 (3,9)</b>
17. Einrichtung u. Einrichtung	47,1	6,1 (0,44)
18. Jährliche ordentliche Subvention	134,3	129,7 (9,4)
19. Sonstige Aufwendungen	7,3	8,5 (0,6)
<b>Summe integrative Betriebe</b>	<b>188,7</b>	<b>144,3 (10,5)</b>
20. Förderungen im Ziel 1 und Ziel 3 ESF	208,1	120,5 (8,75)
21. Förderungen im Ziel 1 und Ziel 3 ATF	124,8	55,5 (4,0)
<b>Summe Förderungen Ziel 1 und Ziel 3</b>	<b>332,9</b>	<b>176,0 (12,8)</b>
22. Technische Hilfe ESF	0,8	2,6 (0,2)
23. Technische Hilfe ATF	1,0	3,4 (0,25)
<b>Summe Technische Hilfe</b>	<b>1,8</b>	<b>6,0 (0,43)</b>
24. Gemeinschaftsinitiativen/Equal ESF	1,7	2,3 (0,17)
25. Gemeinschaftsinitiativen ATF	1,6	2,4 (0,17)
<b>Summe Gemeinschaftsinitiativen/Equal</b>	<b>3,3</b>	<b>4,7 (0,34)</b>
<b>Gesamtsumme</b>	<b>1.007,4</b>	<b>781,7 (56,8)</b>

Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen



### 3.1.5. Europäischer Sozialfonds

Die Bundessozialämter bieten mit Hilfe des Europäischen Sozialfonds **zusätzliche Programme zur Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit und Heranführung von Menschen mit Behinderung an den Arbeitsmarkt** an. Diese Programme beinhalten Maßnahmen zur Erlangung und Erhaltung von Arbeitsplätzen, berufliche Qualifizierung und Unterstützungsstrukturen. Durchgeführt werden diese Aktivitäten in Unternehmen der freien Wirtschaft, in Selbsthilfefirmen, Arbeitstrainingszentren und in Integrativen Betrieben.

Für die Jahre 2000 und 2001 wurden ca. 329 Mio. öS (€ 23,9 Mio) aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurden aus nationalen Mitteln ca. 335 Mio.öS (€ 24,34 Mio) bezahlt. Davon waren ca. 14.200 Förderfälle betroffen.

#### Arbeitsassistentz

Im Rahmen der Unterstützungsmaßnahmen hat insbesondere die **Arbeitsassistentz** Menschen mit Behinderung beim Einstieg in das Erwerbsleben, bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeiten und bei drohendem Arbeitsverlust beraten und geholfen. Die Arbeitsassistentz wird bedarfsorientiert in allen Bundesländern angeboten. In den Jahren 2000 und 2001 wurden durchschnittlich **4.200 Personen pro Jahr betreut**.

#### Gemeinschaftsinitiative EQUAL

EQUAL ist die aus dem Europäischen Sozialfonds in den Jahren **2000 bis 2006** finanzierte Europäische Gemeinschaftsinitiative. EQUAL löst u.a. die Gemeinschaftsinitiative Employment/Horizon (Eingliederung von Behinderten) ab und hat die Bekämpfung von Diskriminierungen und Ungleichbehandlung jeglicher Art im Zusammenhang mit dem Arbeitsmarkt durch transnationale Zusammenarbeit zum Ziel. Der ESF unterstützt die EQUAL-Projekte mit 50% der Kosten und zahlt in der Förderungsperiode für Österreich rund 238 Mio. öS (**€ 17,3 Mio**). In Österreich werden für die behinderten Menschen Maßnahmen-Schwerpunkte zu den Bereichen Übergang Schule/Beruf, Schnittstelle Beruf/Invaliditätspension sowie Sensibilisierung der Öffentlichkeit gesetzt.

Insgesamt wurden im Jahr 2001 19 Anträge um Förderung der Aktion 1 gestellt. 7 Entwicklungspartner-schaften wurden zur Aktion 1 (Start: 15.November 2001) zugelassen, davon vier zum Schwerpunkt Übergang Schule-Beruf, zwei zum Schwerpunkt neues Bild des Menschen mit Behinderung in der Arbeitswelt und eine zum Schwerpunkt Schnittstelle Beruf-Invaliditätspension.

### 3.1.6. Die Behindertenmilliarde – Eine Beschäftigungsoffensive der Österreichischen Bundesregierung für Menschen mit Behinderung

Auf Grund der schwierigen Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderung wurde seitens der österreichischen Bundesregierung eine Beschäftigungsoffensive („Behindertenmilliarde“) zur Eingliederung dieses Personenkreises in den Arbeitsmarkt gestartet.

Im Zentrum der Maßnahmen zur Verbesserung der Situation behinderter Menschen hat angesichts der hohen Arbeitslosigkeit dieser Personengruppe die berufliche Integration zu stehen. Da aber eine erfolgreiche Eingliederung in das Erwerbsleben ein entsprechendes soziales Umfeld voraussetzt, sind auch Schritte in diese Richtung notwendig.

#### Zielgruppen:

- behinderte Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf oder aus Integrationsklassen, Lernbehinderte sowie sozial und emotional gehandicapte Jugendliche;
- ältere Menschen mit Behinderung, deren Arbeitsplätze durch einen sich verschlechternden Gesundheitszustand gefährdet sind oder die Hilfestellung bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben benötigen;
- Menschen mit psychischen Einschränkungen, geistigen Behinderungen und Sinnesbehinderungen, die generell Integrationsprobleme am Arbeitsmarkt haben.

Trotz dieser Schwerpunktsetzung sollen aber keinesfalls andere Gruppen behinderter Menschen von den Eingliederungsmaßnahmen ausgeschlossen werden. Es sind somit alle Menschen mit Behinderung in diese Maßnahmen einzubeziehen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie mit entsprechender Hilfestellung in den Arbeitsmarkt – zumindest mittelfristig – einzugliedern sind.

#### Maßnahmen zur Integration:

- Integrationsbeihilfen mit befristeter Übernahme der Lohnkosten;
- Entwicklung von Projekten der begleitenden Hilfe am Arbeitsplatz (job coaching);
- Aufbau von Nachreifungsprojekten für behinderte Jugendliche;
- Arbeitsplatzsicherungsbeihilfen für ältere behinderte Menschen;
- Verstärkter Ausbau von Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekten.



## Sozialschutzsysteme / Behindertenpolitik

### Begleitende Maßnahmen:

- Maßnahmen zur Erhöhung der Mobilität von Menschen mit Behinderung;
- Erleichterung des Zuganges zu Informations- und Kommunikationstechnologien;
- Schaffung eines Unternehmer-Services als Dienstleistung für Arbeitgeber zur Beratung etwa über optimale Einsatzmöglichkeiten behinderter Mitarbeiter;
- Auf- und Ausbau der Arbeitsassistenten;
- Verstärkte Förderung der behindertengerechten baulichen und technischen Ausstattung von Betrieben und Arbeitsplätzen.

Mit der Umsetzung der arbeitsmarktpolitischen Zielsetzungen sind die Bundessozialämter betraut.

### Ergebnisse des Jahres 2001

Die Ergebnisse der aus der Behindertenmilliarde finanzierten Maßnahmen stellen sich folgendermaßen dar:

<b>Förderungen</b>	9.979
<b>Geförderte Personen</b>	8.495
	(Anteil weiblich 44%)
<b>Erfolge nach Personen</b>	
Heranführung und Begleitung	2.248
	(Anteil weiblich 65%)
Arbeitsplatzerlangungen	3.170
	(Anteil weiblich 41%)
Arbeitsplatzsicherungen	1.046
	(Anteil weiblich 43%)

Der Erfolgsanteil an den Förderfällen wirkt sich bei den Förderungen aus der Behindertenmilliarde zum Teil erst im Folgejahr aus, da z.B. die Maßnahmen der Arbeitsassistenten zum Jahresende noch nicht bei allen geförderten Personen abgeschlossen waren.

### Aufwand:

Im Jahr 2001 wurden im Rahmen der Beschäftigungsoffensive der Bundesregierung insgesamt 779 Mio. öS (**€ 56,6 Mio**) ausgegeben, wobei 182 Mio. öS (€ 13,2 Mio) auf Individualförderungen entfielen. Für die einzelnen Schwerpunkte wurden nachstehende Summen aufgewendet:

Jugendliche	236 Mio öS (€ 17,1 Mio)
Ältere	30 Mio öS (€ 2,2 Mio)
Personen m. speziellen Schwierigkeiten	417 Mio öS (€ 30,3 Mio)
Begleitende Maßnahmen	21 Mio öS (€ 1,5 Mio)
Soziales Umfeld (z.B. Wohnen, Mobilität)	75 Mio öS (€ 5,5 Mio)

Die Beschäftigungsoffensive wird **2002** fortgesetzt; darüber hinaus werden die im Jahre 2001 getroffenen Maßnahmen einer Evaluierung unterzogen.

### 3.1.7. Novelle zum Behinderteneinstellungsgesetz

Durch die Novelle BGBl I Nr.60/2001 kam es zu zwei wesentlichen Änderungen im Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG).

#### Ausgleichstaxe

Durch die mit Wirksamkeit 1. Juli 2001 erfolgte Erhöhung der Ausgleichstaxe von 2.060,- öS (€ 149,71) auf 2.700,- öS (€ 196,22) pro nicht besetzter Pflichtstelle und Monat soll der Anreiz für Dienstgeber, behinderte Menschen einzustellen, vergrößert werden.

#### Besonderer Kündigungsschutz

Der erhöhte Bestandschutz für begünstigte Behinderte wurde dahingehend modifiziert, dass dieser während der ersten sechs Monate eines neu begründeten Arbeitsverhältnisses im Allgemeinen nicht mehr zum Tragen kommt. Diese Maßnahme bietet Menschen mit Behinderungen verstärkt die Chance, ihr Können unter Beweis zu stellen und damit auch verbreitet anzutreffenden Vorurteilen entgegenzuwirken. Umgekehrt sollen potenzielle Dienstgeber in die Lage versetzt werden, ein Dienstverhältnis mit einem behinderten Menschen ohne das allfällige Hemmnis des erhöhten Kündigungsschutzes einzugehen und sich in diesem Zeitraum von der Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers zu überzeugen.

## 3.2. Weitere Maßnahmen der Behindertenpolitik

### 3.2.1. Förderung von Organisationen, Hilfen durch den Unterstützungsfonds

An die Kriegsofferverbände Österreichs und an andere **Behindertenorganisationen** wurden im Jahr 2000 **39,7 Mio. öS** (€ 2,88 Mio) und im Jahr 2001 **38,1 Mio. öS** (€ 2,76 Mio) aus Mitteln des Ausgleichstaxifonds gezahlt. **Organisationen der freien Wohlfahrtspflege**, welche **Projekte** mit überregionaler Bedeutung in der Behindertenhilfe und der Pflegevorsorge durchführen, wurden 2000 aus allgemeinen Budgetmitteln mit **14 Mio. öS** (rd. € 1 Mio) gefördert; im Jahre 2001 mit **13,6 Mio. öS** (€ 0,98 Mio).

Für **insbesondere mit der Behinderung im Zusammenhang stehende Maßnahmen** wurden **2000** aus den Mitteln des Unterstützungsfonds **Zuwendungen** in der Höhe von **rund 14,1 Mio. öS** (rd. € 1,02 Mio) gewährt; **2001** beliefen sich die Zuwendungen auf **15,14 Mio. öS** (€ 1,1 Mio). Außerdem wurden **behinderten Menschen, welche auf die Benützung eines Kfz angewiesen sind,**



**Mehrbelastungen**, die sich durch die Entrichtung der Normverbrauchsabgabe **bei der Anschaffung von Kraftfahrzeugen** ergeben, abgegolten. Die Aufwendungen dafür betragen im Jahr **2000 rund 47,7 Mio. öS** (€ 3,46 Mio); **2001 rund 51 Mio. öS** (€ 3,7 Mio).

### 3.2.2. Tourismus und Behinderung

Viele Tourismuseinrichtungen sind für eine große Zahl von behinderten und älteren Menschen nicht oder nur mit Schwierigkeiten benutzbar. **Mangelnde Zugänglichkeit von Tourismuseinrichtungen** beeinträchtigt behinderte und ältere Menschen in ihren Reise- und Urlaubsmöglichkeiten und damit in ihren Chancen, ein selbständiges Leben zu führen. Gute Zugangsmöglichkeiten und spezifisches Eingehen auf die Bedürfnisse behinderter und älterer Menschen bewirken eine Zunahme bei der Nachfrage dieser Personengruppen nach Tourismusangeboten. Seitens der Tourismusbranche würde ein Angebot, das auf die Bedürfnisse behinderter und älterer Menschen gezielt Bedacht nimmt, daher das Nutzen einer beachtlichen Marktchance bedeuten.

Ein wichtiges Ziel der österreichischen Behindertenpolitik besteht darin, dass behinderte Menschen die gleichen Möglichkeiten wie Nichtbehinderte zur Gestaltung ihrer Freizeit haben sollen (Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung). Mit der Initiative „Tourismus ohne Barrieren“, in deren Rahmen u.a. im Dezember 2001 Preise für die barrierefreie Gestaltung von Tourismusbetrieben vergeben wurden, sollen sowohl die Tourismusbranche als auch die Bauherren dazu animiert werden, auf die Bedürfnisse der behinderten Menschen verstärkt einzugehen.

Weiters hat das BMSG eine Studie **„Qualitätskriterien im Tourismus für behinderte und ältere Menschen“** vergeben. Durch dieses Projekt soll mittels geeigneter Qualitätskriterien die Bereitschaft der Tourismusanbieter erhöht werden, spezielle Vorkehrungen für behinderte und ältere Menschen zu treffen. Die Kriterien sollen der Tourismusbranche als Leitfaden dienen, ihre Einrichtungen gezielt behindertenfreundlich zu gestalten und vermehrt auch behinderte und ältere Menschen als Gäste zu gewinnen. **Barrierefreiheit** und andere behindertenfreundliche Maßnahmen sollen als Selbstverständlichkeit und als Wettbewerbsfaktor in Tourismusbetrieben verankert werden. Die Kriterien werden in der Homepage des BMSG abrufbar sein. Das Projekt soll im Herbst 2002 fertig gestellt sein.

### 3.2.3. Arbeitsgruppe „Behindertensport“

Im **Regierungsprogramm** wurde als Ziel die weitere Erhöhung der **„Sportförderung besonderer Art“** und besondere Berücksichtigung der Fachverbände und des

Behindertensports ab dem Jahr 2003 festgehalten. Zur Vorbereitung der Umsetzung dieses Ziels haben der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen und die Bundesministerin für öffentliche Leistung und Sport beschlossen, eine **Arbeitsgruppe „Behindertensport“** einzurichten.

Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich – neben der Frage der langfristigen **Finanzierung des Behindertensports** – auch mit folgenden Themen:

- Verstärkter Einsatz des Behindertensports in der **Rehabilitation**,
- Verbesserung der **Breitensport**-Möglichkeiten für behinderte Menschen,
- Maßnahmen zur Förderung des **integrativen Sports** (gemeinsamer Sport behinderter und nichtbehinderter Menschen).

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe wurden in einem Bericht zusammengefasst, der in der Sitzung des Ministerrates vom 19. Februar 2002 zur Kenntnis genommen wurde.

### 3.2.4. Forschung

Die Studie **„Vergleich der Sozialhilfesysteme der österreichischen Bundesländer“** von Univ.Prof. Dr. Walter Pfeil wurde im Jahre 2001 veröffentlicht. Die Studien **„Aktivierende wissenschaftliche Begleitung des Aufbaues der Arbeitsassistenten in Österreich“** und **„Aktivierende wissenschaftliche Begleitung der Qualifizierungsinitiative in den Geschützten Werkstätten gemäß § 11 des Behinderteneinstellungsgesetzes“** vom Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung der Universität Linz wurden im Frühjahr 2002 veröffentlicht. Die Studie **„Neuordnung der integrativen Betriebe nach dem Behinderteneinstellungsgesetz“** von Univ.Prof.Dr.Christoph Badelt wird voraussichtlich im Herbst 2002 veröffentlicht werden.

### 3.2.5. Information – Beratung – Service

Das über 100 Jahre gewachsene österreichische Sozialsystem, das einerseits sehr hoch entwickelt, andererseits aber auch dadurch gekennzeichnet ist, möglichst individuelle menschliche Lebenssituationen rechtlich abzusichern, ist für den einzelnen Bürger nicht mehr überschaubar.

Dem Bedürfnis der Bevölkerung nach Orientierung und beratender Hilfestellung wird daher allgemein durch die Einrichtung von Beratungs-, Auskunft- und Servicetellen entsprochen.



Als unterstützende Maßnahme für die Beratungstätigkeit und Verbesserung der Information der Bevölkerung veröffentlicht das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen eine **Vielzahl von Publikationen**. Die aktuelle **Publikationsliste** sowie die Möglichkeit eines **Bestellservices** findet sich in der **homepage** des BMSG unter [www.bmsg.gv.at](http://www.bmsg.gv.at).

### 3.2.5.1. SozialTelefon

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bietet beim Bürgerservice - SozialTelefon und bei den Sozialservicestellen der Bundessozialämter allgemeine Beratung und Orientierungshilfe im gesamten sozialen Feld. Hochspezialisierte in die Tiefe gehende Beratung in einem eng umgrenzten Fachbereich, wie z.B. Hilfsmittelberatung, Mobiler Beratungsdienst, Beratung für Pflegende runden dieses Leistungsangebot des BMSG und der Bundessozialämter ab.

Beim Bürgerservice - SozialTelefon wurden im Jahre 2000 6.100 Kontaktnahmen zu 8.600 Einzelthemen verzeichnet. Im Jahr 2001 wurden 7.200 Kontaktnahmen zu 10.000 Themenstellungen bearbeitet. Wie seit Jahren liegt der Schwerpunkt bei finanziellen Fragen, gefolgt von den Themen Sozialversicherung/Gesundheit, Behinderung/Pflege und Beruf/Arbeitslosigkeit. Bei den Sozialservicestellen der Bundessozialämter konnten 2000 rund 16.800 Anfragen rat- und Hilfesuchender Personen verzeichnet werden.

### 3.2.5.2. HANDYNET – Österreich

Im Sinne des Behindertenkonzeptes der österreichischen Bundesregierung nahm Österreich seit dem Beitritt in die Europäische Union auch an dem EU-Projekt "HANDYNET - Informationssystem" teil. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es in Österreich keine verwertbare zentrale Dokumentation über technische Hilfsmittel für behinderte Menschen.

Nach dem Auslaufen dieses EU-Projektes wird seit 1999 vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen für behinderte und ältere Menschen in Österreich die nationale **Datenbank HANDYNET-Österreich** erstellt und in Form einer CD-Rom alljährlich veröffentlicht. Seit Februar 2002 ist die Datenbank auch im Internet frei zugänglich und wird mehrmals pro Jahr aktualisiert (<http://handynet-oesterreich.bmsg.gv.at>). Der Hauptzweck von HANDYNET ist, behinderten Menschen beim Erwerb von Hilfsmitteln einen Marktüberblick und die Möglichkeit eines Preisvergleichs zu verschaffen.

#### Inhalt der Datenbank:

- In der **Produkt-Datei** (rund 6.000 Datensätze) sind die Detailinformationen über technische Hilfsmittel des österreichischen Marktes nach der ISO Klassifikation (ÖNORM EN ISO 9999) dokumentiert und nach

alphabetisch geordneten Produktgruppen, in Lebens- und Einsatzbereiche, nach Kinderprodukten und nach Marken gegliedert. Die Datensätze enthalten technische Beschreibungen hinsichtlich Funktion, Maße, Material, Zubehör, etc sowie eine freie Beschreibung mit vielen Fotos und die Angabe von Richtpreisen.

- In der **Organisations-Datei** (rund 1.600 Datensätze) sind Händler, Behindertenorganisationen, Vereine und anderen Institutionen, die im Dienste der behinderten Menschen tätig sind, nach Art der Organisation, Arbeitsbereich, Tätigkeit, Zielgruppen, Marken / Lieferanten und in geographischer Hinsicht dokumentiert. Die Datensätze enthalten Anschrift- und Kontaktinformationen, Links zu E-Mail- und Internetadressen sowie freie Beschreibungen der Organisationen.
- In der **Pflegeheim-Datei** (rund 760 Datensätze) sind die Alten- und Pflegeheime des Bundesgebietes geographisch erfasst.

### 3.2.6. Mobiler Beratungsdienst für Kinder und Jugendliche

Die Mobilen Beratungsdienste wurden 1976 als ein Angebot der Bundessozialämter gegründet. Heute gibt es Mobile Beratungsdienste im Burgenland, in der Steiermark, in Oberösterreich, Salzburg, Kärnten und Wien.

Die Dienste arbeiten als interdisziplinäre Teams, bestehend aus Diplomierten Sozialarbeiterinnen- und arbeiterinnen, Psychologen und Psychologinnen, Fachärzten und Fachärztinnen für Kinderheilkunde bzw. Kinderneuropsychiatrie und anderem Fachpersonal. Sie beraten und betreuen Kinder und Jugendliche, die von körperlichen, geistigen und/oder psychosozialen Beeinträchtigungen betroffen oder bedroht sind. Die Teams handeln nach den Prinzipien der **Prävention** und der bestmöglichen **Integration** in alle Lebensbereiche. Das Angebot umfasst insbesondere das Erstellen von Diagnosen und Gutachten, psychosoziale Intervention, die Planung individueller Therapien, Information über Hilfsangebote und Unterstützung beim Umgang mit Behörden.

Der Zugang zu den Leistungen ist freiwillig und kostenlos, die Teams sind in den Bundesländern klientennah lokalisiert und machen auch Hausbesuche. Schwerpunkte der Tätigkeit sind die Frühförderung und die Begleitung der Klienten und Klientinnen an der Schnittstelle Schule – Beruf durch die Umsetzung der „Behindertenmilliarde“/Clearing.

Die Mobilen Beratungsdienste sind dem Gedanken der Kundennähe und -zufriedenheit besonders verpflichtet. Daher gewährleisten **Maßnahmen der Qualitätssicherung**, dass das Angebot ständig verbessert wird.



Im Jahr 2001 betreuten die Mobilen Beratungsdienste **2.650 Kinder und Jugendliche** bzw. deren Familien (davon 1.097 erstmalig). Die Teams führten 12.416 persönliche Beratungsgespräche, davon 1.442 im Rahmen von Hausbesuchen.

### 3.2.7. Soziale Abfederung der Unfallrentenbesteuerung

Gemäß §§ 33f des Bundesbehindertengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr.60/2001 können Beziehern von Unfallrenten zur Vermeidung sozialer Härten, die aus der seit 1.Jänner 2001 geltenden Besteuerung dieser Leistungen entstehen, Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung gewährt werden.

Bezieherinnen und Bezieher von Unfallrenten, deren nach § 33 des Einkommensteuergesetzes zu versteuerndes Einkommen den Jahresbetrag von 230.000,- öS (€ 16.714,75) nicht übersteigt, erhalten die gesamte aus der **Besteuerung** resultierende Mehrbelastung **abgegolten**. Personen, deren Jahreseinkommen diesen Betrag übersteigt, wird im Sinne einer Einschleifregelung jener Teil der Mehrbelastung refundiert, die den Betrag, um den das Einkommen über der genannten Grenze liegt, überschreitet (beträgt das Jahreseinkommen beispielsweise 240.000,- öS und beläuft sich die Mehrbelastung auf 20.000,- öS, so werden 10.000,- öS abgegolten).

Für Personen, für die die Besteuerung der Unfallrenten eine besondere soziale Härte darstellt, kann darüber hinaus nach Maßgabe eigens erlassener Richtlinien eine teilweise Abgeltung der Mehrbelastung erfolgen.

### 3.3. Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003

Der Europäische Rat von Nizza hat im Dezember 2000 die Europäische Sozialagenda verabschiedet und u.a. folgendes Ziel festgehalten: Die Weiterentwicklung, insbesondere im Rahmen des Europäischen Jahres der Behinderten (2003), sämtlicher Maßnahmen zugunsten einer besseren Eingliederung behinderter Personen in alle Bereiche des sozialen Lebens. In der Folge wurde im Dezember 2001 der Beschluss über das „**Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003**“ gefasst. Zur Finanzierung stellt die EU € 12 Mio. als Gesamtsumme für das „Behindertenjahr“ an Geldmitteln zur Verfügung (bis zu 50% EU-Bezuschussung für nationale Maßnahmen). Auf Österreich entfallen davon € 335.000 (4,6 Mio.öS).

Die EU verfolgt mit dem „Behindertenjahr“ die folgenden Ziele:

- a) Sensibilisierung für den Diskriminierungsschutz und die Gleichberechtigung behinderter Menschen;
- b) Förderung der Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen;
- c) Förderung beispielhafter Verfahren und Strategien (Best Practice Modelle);
- d) Stärkung der Zusammenarbeit aller Beteiligten im Behindertenbereich;
- e) Positive Darstellung der Menschen mit Behinderungen;
- f) Sensibilisierung für die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderungen und die Vielfalt der Behinderungen;
- g) Sensibilisierung für die vielfältigen Formen der Diskriminierung behinderter Menschen;
- h) Besondere Sensibilisierung für die Rechte behinderter Kinder und Jugendlicher im Bildungsbereich.

Zur Umsetzung des „Behindertenjahres“ plant die Europäische Kommission die Organisation von Treffen, die Organisation von Veranstaltungen und Konferenzen, Information und Werbung sowie Studien.

In Österreich wurden mit dem Ministerratsbeschluss vom 10.Juli 2001 folgende **Schwerpunkte** festgelegt:

- **Sensibilisierung** der Bevölkerung für ein verändertes Bild von Menschen mit Behinderungen,
- Erstellung eines **Berichtes der Bundesregierung** zur Lage behinderter Menschen in Österreich,
- **Beschäftigungsoffensive** der Bundesregierung für Menschen mit Behinderungen („Behindertenmilliarde“),
- **Barrierefreiheit im umfassenden Sinn**,
- Zehn Jahre Reform der **Pflegevorsorge**.

Für die Koordinierung und die Durchführung auf nationaler Ebene muss jeder Mitgliedsstaat eine nationale Koordinierungsstelle vorsehen. In Österreich ist diese Stelle – entsprechend dem Bundesministerien-gesetz – das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Der **Bundesbehindertenbeirat** wird in seiner durch das Bundesbehindertengesetz vorgegebenen Besetzung - erweitert durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur sowie das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie - die in Österreich vorgesehenen Maßnahmen vorbereiten und begleiten.



Nach den Vorgaben der EU sollen die Maßnahmen zur Durchführung des „Behindertenjahres“ sowohl auf europäischer Ebene als auch auf Ebene der Mitgliedstaaten (nationale, regionale und lokale Ebene) gesetzt werden. Dabei können vor allem **Aktivitäten der Behindertenorganisationen** finanziell unterstützt werden, wenn sie den Zielen des Europäischen Behindertenjahres und den Förderungsbedingungen des BMSG entsprechen.

Die organisatorische Umsetzung des „Behindertenjahres“ in Österreich wird nach einer öffentlichen Ausschreibung extern vergeben werden. Nach einer weiteren Ausschreibung wird im Jahr 2003 eine Medienkampagne zu diesem Thema stattfinden.

Im Jahre 2004 wird sowohl auf europäischer als auch auf österreichischer Ebene ein Bericht über Durchführung, Ergebnisse und Gesamtbeurteilung des „Behindertenjahres“ vorgelegt.



## 4. Sozialentschädigung

4.1. Kriegsopferversorgung.....	92
4.2. Kriegsgefangenenentschädigungen .....	92
4.3. Heeresversorgung.....	92
4.4. Opferfürsorge.....	92
4.5. Entschädigung von Verbrechensopfern.....	93
4.6. Impfentschädigung .....	93



## 4. Sozialentschädigung

### 4.1. Kriegsoferversorgung

Österreichische Staatsbürger, die für die Republik Österreich, die Österreichisch-Ungarische Monarchie oder nach dem 13. März 1938 für die deutsche Wehrmacht militärischen Dienst geleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung erlitten haben, gelten als Kriegsoferversorgungsgesetz.

Auch Zivilpersonen, die durch militärische Handlungen oder durch Einwirkung von Waffen unverschuldet eine Gesundheitsschädigung erlitten haben, gehören zu diesem Personenkreis.

Die Leistungen nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957 wurden in den Jahren 2001 und 2002 jeweils mit dem für den Bereich des ASVG festgesetzten Anpassungsfaktor erhöht (+0,8% bzw. 1,1%).

Die Zahl der Versorgungsberechtigten ist zwischen 1990 und 2001 von 128.040 auf **66.904 Personen** gesunken (-47,7%). Der finanzielle Gesamtaufwand ist in diesem Zeitraum von 6,177 Mrd.öS (€ 448,9 Mio) auf **4,716 Mrd. öS** (€ 342,72 Mio) zurückgegangen. Am 1. Jänner 2002 bezogen 62.177 Personen (davon 33.304 Hinterbliebene, das sind 53,6%) Leistungen nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957.

### 4.2. Kriegsgefangenenentschädigung

Mit 1. Jänner 2001 trat das Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz (KGEG) in Kraft (BGBl I Nr.142/2000).

Dieses Bundesgesetz sieht für österreichische Staatsbürger, die im Verlauf des Zweiten Weltkrieges in Kriegsgefangenschaft mittelost- oder osteuropäischer Staaten gerieten und die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, je nach Dauer der Gefangenschaft gestaffelte Entschädigungsleistungen vor. Mit der am 1. Jänner 2002 in Kraft getretenen Novelle zum KGEG (BGBl.I Nr.40/2002) erhalten nunmehr auch Personen, die im Verlauf des Zweiten Weltkrieges in Kriegsgefangenschaft westallierter Mächte gerieten, zivilinternierte Personen, die außerhalb Österreichs festgenommen wurden, Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben sowie Kriegsgefangene des Ersten Weltkrieges eine Entschädigungsleistung nach dem KGEG.

Mit Stichtag 1.1.2002 bezogen 25.103 Personen eine Leistung nach dem KGEG. Der finanzielle Aufwand dafür betrug im Jahr 2001 80 Mio.öS (€ 5,8 Mio).

### 4.3. Heeresversorgung

Präsenzdiener (z.B. Grundwehrdiener, Teilnehmer an Truppen- und Kaderübungen bzw. an freiwilligen Waffenübungen) und Frauen im Ausbildungsdienst, die im Zusammenhang mit ihrer Dienstleistung eine Gesundheitsschädigung erleiden, erhalten Hilfe nach dem Heeresversorgungsgesetz. Ein Versorgungsanspruch besteht auch dann, wenn die Schädigung auf einen Wegunfall - z.B. Unfall mit dem PKW auf der Fahrt von der Wohnung zur Kaserne - zurückzuführen ist. Weiters sind Zivilpersonen, die durch Waffen, Fahrzeuge oder militärische Handlungen des Bundesheeres verletzt wurden, und Hinterbliebene nach all diesen Personen versorgungsberechtigt.

**Seit 1990** ist die **Zahl der Versorgungsberechtigten** um rund ein Drittel auf **1.718** zum Jahresbeginn 2001 bzw. 1.717 (davon 86 Hinterbliebene, das sind 5,0%) zum Jahresbeginn 2002 **gestiegen**. Der **finanzielle Aufwand** betrug 2001 **119 Mio. öS** (€ 8,65 Mio) und hat sich seit dem Jahr 1990 um mehr als die Hälfte erhöht.

### 4.4. Opferfürsorge

Durch das 1945 geschaffene Opferfürsorgegesetz werden die Opfer des Widerstandskampfes und der politischen Verfolgung, die in der Zeit vom 6. März 1933 bis zum 9. Mai 1945 geschädigt wurden, umfassend versorgt.

Von 1990 bis 2001 ist die Zahl der Empfänger/innen wiederkehrender Geldleistungen nach dem Opferfürsorgegesetz (Renten- und Beihilfempfangen) um mehr als ein Viertel von 3.552 auf **2.350 Personen zurückgegangen** (Stand 1.1.2002: 2.235 Personen, davon 872 Hinterbliebene, das sind 39,0%).

Die budgetären Aufwendungen sanken im gleichen Zeitraum von 263 Mio.öS (€ 19,11 Mio) auf **201 Mio. öS** (€ 14,6 Mio).

Die am 1. März 2002 in Kraft getretene Novelle zum OFG (BGBl.I Nr.12/2001 bzw. BGBl.I Nr.41/2002) sieht einen Entfall der österreichischen Staatsbürgerschaft als Anspruchsvoraussetzung für Rentenbezüge sowie Leistungen in der Höhe der sieben Pflegegeldstufen für Personen vor, die aufgrund der Verfolgung emigrieren mussten und aus diesem Grund im Ausland leben.



#### 4.5. Entschädigung von Verbrechensopfern

Das Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen sieht Hilfeleistungen für österreichische Staatsbürger und EWR-Bürger vor, die durch ein mit Vorsatz begangenes Verbrechen oder als unbeteiligte Dritte an einer verbrecherischen Handlung eine Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung erlitten haben und dadurch in ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert sind. Im Fall der Tötung des Opfers wird den Hinterbliebenen Hilfe geleistet.

Zum Jahresbeginn 2001 erhielten 116 Personen bzw. zum Jahresbeginn 2002 124 Personen (davon 55 Hinterbliebene, das sind 44,4%) finanzielle Zuwendungen für Verdienst- bzw. Unterhaltentgang.

Der Gesamtaufwand betrug im Jahr 2001 19,1 Mio. öS (**€ 1,38 Mio**) und hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt.

#### 4.6. Impfschadenentschädigung

Das Impfschadengesetz räumt jenen Personen einen Entschädigungsanspruch ein, die durch eine gesetzlich vorgeschriebene (das war bis 1980 die Schutzimpfung gegen Pocken) oder eine empfohlene Impfung eine Gesundheitsschädigung erlitten haben.

Zum Jahresbeginn 2001 erhielten 76 Personen (Stand 1.1.2002: 75 Personen) wiederkehrende Geldleistungen. Der Gesamtaufwand im Jahr 2001 belief sich auf 27,8 Mio.öS (**€ 2 Mio**) und hat sich seit 1990 nahezu verdoppelt.







## 5. Sozialhilfe

<b>5.1. Kompetenzsituation</b> .....	96
<b>5.2. Leistungen der Sozialhilfe</b> .....	96
5.2.1. Allgemeines .....	96
5.2.2. Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes .....	96
5.2.3. Leistungen zum Lebensunterhalt .....	96
5.2.4. Hilfe in besonderen Lebenslagen .....	97
5.2.5. Soziale Dienste .....	97
<b>5.3. Bezieher/innen von Sozialhilfe und Sozialhilfeleistungen</b> .....	97
<b>5.4. Weiterentwicklung des Sozialhilferechts</b> .....	97



## 5. Sozialhilfe

### 5.1. Kompetenzsituation

Da der Bund von seiner Grundsatzgesetzgebungskompetenz (Art.12 B-VG "Armenwesen") keinen Gebrauch gemacht hat, konnten die Länder gemäß Art.15 Abs.6 B-VG diesen Rechtsbereich frei regeln. Die in den siebziger Jahren verabschiedeten und in der Zwischenzeit zum Teil novellierten bzw. neu beschlossenen Sozialhilfegesetze der Länder gehen, gestützt auf die Generalklausel des Art.15 Abs.1 B-VG, weit über den Kompetenztatbestand "Armenwesen" im Sinne des Art.12 Abs.1 Z 1 B-VG - Vorsorge für den unentbehrlichen Lebensunterhalt - hinaus. Das Sozialhilferecht liegt somit derzeit im Wesentlichen sowohl in der Gesetzgebung als auch in der Vollziehung im selbständigen Wirkungsbereich der Länder.

### 5.2. Leistungen der Sozialhilfe

#### 5.2.1. Allgemeines

Leistungen der Sozialhilfe sollen die Führung eines menschenwürdigen Lebens ermöglichen und zielen auf die Wiedererlangung der Selbsthilfefähigkeit des Hilfs-

bedürftigen. Potentielle Leistungsempfänger sind grundsätzlich diejenigen, die ihren Lebensbedarf nicht in ausreichendem Maß aus eigenen Kräften oder Mitteln decken können und auch von Dritten keine entsprechenden Leistungen erhalten. Dabei ist auf die konkrete Situation des Hilfe Suchenden unter Berücksichtigung seiner familiären Verhältnisse abzustellen.

Die einzelnen **Sozialhilfegesetze** der Länder unterscheiden im Wesentlichen zwischen der **Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes, der Hilfe in besonderen Lebenslagen und den sozialen Diensten**.

#### 5.2.2. Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes

Der Lebensbedarf umfasst den Lebensunterhalt, die Pflege, die Krankenhilfe, die Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen sowie die Hilfe zur Erziehung und Erwerbsbefähigung. Für die Deckung dieser Bedarfe sind durchwegs Rechtsansprüche vorgesehen.

#### 5.2.3. Leistungen zum Lebensunterhalt

Zum Kern des Lebensunterhaltes zählen nach den einzelnen Sozialhilfegesetzen der Länder die Bedarfe für Unterkunft, Nahrung, Bekleidung, Beheizung, Körperpflege, Pflege der Beziehungen zur Umwelt und die Teilhabe am kulturellen Leben.

### Sozialhilfe-Richtsätze 2002 € pro Monat (in Klammer: öS)

	Alleinunterstützte	Hauptunterstützte	Mitunterstützte	
			mit Familienbeihilfeanspruch	ohne
Burgenland erhöhter RS	382,10 (5257,80) 432,60 (5952,70)	324,50 (4465,20) 375 (5160,10)	224,30 (3086,40) 265,40 (3652,-)	94,20 (1296,20) 135,30 (1861,80)
Kärnten erhöhter RS	390 (5366,50) 457 (6288,40)	322 (4430,80) 390 (5366,50)	235 (3233,70)	116 (1596,20)
Niederösterreich	458,10 (6303,60)	402,30 (5535,80)	209,50 (2882,80)	124,20 (1709,-)
Oberösterreich erhöhter RS	496,50 (6832,-) 515,20 (7089,30)	451 (6205,90) 469,60 (6461,80)	268,40 (3693,30) 304,40 (4188,60)	138,- (1898,90)
Salzburg	392,- (5394,-)	353,- (4857,40)	226,- (3109,80)	105,- (1444,80)
Steiermark	460,- (6329,70)	420,- (5779,30)	280,- (3852,90)	142,- (1954,-)
Tirol	391,10 (5381,60)	334,60 (4604,20)	232,60 (3200,60)	130,10 (1790,20)
Vorarlberg	438,90 (6039,40)	368,40 (5069,30)	235,- (3233,70)	143,10 (1969,-)
Wien erhöhter RS	390,33 (5371,-) 607,26 (8356,-)	380,55 (5236,50) 670,91 (9231,90)	195,47 (2689,70)	117,03 (1610,40)

Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen



Die Geldleistungen zur Deckung des Lebensunterhaltes sind unter Zugrundelegung der Richtsätze zu bemessen. Die meisten Länder sehen **drei Richtsatzarten** vor. Diese gelten für die Kategorie Allein-, Haupt- und Mitunterstützte, wobei bei den Mitunterstützten noch differenziert wird, ob Familienbeihilfe beansprucht werden kann oder nicht.

Aus der Höhe der Richtsätze allein kann noch nicht auf die Stellung der Sozialhilfeempfänger in den einzelnen Ländern und damit auf das "sozialpolitische Niveau" geschlossen werden. Vielmehr ist zu berücksichtigen, welcher Bedarf mit dem jeweiligen Richtsatz abgedeckt werden soll, insbesondere inwieweit über die jeweiligen Richtsätze hinaus auch der Unterkunftsbedarf gedeckt wird und sonstige Leistungsmöglichkeiten bestehen.

In einigen Sozialhilfegesetzen sind für Hilfe Suchende, die voraussichtlich für längere Zeit auf Hilfe angewiesen sind, **erhöhte Richtsätze** vorgesehen. Damit soll der besondere, regelmäßig höhere Bedarf der betreffenden Personen pauschal abgegolten werden. **Voraussetzung ist in der Regel die Erwerbsunfähigkeit.**

In allen Ländern besteht ein Anspruch auf zusätzliche Leistungen zum jeweiligen Richtsatz zur (wenigstens teilweisen) Deckung des **Bedarfes für Unterkunft**. Es wird durchwegs ein Geldbetrag zur Bestreitung der Aufwendungen für die Unterkunft gewährt, wobei die Höhe in den einzelnen Ländern unterschiedlich determiniert ist.

Zusätzlich zum monatlichen Richtsatz und dem Unterkunftsbedarf sind in allen Ländern **Sonderzahlungen** vorgesehen, die zum Teil einer Zweckbindung (z.B. für Bekleidung und Beheizung) unterliegen.

In allen Ländern außer Tirol sind ausdrücklich für im Einzelfall nicht gedeckte Bedarfe im Rahmen des Lebensunterhaltes "**Auffangtatbestände**" vorgesehen. Es handelt sich hier meist um bloß anlassbezogene, einmalige Leistungen.

In den meisten Ländern finden sich **Deckelungen** der aus dem Titel Lebensunterhalt zu gewährenden Leistungen. Diese dürfen im Regelfall den betreffenden Höchstbetrag nicht überschreiten.

#### 5.2.4. Hilfe in besonderen Lebenslagen

Die Hilfe in besonderen Lebenslagen umfasst nach den einzelnen Sozialhilfegesetzen der Länder in der Regel die Hilfe zum Aufbau und zur Sicherung der wirtschaftlichen Lebensgrundlage, die wirtschaftliche und personelle Hilfe zur Überbrückung außergewöhnlicher Notstände, die Hilfe zur Behebung oder Linderung eines körperlichen, geistigen oder psychischen Notstandes und die Hilfe zur Beschaffung oder Erhaltung von Wohnraum. Auf

die Hilfen in besonderen Lebenslagen besteht kein Rechtsanspruch, sie werden von den jeweiligen Rechtsträgern als Träger von Privatrechten gewährt.

#### 5.2.5. Soziale Dienste

Soziale Dienste zielen auf eine Hilfestellung bei der Bewältigung von sozialen Problemlagen ab, die in der gesamten Bevölkerung in gewissen Situationen regelmäßig auftreten und mit materieller Hilfe (allein) nicht bewältigt werden können. Formen sozialer Dienste sind im Wesentlichen die **Vorsorge für Alters- bzw. Pflegeheime, für einen Essenzustelldienst, die Gewährung von Hauskrankenpflege und Familienhilfe, die Einrichtung von Beratungsdiensten sowie die Förderung geselliger Kontakte bzw. die Teilnahme am kulturellen Leben**. Die Vorsorge für soziale Dienste bzw. die Erbringung derartiger Leistungen erfolgt in allen Ländern durch die jeweiligen Rechtsträger als Träger von Privatrechten, es besteht somit kein Rechtsanspruch auf derartige Maßnahmen.

#### 5.3. Bezieher/innen von Sozialhilfe und Sozialhilfeleistungen

Die letzten vorliegenden Daten beziehen sich auf das Jahr 1999. Ende 1999 betrug die **Zahl der Allein-, Haupt- und Mitunterstützten in der offenen Sozialhilfe** (Gewährung der Sozialhilfe an Personen in Privathaushalten) **62.922 Personen**. Die Zahl der **Sozialhilfebezieher/bezieherinnen in Altenwohn- und Pflegeheimen** betrug **57.889 Personen**.

Im Rahmen der durch Richtsätze festgelegten Geldleistungen der offenen Sozialhilfe für Allein-, Haupt- und Mitunterstützte sowie für Mietbeihilfen wurden laut den Rechnungsabschlüssen der **Länder 1999 rd. 1,55 Mrd. öS (€ 112,64 Mio) ausgegeben**. Die Ausgaben für **Sachleistungen im Bereich der Sozialen Dienste lagen bei ca. 3,7 Mrd. öS (€ 268,88 Mio)**. Darüber hinaus haben die Länder **Zuzahlungen für Unterbringungskosten in Alten- und Pflegeheimen** in der Höhe **von rd. 11 Mrd. öS (€ 800 Mio)** geleistet. **Quelle:** Statistische Nachrichten 8/2001, Statistik Österreich)

#### 5.4. Weiterentwicklung des Sozialhilferechts

Die Sozialhilfegesetze der Länder, die sich in den letzten Jahrzehnten verschieden entwickelt haben, weisen zum Teil erhebliche Unterschiede auf. Diese Unterschiede reichen von den Leistungsansprüchen samt deren Höhe bis hin zu den Bestimmungen, die die Ersatzpflicht regeln. Auf Grundlage der vom Sozialministerium in Auftrag gegebenen Studie über die Sozialhilfesysteme der Länder (Walter J.Pfeil, Vergleich der Sozialhilfesysteme



der Länder, Hrsg.: BMSG, Wien 2001) wurde im Herbst 2001 eine Arbeitsgruppe mit Vertretern des Bundes und der Länder unter der Federführung des BMSG eingerichtet. Die Arbeitsgruppe setzt sich mit Fragen der **Harmonisierung im Sozialhilferecht** auseinander. Ziel der Beratungen ist eine Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über gemeinsame Qualitätsstandards in der Sozialhilfe, die wesentliche Grundsätze einer modernen und für die Betroffenen transparenten Sozialhilfe enthalten soll.



## 6. Familienleistungen

<b>6.1. Familienpolitische Entwicklung</b> .....	100
<b>6.2. Familienlastenausgleichsfonds</b> .....	100
6.2.1. Familienbeihilfe .....	101
6.2.2. Kinderbetreuungsgeld .....	103
6.2.3. Andere Leistungen des FLAF .....	105
<b>6.3. Familienhospizkarenz</b> .....	106
<b>6.4. Steuerliche Berücksichtigung von Familien</b> .....	106
<b>6.5. Familienpolitische Leistungen der Länder</b> .....	107
<b>6.6. Familienpolitische Leistungen der Sozialversicherung</b> .....	108



## 6. Familienleistungen

### 6.1. Familienpolitische Entwicklung

Im Koalitionsabkommen der seit Februar 2000 amtierenden Bundesregierung ist im Kapitel **Familienpolitik als Schwerpunkt der Legislaturperiode** vor allem die Einführung des Kinderbetreuungsgeldes vorgesehen. Außerdem sollen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf verstärkt und die Angebote der Elternbildung ausgebaut werden.

Am 5. Juli 2001 wurde im Nationalrat die Einführung des **Kinderbetreuungsgeldes** beschlossen. Diese neue familienpolitische Geldleistung gilt für Geburten ab 2002 und tritt an die Stelle des Karenzgeldes, das als Versicherungsleistung für die auslaufenden Fälle (Geburten bis 31.12.2001) weiter bestehen bleibt. Als allgemeine Familienleistung ist das Kinderbetreuungsgeld (KBG) für alle Eltern ohne das Erfordernis zuvor ausgeübter (unselbständiger) Erwerbstätigkeit vorgesehen.

Mit 2002 kam es außerdem zur **Anhebung des Mehrkindzuschlages ab dem dritten Kind**.

Mit der Wiedereinführung der Heimfahrtbeihilfe für Schüler/innen (Abschaffung erfolgte 1995) und Einführung der Heimfahrtbeihilfe für Lehrlinge per 1. September 2002 wird der zusätzliche finanzielle Aufwand, der den Familien durch eine notwendige Zweitunterkunft zu Ausbildungszwecken ihrer Kinder entsteht, durch eine nach Entfernung gestaffelte, pauschale Unterstützung wesentlich gemindert.

Eine aus familienpolitischer Perspektive bedeutende Erweiterung der Arbeitsfreistellung ist die Einführung der **Familienhospizkarenz** mit Juli 2002.

### 6.2. Familienlastenausgleichsfonds

Die gesetzliche Grundlage für den Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) bildet das Familienlastenausgleichsgesetz (FLAG) 1967, dessen Anfänge auf das Jahr 1948 zurückgehen. Die damals für Familienerhalter geschaffene Ernährungsbeihilfe wurde bald durch die Kinderbeihilfe abgelöst und ein eigener Fonds eingerichtet. Dessen Mittel wurden durch einen Lohnverzicht der Arbeitnehmer/innen aufgebracht (Finanzierung setzt bei der Lohnsumme an). Mit 1955 trat dann der allgemeine Familienlastenausgleich in Kraft. Die Leistungen wurden - im Sinne des Grundsatzes des **horizontalen Lastenausgleichs** - auf alle Familien ausgedehnt.

Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen hat eine zweckgebundene Gebarung im Bundesbudget.

Die **Ausgaben** des FLAF beliefen sich im Jahr 2000 auf 57,9 Mrd.öS (€ 4,322 Mrd) und im Jahr 2001 auf 61,833 Mrd.öS (€ 4,493 Mrd); die **Einnahmen** beliefen sich im Jahr 2000 auf 59,3 Mrd.öS (€ 4,312 Mrd) und im Jahr 2001 auf 61,664 Mrd.öS (€ 4,481 Mrd). Für das Jahr 2002 sind laut BVA Ausgaben von € 4,571 Mrd (62,896 Mrd.öS) und Einnahmen von € 4,558 Mrd (62,719 Mrd.öS) vorgesehen.

Die für die Jahre 1999, 2000 und 2001 angefallenen Überschüsse des FLAF in der Höhe von insgesamt rund € 1,017 Mrd (14 Mrd.öS) wurden zur Finanzierung des Kinderbetreuungsgeldes und der Kindererziehungszeiten verwendet.

Die größte Einnahmequelle des FLAF stellen die Dienstgeberbeiträge (ursprünglich ein Lohnverzicht) in der Höhe von derzeit 4,5% der Lohnsumme dar. 2000 waren es 43,2 Mrd.öS, 2001 waren es 44,9 Mrd.öS (BVA 2002: € 3,357 Mrd bzw. 46,2 Mrd.öS). Die Abgeltung von Ansätzen für die Einkommensteuer als weitere Einnahme bilden die Abgeltung des seit 1978 über den FLAF ausbezahlten (ehemaligen) Kinderabsetzbetrages in der Höhe von gleichbleibend € 690 Mio bzw. 9,5 Mrd.öS. Die Anteile der Einkommens- und Körperschaftssteuer in der Höhe von € 435,- Mio bzw. 5,9 Mrd.öS (2001: 6,2 Mrd.öS, 2000: 5,5 Mrd.öS) zeigen den Beitrag der Selbstständigen und freien Berufe. Dabei handelt es sich nicht um einen Zuschlag zu diesen Steuern für den FLAF, sondern um einen Anteil davon.

In der Größenordnung dieser **Struktur der Einnahmen** hat sich seit 1970 wenig geändert, bleibt die Abgeltung von Steuern unberücksichtigt. 1978 und 1981 wurden die Beiträge für den FLAF um insgesamt 1,5%-Punkte von 6% auf 4,5% der Lohnsumme gesenkt, was eine diesbezügliche Einnahmensenkung von 25% bedeutet.

Im Gegensatz zur **Struktur** der Einnahmen hat sich jene der **Ausgaben** wesentlich verändert: 1970 lag der Anteil der Familienbeihilfe an den Ausgaben bei fast 90% und 1989 bei rd. 70%. Noch immer bildet die Familienbeihilfe die größte Position mit 37,4 Mrd.öS im Jahr 2001 (37,3 Mrd.öS im Jahr 2000, BVA 2002: € 2,695 Mrd) bzw. einem Anteil von über 60% der Ausgaben; dieser Anteil wird ab 2002 mit der Zahlung des Kinderbetreuungsgeldes noch geringer werden.

Die **Aufgaben des FLAF** sind seit 1970 **vielfältiger** geworden. Dies betraf die längste Zeit die Schaffung von Sachleistungen oder die Zunahme von Vergütungen an andere Budgets (z.B. Wochengeld, Karenzgeld, Pensionsversicherungsbeiträge, Verkehrsverbände, Mutter-Kind-Pass u.ä.). Mit der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes hat der Anteil der direkten Geldleistungen und damit das Prinzip des unmittelbaren familienpolitischen Instrumentariums wieder ein stärkeres Gewicht er-



## Sozialschutzsysteme / Familienleistungen

<b>Familienlastenausgleichsfonds, Ausgaben in Millionen €</b>	<b>2000 (Erfolg)</b>	<b>2001 (Erfolg)</b>	<b>2002 (BVA)</b>
Familienbeihilfen	2.711	2.718	2.695
Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Kleinkindbeihilfen, Mutter-Kind-Pass-Bonus	350 8	343 8	729 10
Freifahrten und Fahrtenbeihilfen für Schüler u. Lehrlinge	300	304	324
Schulbücher	92	90	93
Härteausgleich	0,7	1	2
Familienberatungsstellen	9	10	11
Elternbildung, Mediation, Forschungsförderung	1	1,8	2
Unterhaltsvorschüsse	81	84	86
Leistungsersätze an Sozialversicherung und andere Träger (v. a. Wochengeld, Betriebsh., Teilzeithilfe, Pensionsbeiträge f. KG-bez., Mutter-Kind-Paß)	652	1.171	335
<b>Gesamtausgaben</b>	<b>4.205</b>	<b>4.726</b>	<b>4.287</b>

halten. Zuletzt wurden mit der Abgeltung der Familienhospizkarenz aus dem Härteausgleich, den Beiträgen für die Abfertigung von Arbeitnehmern in Elternkarenz, für Zeiten des Kinderbetreuungsgeldbezuges, für die Dauer einer Bildungskarenz, einer Freistellung gegen Entfall des Entgelts (Familienhospizkarenz) oder einer Herabsetzung der Normalarbeitszeit und der Heimfahrtbeihilfe für Schüler/innen und Lehrlinge neue Ausgaben des FLAF eingeführt.

### 6.2.1. Familienbeihilfe

#### Anspruchsvoraussetzungen

Ein Anspruch auf Familienbeihilfe besteht generell für minderjährige Kinder; für volljährige Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden, besteht der Anspruch grundsätzlich bis zum vollendeten 26. Lebensjahr, in Ausnahmefällen (Schwangerschaft, Ableistung des Präsenz- oder Zivildienstes bzw. Vorliegen einer erheblichen Behinderung) bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Für erwerbsunfähige, erheblich behinderte Kinder gibt es keine Altersgrenze.

Keinen Anspruch auf Familienbeihilfe haben Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eigene Einkünfte erhalten, die den Jahresbetrag von € 8725,- übersteigen; einkommensteuerfreie Bezüge, Entschädigungen aus einem anerkannten Lehrverhältnis sowie Waisenpensionen und Waisenversorgungsgenüsse können bei der Berechnung außer acht gelassen werden.

Familienbeihilfe erhalten österreichische Staatsbürger mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Österre-

ich für Kinder, die sich ständig im Inland aufhalten. Für EWR- und EU-Bürger gelten Sonderregelungen (enthalten insbes. in der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72). Dem Beschäftigungsland zufolge ist grundsätzlich das Beschäftigungsland zur Zahlung der Familienleistungen verpflichtet und zwar auch dann, wenn das Kind ständig in einem anderen Vertragsstaat lebt. Arbeiten beide Elternteile in verschiedenen Staaten, ist zur Leistung derjenige vorrangig verpflichtet, in dem sich der Familienwohnsitz befindet.

Alle übrigen ausländischen Staatsangehörigen haben – sofern nicht zwischenstaatliche Abkommen Ausnahmen vorsehen – für Kinder im Inland Anspruch auf Familienbeihilfe, wenn sie im Bundesgebiet bei einem Dienstgeber legal beschäftigt sind oder aus dieser Beschäftigung Bezüge aus der gesetzlichen Krankenversicherung beziehen. Personen, die sich seit mindestens 60 Kalendermonaten ständig in Österreich aufhalten, anerkannte Flüchtlinge und Staatenlose sind den Österreichern gleichgestellt.

Als zentrales Prinzip des Systems der direkten Zahlungen an Eltern mit Kindern gilt, dass die Familienbeihilfe grundsätzlich der Person, zu deren Haushalt das Kind gehört, zusteht; im Falle eines gemeinsamen Haushalts der Eltern dem überwiegend haushaltsführenden Elternteil, d. i. nach der widerlegbaren gesetzlichen Vermutung die Mutter. Subsidiär anspruchsberechtigt ist, wer überwiegend die Unterhaltskosten des Kindes trägt. Ein Anspruch des Kindes selbst auf die Familienbeihilfe ist nur dann vorgesehen, wenn das Kind Vollwaise ist oder ihm die Eltern nicht überwiegend Unterhalt leisten; ein solcher Anspruch besteht nicht, wenn sich das Kind auf Kosten der Jugendwohlfahrt oder Sozialhilfe in Heimerziehung befindet.



**Zahl der Kinder mit Familienbeihilfe**

Im Jahr 2001 wurde für **1,835.000 Kinder Familienbeihilfe** bezogen. Für ca. 1,7 Millionen Kinder wird die Familienbeihilfe vom FLAF und für 136.000 Kinder von Selbstträgern (Bund, Länder, Gemeinden als Arbeitgeber der Eltern) bezogen. 849.000 Kinder sind unter 10 Jahre alt, 821.000 Kinder zwischen 10 und 19 Jahre und 165.000 Kinder über 19 Jahre. Für 3% der Kinder (62.000) wird ein behinderungsbedingter Zuschlag gewährt.

**Zahl der Kinder mit Familienbeihilfe 2001**

<b>Kinder insgesamt</b>	<b>1.835.378</b>
Kinder 0–10 Jahre	849.219
Kinder 10–19 Jahre	821.426
Kinder 19–26 Jahre	164.733
1. Kind	1.090.316
2. Kind	559.842
3. u. w. Kind	184.364
Behinderte Kinder	61.897
<b>Kinder mit FB aus FLAF</b>	<b>1.698.430</b>
Kinder 0–10 Jahre	799.292
Kinder 10–19 Jahre	752.430
Kinder 19–26 Jahre	147.541
1. Kind	1.004.635
2. Kind	519.337
3. u. w. Kind	174.459
Behinderte Kinder	57.299
<b>Kinder mit FB von Selbstträgern</b>	<b>136.115</b>
Kinder 0–10 Jahre	49.928
Kinder 10–19 Jahre	68.996
Kinder 19–26 Jahre	17.184
1. Kind	85.788
2. Kind	40.505
3. u. w. Kind	9.906
Behinderte Kinder	4.599
<b>Ausländische Kinder insgesamt</b>	<b>187.121</b>
Kinder 0–10 Jahre	107.977
Kinder 10–19 Jahre	72.108
Kinder 19–26 Jahre	7.036
1. Kind	102.618
2. Kind	59.411
3. u. w. Kind	25.101
Behinderte Kinder	3.689

Quelle: Familienbeihilfe-Statistik, Jahresdurchschnitt 2001

**Höhe der Familienbeihilfe**

Die Familienbeihilfe ist sowohl **nach dem Alter der Kinder** als auch der **Anzahl der Kinder** (dies seit 2000) **gestaffelt**. Sie beträgt für Kinder bis 10 Jahre € 105,40 monatlich, für Kinder bis 19 Jahre € 123,60 monatlich und für Kinder bis 26 Jahre € 145,40 monatlich.

Wird für zwei Kinder die Familienbeihilfe bezogen, erhöht sich der Gesamtbetrag der ausgezahlten Familienbeihilfe um monatlich € 12,80 ab dem dritten Kind, für das Familienbeihilfe bezogen wird, um monatlich € 25,50 pro Kind (Geschwisterstaffelung).

Für **erheblich behinderte Kinder** gibt es einen **Zuschlag** von € 131,- Mit Wirkung ab 1.1.2003 erhöht sich ab Vollendung des 3.Lebensjahres des Kindes die Familienbeihilfe um monatlich € 7,30, die erhöhte Familienbeihilfe für ein erheblich behindertes Kind beträgt dann € 138,30.

Um der besonderen Armutsgefährdung von Mehrkindfamilien entgegen zu wirken, wird ein **Mehrkindzuschlag** für Familien mit drei oder mehr Kindern gewährt. Für das dritte und jedes weitere Kind, für das Familienbeihilfe bezogen wird und das (Ausnahme: EU-Raum) ständig im Bundesgebiet lebt, steht ein Mehrkindzuschlag von € 36,40 zu, wenn das zu versteuernde Familieneinkommen im Kalenderjahr, das vor dem Jahr liegt, für das der Antrag gestellt wird, eine gewisse Höhe nicht überschritten hat; es ist dies das Zwölfwache der Höchstbeitragsgrundlage zur Sozialversicherung für einen Kalendermonat (für das Jahr 2001 sind das € 38.720,09). Der Mehrkindzuschlag ist im Zuge der betrieblichen Veranlagung bzw. der Arbeitnehmerveranlagung geltend zu machen.

Neben der Familienbeihilfe steht Familien auch ein Kinderabsetzbetrag (€ 50,90) zu. Die **Summe aus Familienbeihilfe und Kinderabsetzbetrag** macht 2002 monatlich pro Kind folgenden Betrag aus:

	0–10 Jahre	10–19 Jahre	19–26 Jahre
1. Kind	156,30	174,50	196,30
2. Kind	169,10	187,30	209,10
ab 3. Kind	181,80	200,00	221,80

**Familienbeihilfe**

	Familienbeihilfe nach Alter				Geschwisterstaffelung			
	0–3	3–10	10–19	19–26	2. Kind	ab 3. Kind	Zuschlag für erheblich behinderte Kinder	Mehrkindzuschlag ab 3. Kind
vor 1.1.2003	105,4	105,4	123,6	145,4	12,8	35,5	131,0	36,4
nach 1.1.2003	105,4	112,7	130,9	152,7	12,8	25,5	138,3	36,4



### 6.2.2. Kinderbetreuungsgeld

Als eines der zentralen Vorhaben der amtierenden Bundesregierung wurde im Juli 2001 das Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001, beschlossen, das mit 1.1.2002 in Kraft trat. Für Geburten ab 2002 tritt damit die Familienleistung **Kinderbetreuungsgeld (KBG) an die Stelle des Karenzgeldes**, das eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung ist und für Geburten bis Ende 2001 weitergilt (s. Übergangsregelung).

Familienpolitischer Ansatz für das Kinderbetreuungsgeld ist die Anerkennung und **teilweise Abgeltung der Betreuung und Erziehung von Kindern durch ihre Eltern**. Das System des Familienlastenausgleichs wird insofern zu einem Leistungsausgleich weiterentwickelt. Gleichzeitig wird die **Wahlfreiheit** bezüglich der Art der Kleinkindbetreuung **erhöht**, indem Eltern anstelle oder neben der Eigenbetreuung das KBG auch zur Finanzierung einer außerhäuslichen Kinderbetreuung verwenden können.

Durch die Abkoppelung des Anspruches auf KBG von einer vor der Geburt ausgeübten unselbständigen Erwerbstätigkeit der Eltern wurde dem **Grundsatz „jedes Kind ist gleich viel wert“** weitestgehend entsprochen. Durch die Ausweitung des Empfängerkreises profitieren Hausfrauen bzw. -männer, Studenten/innen, Schüler/innen, geringfügig Beschäftigte, freie Dienstnehmer/innen, (neue) Selbstständige und Bäuerinnen, die bisher keinen Anspruch auf Karenzgeld hatten bzw. lediglich einen Anspruch auf Teilzeitbeihilfe erworben hatten.

Mit dieser neuen familienpolitischen Leistung wird zusammen mit dem bereits bestehenden Leistungskatalog ein wichtiger **Beitrag zur wirtschaftlichen Grundversicherung** während der Phase der Kleinkindbetreuung geleistet.

#### Anspruchsvoraussetzungen

Das Kinderbetreuungsgeld gebührt sowohl leiblichen, als auch Adoptiv- und Pflegeeltern.

Voraussetzungen für den Bezug von KBG sind grundsätzlich der Anspruch auf Familienbeihilfe für das Kind, ein gemeinsamer Haushalt mit dem Kind und das Einhalten der Zuverdienstgrenze für den das Kind betreuenden Elternteil.

Für EWR- bzw. EU-Bürger gilt die **EWG-Verordnung 1408/71** über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern. Diese Verordnung ist vom

**Beschäftigungsstaatsprinzip** getragen. Für die Auszahlung der Familienleistungen (dazu gehören das KBG wie auch die Familienbeihilfe) ist demnach vorrangig jener Mitgliedstaat zuständig, in dem ein Elternteil beschäftigt ist. Im Wohnsitzstaat gebühren Ausgleichszahlungen, wenn die Familienleistungen des Beschäftigungsstaates niedriger sind. Sind beide Elternteile in verschiedenen Staaten beschäftigt, so sind die Familienleistungen in jenem Beschäftigungsstaat zu gewähren, in welchem sich das Kind ständig aufhält (Wohnlandprinzip).

Haben weder Vater noch Mutter Anspruch auf Familienbeihilfe, so kann derjenige Elternteil, der gewisse Versicherungszeiten auf Grund einer Erwerbstätigkeit aufweist, ebenfalls Kinderbetreuungsgeld beziehen.

Die **Zuverdienstgrenze** beträgt **€ 14.600,-** (200.900,- öS) pro Kalenderjahr. Als Zuverdienst werden grundsätzlich alle steuerpflichtigen Einkünfte gem. EStG (zuzüglich Arbeitslosengeld und Notstandshilfe), die während des Bezuges von KBG (Anspruchszeitraum) zufließen, verstanden; die Sozialversicherung und die Sonderzahlungen werden mit einem 30%igen Aufschlag pauschal berücksichtigt. Bei selbständigen Einkünften ist für eine zeitliche Zuordnung der Einkünfte eine Zwischenbilanz vorzulegen. Bei der Einkommensermittlung werden nur die Einkünfte desjenigen Elternteiles herangezogen, der das KBG bezieht, nicht jedoch die Einkünfte des anderen Elternteiles. Nicht als Zuverdienst gelten z.B.: steuerfreie Einkünfte, das Wochengeld, Abfertigungen, Urlaubsentschädigungen, Reisevergütungen, Kilometergelder, das Weiterbildungsgeld, Stipendien, Unterhaltsleistungen, die Familienbeihilfe, Sozialleistungen oder das Pflegegeld.

Die Zuverdienstgrenze ist eine Jahresgrenze, weshalb die Einkünfte des gesamten Kalenderjahres zusammengerechnet werden. Bei nicht ganzjährigem KBG-Bezug (Jänner bis Dezember) ergibt sich durch die Hochrechnung auf den Jahresgrenzbetrag eine Zuverdienstgrenze in aliquoter Höhe.

Bei regelmäßigem Verdienst und zeitlichem Zusammenfallen von KBG-Bezug und Erwerbseinkommen – und keinen anderen steuerpflichtigen Einkünften – kann als Richtwert ein maximaler monatlicher Zuverdienst von € 1.136,48 (15.638,- öS) brutto für Angestellte und von € 1.144,12 (15.743,- öS) brutto für Arbeiter/innen angegeben werden.

Bei Überschreiten der Zuverdienstgrenze muß das KBG zurückgefordert werden; für geringfügigen Mehrverdienst und berücksichtigungswürdige Umstände gibt es eine **Härtefallregelung**. Bei zu erwartendem zu hohem Verdienst in einzelnen Monaten kann auf das KBG auch im vorhinein für eine bestimmte Zeit verzichtet werden, womit das in diesem Zeitraum erzielte Einkommen außer Ansatz bleibt.



## Sozialschutzsysteme / Familienleistungen

Mit der Erhöhung der Zuverdienstgrenze soll die **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** sowohl für Mütter als auch für Väter **erleichtert** werden, da nun z.B. eine zeitlich reduzierte Beschäftigung oder Urlaubsvertretungen mit dem Bezug von KBG vereinbar sind. Auf diese Weise sollen die Chancen für einen Wiedereinstieg bzw. Erseinstieg in den Beruf für kinderbetreuende Eltern verbessert werden. Außerdem soll mit dieser Regelung die Karenz auch für Väter attraktiver werden.

Das Kinderbetreuungsgeld gebührt für das jeweils jüngste Kind und zwar frühestens ab Geburt des Kindes. Für die **Antragstellung** ist jener **Krankenversicherungsträger** zuständig, bei der die Krankenversicherung besteht bzw. zuletzt bestand. Während des Bezuges von Wochengeld ruht das KBG. Ist jedoch das Wochengeld niedriger als das Kinderbetreuungsgeld, gebührt eine Differenzzahlung.

Das KBG beträgt € 14,53 täglich, also etwa **€ 436,- pro Monat** und wird **bis max. zum 30. Lebensmonat** des Kindes (wenn nur ein Elternteil KBG bezieht) ausbezahlt, wenn sich beide Elternteile die Kinderbetreuung aufteilen. Für ein Elternteil gebührt das Kinderbetreuungsgeld bis max. zum 30. Lebensmonat des Kindes.

Die **partnerschaftliche Teilung der Kindesbetreuung** wird durch die Möglichkeit, sich beim Bezug des KBG bis zu zwei Mal abzuwechseln, damit soll auch das stärkere Engagement der Väter in der Kinderbetreuung motiviert werden.

Aus gesundheitspolitischen Gründen wurde die **Auszahlung** des Kinderbetreuungsgeldes an die Durchführung der **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen** (fünf während der Schwangerschaft und fünf des Kindes) **geknüpft**. Werden die Untersuchungen nicht durchgeführt und nachgewiesen, gebührt ab dem 21. Lebensmonat das KBG nur noch in halber Höhe. In Ausnahmefällen wird vom Nachweis einzelner Untersuchungen abgesehen (z.B. bei Adoptionen, verspätete Feststellung der Schwangerschaft).

Eine zusätzliche finanzielle Unterstützung für einkommensschwache Eltern und AlleinerzieherInnen mit geringen Einkünften besteht in Form des **Zuschusses zum KBG**. Dieser gebührt auf Antrag und beträgt € 6,06 täglich (etwa € 181,- monatlich). Es handelt sich hierbei, wie schon beim Zuschuß zum Karenzgeld, um eine Art Kredit, der zurückzuzahlen ist, sofern gewisse Einkommensgrenzen überstiegen werden.

### Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen

Im Zuge der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes kam es auch zu einigen Änderungen im arbeitsrechtlichen Bereich. Während die Bestimmungen über

die Karenz (Rechtsanspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung gegen Entfall der Bezüge bis zum 2. Geburtstag bzw. Möglichkeit, bis zu 3 Monate der Karenz pro Elternteil bis zum Schuleintritt des Kindes aufzuschieben) grundsätzlich gleichgeblieben sind, kam es beispielsweise zu **Neuerungen betreffend den Kündigungs- und Entlassungsschutz**.

Bei der Mutter ist dieser zunächst wie bisher mit Bekanntgabe der Schwangerschaft gegeben. Bei Karenz in Anschluss an die Schutzfrist bleibt der Kündigungs- und Entlassungsschutz wie bisher bis 4 Wochen nach dem Ende der Karenz bestehen.

Wird jedoch von der Möglichkeit der Teilung der Karenz Gebrauch gemacht und nimmt z.B. der Vater im Anschluss an die Mutter Karenz in Anspruch, beginnt der Kündigungs- und Entlassungsschutz mit der Bekanntgabe der Karenz, frühestens jedoch 4 Monate vor Antritt des Karenzteiles. Dasselbe gilt, wenn im Anschluss daran der erste Elternteil nochmals Karenz beansprucht. Der Kündigungs- und Entlassungsschutz endet wie bisher vier Wochen nach dem Ende des jeweiligen Karenzteiles.

Eine weitere Neuerung betrifft die Möglichkeit, während der Karenz zusätzlich bis zu 13 Wochen im Kalenderjahr mit dem/der Arbeitgeber/in eine Beschäftigung über der Geringfügigkeitsgrenze zu vereinbaren (z.B. als Urlaubs- oder Krankenstandsvertretung). Dadurch können Mütter und Väter einen **engeren und flexibleren Kontakt zum Dienstgeber** aufrechterhalten und die Zuverdienstgrenze beim KBG besser nützen.

**Teilzeitbeschäftigung** nach der Geburt im Ausmaß einer Herabsetzung der Arbeitszeit um mindestens 40% ist nach Vereinbarung mit dem Dienstgeber weiterhin bis zum 4. Geburtstag des Kindes möglich. Der diesbezügliche Kündigungs- und Entlassungsschutz endet vier Wochen nach Ende der Teilzeitbeschäftigung.

Unverändert ist auch die **Möglichkeit einer gleichzeitigen Teilzeitbeschäftigung beider Elternteile**, für einen Anspruch auf KBG ist jedoch die Einhaltung der Zuverdienstgrenze durch den Elternteil, der das KBG bezieht, Voraussetzung.

Um Bezieher/innen von Kinderbetreuungsgeld sozialrechtlich abzusichern, besteht während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld eine **Krankenversicherung**. Weiters kam es auch im Pensionsrecht zu wesentlichen Änderungen. Erstmals werden **18 Kalendermonate** des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld **als echte Beitragszeiten in der Pensionsversicherung** gewertet und damit als pensionsbegründend anerkannt. Darüber hinaus gelten die **Zeiten bis maximal zum 4. Geburtstag des Kindes als Ersatzzeiten**.



Ein großer familienpolitischer Fortschritt liegt in der Schaffung der Möglichkeit, während oder nach dem Bezug von KBG bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen (Arbeitsfähigkeit, Arbeitswilligkeit, Arbeitslosigkeit, Erfüllung der Anwartschaft etc.) zusätzlich zum KBG **Arbeitslosengeld** oder **Notstandshilfe** zu beziehen.

Ein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht allerdings nur für Personen, die dem Arbeitsmarkt ohne wesentliche Einschränkungen zur Verfügung stehen. Bei Bezug von Kinderbetreuungsgeld ist dies der Fall, wenn das Kind nachweislich durch jemand anderen im Familienkreis oder außerhalb, z.B. im Rahmen von Einrichtungen wie Kinderkrippen oder Kindergärten oder von einer Tagesmutter, betreut wird.

Zur Gewährleistung einer möglichst raschen und erfolgreichen Integration von Müttern oder Vätern bei der (Wieder-)Erlangung eines Arbeitsplatzes wird das **Arbeitsmarktservice besondere Vermittlungsanstrengungen** unternehmen. Das AMS unterstützt die Beschäftigungschancen durch ein flexibles Angebot an Ausbildungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Insbesondere hat das AMS danach zu trachten, binnen 4 Wochen eine zumutbare Beschäftigung zu vermitteln oder die Teilnahme an einer entsprechenden Maßnahme zu ermöglichen.

#### Übergangsregelung für Geburten zwischen 01.07.2000 und 31.12.2001

Im Zuge der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes hat die Regierung für Geburten zwischen 1.7.2000 und 31.12.2001 eine Übergangsregelung geschaffen. Dabei wurden für Karenz(urlaubsgeld- und Teilzeitbeihilfebezieher/innen Anpassungen an das Kinderbetreuungsgeld hinsichtlich Höhe, Bezugslänge und Zuverdienstgrenze vorgenommen.

Um **Verschlechterungen** zu vermeiden, wurden für Übergangsfälle Optionsmöglichkeiten geschaffen, wonach etwa zwischen dem halben Karenz(urlaubsgeld ohne Zuverdienstbeschränkung (betrifft Einkünfte aus der Teilzeitbeschäftigung) oder dem vollen Karenz(urlaubsgeld bei Einhaltung der Zuverdienstgrenze auch nach dem 31.12.2001 gewählt werden kann.

Hinsichtlich der Vollziehung der Übergangsfälle blieb die Zuständigkeit unverändert (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit).

Mit der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes am 1.1.2002 wurde das Karenzgeld für Erwerbstätige und Beamte zum Auslaufmodell (Übergangsregelung für Geburten zwischen 1.7.2000 und 31.12.2001). Dies gilt sinngemäß auch für mit der Karenz verwandte Transferleistungen wie die Teilzeitbeihilfe (in der halben Höhe des Karenzgeldes für Selbstständige und unselbstständig Erwerbstätige) und die Sondernotstandshilfe.

#### 6.2.3. Andere Leistungen des FLAF

Der **Mutter-Kind-Pass-Bonus** wird in Höhe von € 145,40 gewährt, wenn ein Kind das erste Lebensjahr vollendet hat und die im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Untersuchungen der Schwangeren und des Kindes durchgeführt worden sind. Das zu versteuernde Familieneinkommen darf im Jahr der Geburt des Kindes eine bestimmte Höhe nicht übersteigen (2001: € 38.720,09).

Die **Kleinkindbeihilfe** von monatlich € 73,- wird im ersten Lebensjahr des Kindes (höchstens 12 x) dem Elternteil gewährt, der das Kind in dessen erstem Lebensjahr überwiegend betreut, sofern weder Wochengeld noch Karenzgeld und auch keine vergleichbare Leistung bezogen wird. Das zu versteuernde Familieneinkommen darf jedoch pro Monat einen bestimmten Betrag nicht überschreiten (2001: € 874,76 zuzüglich € 65,26 pro Kind, für das die Familienbeihilfe bezogen wird; 2002: € 900,13 zuzüglich € 67,15 pro Kind, für das die Familienbeihilfe bezogen wird).

Für ab dem 1.1.2002 geborene Kinder entfallen diese beiden Leistungen; an ihre Stelle tritt das Kinderbetreuungsgeld.

Für Schüler/innen, die eine öffentliche oder mit dem Öffentlichkeitsrecht ausgestattete Schule im Inland als ordentliche Schüler besuchen, wird mit der **Schulfahrtbeihilfe bzw. Schülerfreifahrt** der Aufwand des Transportes zur und von der Schule ersetzt. Als Kostenbeitrag wird bei den Fahrtenbeihilfen und Freifahrten für Schüler/innen und Lehrlinge ein Selbstbehalt von generell € 19,60, d.s. durchschnittlich rund 10% der Kosten pro Schuljahr eingehoben. Die Mindestlänge des Schulweges zur Erlangung von Schulfahrtbeihilfe beträgt 2 km; für behinderte Schüler/innen gilt keine Kilometerbegrenzung.

Zur Zeit steht das Ministerium in Verhandlungen mit den Bundesländern über den Abschluß von Verträgen zur Einbeziehung der Schüler und Lehrlinge in die Verkehrsverbünde. Seit den „Sparpaketen“ konzentrieren sich die familienpolitischen Bemühungen außerdem auf die Wiedereinführung der Fahrtenbeihilfe für sogenannte Wochenendheimfahrten (Heimfahrtbeihilfe) im Rahmen der Schulfahrtbeihilfe.

Für Lehrlinge in einem gesetzlich anerkannten Lehrverhältnis besteht - den Anspruch auf Familienbeihilfe vorausgesetzt - für die Fahrt zwischen der Wohnung und der betrieblichen Ausbildungsstätte die Möglichkeit zur Freifahrt sowie eine entsprechende Fahrtenbeihilfe. Der anspruchsberechtigte Personenkreis für die Lehrlingsfreifahrt und die Fahrtenbeihilfe wurde für Lehrlinge, die an Lehrgängen und Lehrlingsstiftungen nach dem Jugendausbildungs-Sicherungsgesetz teilnehmen, sowie für Jugendliche, welche im Rahmen einer Vorlehre aus-



gebildet werden, befristet erweitert. Anspruchsvoraussetzung ist auch hier der Bezug der Familienbeihilfe.

Für Schüler/innen öffentlicher oder mit Öffentlichkeitsrecht ausgestatteter Schulen sowie Schüler/innen, die die allgemeine Schulpflicht durch Teilnahme am häuslichen Unterricht oder durch den Besuch von Privatschulen ohne Öffentlichkeitsrecht erfüllen sowie auch Kinder von in Bundesbetreuung befindlichen Asylwerbern/innen werden die für den Unterricht notwendigen **Schulbücher unentgeltlich zur Verfügung** gestellt. Die Höchstgrenzen an Ausgaben für Schulbücher pro Schüler werden durch die je nach Schulform differenzierten Schulbuch-Limits festgelegt und werden jährlich vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen per Verordnung bekanntgegeben.

Als Kostenbeitrag wird von den Eltern ein Selbstbehalt von 10% der jeweiligen Schulbuch-Limits eingehoben (kein Selbstbehalt ist für therapeutische Unterrichtsmittel für Behinderte, Schulbücher für Sehgeschädigte sowie von Sonderschülern zu entrichten). Mit der sukzessiven Öffnung der Schulbuchaktion für Unterrichtsmittel eigener Wahl wird der Lehrplanautonomie der Schulen Rechnung getragen. Die Schulen können damit neben den approbierten Schulbüchern auch neue Unterrichtsmittel (Lernspiele, CD-Rom, Sprachvideos, etc.) anschaffen, sofern diese dem Inhalt eines Schulbuchs entsprechen, sich unmittelbar zur Arbeit für die Schüler eignen und nicht zur Grundausstattung der Schule (z.B. EDV-Anlage, Projektoren, Schulfilme) gehören. Seit dem Schuljahr 1999/2000 können bis zu 15% des Bestellvolumens innerhalb der Schulbuch-Limits für solche Unterrichtsmittel verwendet werden, wenn bei der Bestellung von Schulbüchern eingespart wird. Zur besseren Ausnutzung dieses Spielraums ist deshalb die Wiederverwendung von Schulbüchern vorgesehen, die in vielen Schulen bereits praktiziert wird und dabei insgesamt zur Verbesserung des Versorgungsgrades mit Schulbüchern geführt hat.

Seit dem Schuljahr 2001/02 kann die Bestellung der Schulbücher mit der EDV-Anwendung Schulbuchaktion-online erfolgen, was bereits 87 Prozent aller Schulen selbst online praktizieren.

Kommt ein Elternteil, in der Regel der Vater, nach einer Scheidung oder Trennung seinen Unterhaltsverpflichtungen für minderjährige Kinder nicht (rechtzeitig) nach, können aus dem FLAF **Unterhaltsvorschüsse** gewährt werden. Die Unterhaltsvorschüsse werden grundsätzlich in der Höhe der Unterhaltsansprüche gewährt, sind jedoch nach oben mit € 418,70 monatlich begrenzt. Der Unterhaltspflichtige ist jedoch gesetzlich verpflichtet, diese Unterhaltsvorschüsse an den FLAF zurückzuzahlen. Dadurch kommen etwa 45% der Ausgaben wieder herein.

Unverschuldet in Not geratene Familien und alleinstehende Personen, die Familienbeihilfe beziehen, sowie werdende Mütter können aus dem Familienhärteausgleich Geldzuwendungen bzw. Darlehen erhalten, wenn sie Österreichische Staatsbürger (in bestimmten Fällen auch EU-Bürger in Österreich), anerkannte Flüchtlinge oder Staatenlose sind.

Voraussetzung ist das Vorliegen einer unverschuldeten, existenzbedrohenden Notsituation, die durch ein unabwendbares, besonderes Ereignis (z.B. Todesfall, Krankheit, Behinderung, Erwerbsunfähigkeit, Unfall, Naturkatastrophe) ausgelöst wurde und von der Familie auch nach Inanspruchnahme aller gesetzlich zustehenden Leistungen nicht selbst bewältigt werden kann. Es können nur Überbrückungshilfen gewährt werden, Unterstützungen zum laufenden Lebensunterhalt einer Familie sind nicht möglich. Ein Rechtsanspruch auf Leistungen aus dem Familienhärteausgleich besteht nicht.

### 6.3. Familienhospizkarenz

Mit der Familienhospizkarenz zur Betreuung und Begleitung sterbender Angehöriger wurde mit Juli 2002 eine weitere Form der **Arbeitsfreistellung mit voller arbeits- und sozialrechtlicher Absicherung** eingeführt. Diese unbezahlte Karenz kann bis zu drei Monaten und im Bedarfsfall längstens bis zu 6 Monate in Anspruch genommen werden, wobei die Ansprüche aus der Kranken-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung gewahrt bleiben. Die Behaltefrist dauert vier Wochen nach Ende der Karenz.

In finanziell sehr angespannten Verhältnissen gibt es für die Zeit der Familienhospizkarenz eine finanzielle Abgeltung durch den Familienhärteausgleich.

Gleichzeitig können auch Leistungen aus dem Anspruch auf Pflegegeld geltend gemacht werden, welches auf Antrag der pflegebedürftigen Person an jene ausgezahlt wird, die die Hospizkarenz in Anspruch nimmt. Dabei erhalten die Pflegenden automatisch als Vorschuß das Pflegegeld der Stufe drei (€ 413,50 monatlich) bzw. wenn diese schon erreicht ist, der Stufe vier (€ 620,30 monatlich).

### 6.4. Steuerliche Berücksichtigung von Familien

Die steuerliche Geltendmachung von Unterhaltszahlungen für Kinder wurde nach einem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes aus 1997, in dem die Höhe der Direktförderungen für Familien, besonders für Eltern mit hohen Unterhaltsverpflichtungen, als nicht ausreichend bezeichnet wurde, neu geregelt. Der Aufforderung, dass



zumindest die Hälfte der gesetzlichen Unterhaltspflicht für Kinder steuerfrei gestellt werden sollte, wurde mit der Anhebung von Familienbeihilfe und Kinderabsetzbetrag in zwei Schritten (1999 und 2000) entsprochen.

Kinderabsetz- und Unterhaltsabsetzbetrag berücksichtigen die verringerte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit steuerpflichtiger Personen mit Unterhaltsverpflichtungen gegenüber Kindern. Der **Kinderabsetzbetrag** beträgt **einheitlich € 50,90** monatlich für jedes Kind, für welches Familienbeihilfe bezogen wird und wird auch gleichzeitig mit dieser bar ausbezahlt.

Der **Unterhaltsabsetzbetrag** wird hingegen Steuerpflichtigen gewährt, die gesetzlich zu einer Unterhaltsleistung für ein Kind verpflichtet sind, das nicht im gleichen Haushalt lebt und für welches sie keine Familienbeihilfe beziehen. Der Unterhaltsabsetzbetrag beträgt € 25,50 monatlich für das erste Kind, € 38,20 monatlich für das zweite Kind und € 50,90 monatlich für jedes weitere Kind. Der Unterhaltsabsetzbetrag ist ausschließlich im Wege der Arbeitnehmerveranlagung zu beantragen. Werden (nachgewiesene) Unterhaltszahlungen (Alimente) nur teilweise bezahlt, wird der Unterhaltsabsetzbetrag entsprechend gekürzt.

Da der Unterhaltsabsetzbetrag bei der Neuregelung nicht angehoben wurde, wurde in einem Verfahren vor dem VfGH entschieden, dass die dem kinderbetreuenden Elternteil zufließenden direkten Familienleistungen auf die zivilrechtliche Unterhaltspflicht des anderen Elternteils anzurechnen seien; diese Rechtsprechung ist allerdings umstritten und wird von den Zivilgerichten teilweise nicht anerkannt.

Der **Alleinerzieher- und Alleinverdiener-Absetzbetrag** beträgt € 364,- jährlich und kann bei der jährlichen Veranlagung geltend gemacht werden. Voraussetzung dafür ist, dass man mehr als sechs Monate im Jahr verheiratet ist oder in einer Partnerschaft und mit mindestens einem Kind lebt und das Einkommen des Ehepartners € 2.200,- bzw. mit einem Kind € 4.400,-jährlich nicht übersteigt, wobei das Wochengeld miteinberechnet wird. Ist die Lohnsteuer so gering, dass sich dieser Absetzbetrag nicht oder nicht voll auswirken kann oder fällt überhaupt keine an, wird dieser Betrag beziehungsweise die Differenz in Form einer Negativsteuer an den/die Alleinverdiener/in bzw. Alleinerzieher/in ausbezahlt.

Bestimmte **Sonderausgaben** (z.B. Ausgaben für Personenversicherungen, Wohnraumschaffung oder Wohnraumsanierung) kann der/die Steuerpflichtige auch dann absetzen, wenn sie für seine/ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen geleistet werden. Der jährliche einheitliche Höchstbetrag von € 2.900,- für die Berücksichtigung bestimmter Sonderausgaben erhöht sich um € 2.900,- jährlich, wenn dem/der Steuerpflichtigen ein Alleinverdiener- oder Alleinerzieherabsetzbetrag zusteht und/oder € 1.460,- jährlich bei mindestens drei Kindern.

Als **außergewöhnliche Belastungen** können Krankheitskosten (auch für die unterhaltsberechtigten Angehörigen), Aufwendungen für eine auswärtige Berufsausbildung eines Kindes (Pauschalbetrag von € 110,- pro Monat, auch während Schul- und Studienferien), Kosten für die Kinderbetreuung oder eine Haushaltshilfe aufgrund von Berufstätigkeit von Alleinerziehenden, jeweils unter Berücksichtigung eines Selbstbehalts, steuerlich berücksichtigt werden.

Ohne Selbstbehalt sind Behinderungen von Erwachsenen und Kindern mittels Pauschalbeträgen zu berücksichtigen (nicht bei Bezug von Pflegegeld bei Erwachsenen), außerdem können Behandlungskosten steuerlich geltend gemacht werden; Alleinverdiener/innen können auch die Mehraufwendungen aufgrund der Behinderung des (Ehe-)Partners geltend machen. Für erheblich behinderte Kinder gebührt neben der erhöhten Familienbeihilfe ein monatlicher Pauschalbetrag, der um das erhaltene Pflegegeld zu kürzen ist; außerdem sind Behandlungskosten und Schulgeld zu berücksichtigen.

### 6.5. Familienpolitische Leistungen der Länder und Gemeinden

Neben den Leistungen des Bundes werden familienpolitische Maßnahmen auch von den Bundesländern und Gemeinden gesetzt.

Die familienpolitischen Leistungen der Bundesländer und Gemeinden bestehen vor allem in der Schaffung und dem Betrieb von **Kinderbetreuungseinrichtungen** sowie der nach sozialen Kriterien gezahlten **direkten finanziellen Förderung**.

Als Geldleistung gibt es in allen Bundesländern **Familienzuschüsse**, eine finanzielle Unterstützung für Familien mit Kleinkindern in Abhängigkeit von Haushaltseinkommen und Kinderzahl (Maßstab ist das gewichtete Pro-Kopf-Einkommen). Diese Leistungen sind in ihrer Höhe, Bezugszeit und den relevanten Einkommensgrenzen je nach Bundesland unterschiedlich. Die maximale Leistungshöhe liegt je nach Einkommenslage - Pro-Kopf-Einkommen zwischen rund € 500,- und € 680,- zwischen € 62,- und € 436,- im Monat. Aufgrund des neuen Kinderbetreuungsgeldes sind die Regelungen in den Bundesländern den neuen Gegebenheiten angepasst worden bzw. sind noch in Anpassung begriffen. So werden in einigen Bundesländern die Familienzuschüsse vor allem jenen Eltern gezahlt, die weder Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld noch auf (verlängertes) Karenzgeld haben (Geburten vor 2002).

In einem Vergleich der finanziellen Familienförderung gibt es zwischen den einzelnen Bundesländern be-



merkenswerte Unterschiede in der quantitativen Dimension der direkten Familienförderung, was neben der Bevölkerungsgröße und der Anzahl der Kinder auch auf politische Prioritäten zurückzuführen ist.

**Weitere Förderungen auf Landesebene** sind: die gratis bzw. ermäßigte Benützung öffentlicher Verkehrsmittel, Säuglingsausstattungen, wirtschaftliche Hilfe in Krisensituationen, Unfallversicherung, Familienpaß/Familienkarte (Ermäßigungen im Freizeitbereich), Ferienaktionen, Zuschüsse bei Schulbeginn und für Schulveranstaltungen, Impfkostenzuschüsse, die Kinderbegleitung im Krankenhaus, die Aktion Familienauto, die Förderung bei Mehrlingsgeburten, etc.

Den Großteil familienbezogener Förderung macht aufgrund der gesetzlichen Zuständigkeit der Bundesländer und Gemeinden vor allem die Einrichtung und der Betrieb der **Kindertagesbetreuung** (öffentliche Krippen, Kindergärten, Horte sowie Förderung privater Betreuungseinrichtungen, Spielgruppen, Elterninitiativen und Tagesmütter) aus. Damit verbunden sind Beitragsermäßigungen für öffentliche bzw. Zuschüsse für private Kinderbetreuungsplätze. Für das öffentliche und private Betreuungsangebot werden derzeit von Ländern und Gemeinden rund € 950 Mio (13 Mrd.öS) aufgewendet. Dennoch gibt es einen **nach wie vor** bestehenden **Bedarf** an zusätzlichen Betreuungsplätzen und an der Ausweitung des Angebots (Öffnungszeiten, Ferien). Im Bereich des Angebotes und der Struktur der Kinderbetreuungsplätze gibt es zwischen den Ländern mitunter größere Unterschiede.

An bewußtseinsbildenden Maßnahmen werden in mehreren Bundesländern Wettbewerbe zur Auszeichnung familienfreundlicher Unternehmen und Gemeinden durchgeführt, Kurse für Eltern- und Familienbildung angeboten sowie Information und Service zu familienrelevanten Fragen zur Verfügung gestellt. In vielen Gemeinden gibt es eigene Familienbeauftragte.

## 6.6. Familienpolitische Leistungen der Sozialversicherung

### Krankenversicherung

Das **Wochengeld** stellt eine Einkommensersatzleistung der Krankenversicherung für unselbständig erwerbstätige Mütter für den Zeitraum der arbeitsrechtlich geregelten Schutzfrist von 8 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt dar. Die Höhe des Wochengeldes beträgt 100% des vorher verdienten Nettoeinkommens. Sie ist die einzige Leistung in der Sozialversicherung, für die es keine Obergrenze gibt. Es ist auch keine bestimmte Mindestversicherungszeit notwendig. Selbständig erwerbstätige Frauen der gewerblichen Wirtschaft und

Bäuerinnen haben Anspruch auf eine entsprechende Leistung in der Höhe von € 22,46 täglich. Sie dient der Finanzierung einer fremden Arbeitskraft.

Freiwillig versicherte geringfügig Beschäftigte und freie Dienstnehmer/innen haben im Anlassfall ebenfalls Anspruch auf Wochengeld. Dieses beträgt € 6,91 pro Tag.

Bezieher/innen von Kinderbetreuungsgeld haben bei einer neuerlichen Schwangerschaft ab Eintritt des Versicherungsfalles Anspruch auf Wochengeld im Ausmaß des um 80% erhöhten Kinderbetreuungsgeldes.

**Mitversicherung für Angehörige:** Nichterwerbstätige Familienangehörige (z.B. Kinder, Partner/in) sind zusammen mit dem erwerbstätigen, sozialversicherungspflichtigen Familienmitglied in der Krankenversicherung mitversichert. Für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs sowie darüber hinaus in Ausbildung stehende Kinder (Studien- und Leistungsnachweis) ist die Mitversicherung beitragsfrei.

Für den/die Partner/in hingegen ist sie seit 1.1.2001 nur dann beitragsfrei, wenn er/sie sich der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder widmet oder dies mindestens 4 Jahre lang getan hat (siehe Versorgung bei Krankheit).

### Pensionsversicherung

Die Betreuung und Pflege von Kindern findet auch in der Pensionsversicherung ihren Niederschlag: Seit 1.1.2002 gelten **Kindererziehungszeiten** bis zum 18. Lebensmonat des Kindes als anspruchswirksame Beitragszeit, weitere 30 Monate bis zum vierten Lebensjahr des Kindes - wie bisher - als leistungswirksame Ersatzzeit (siehe Altersversorgung).

Für Personen, die ihr behindertes **Kind pflegen**, besteht die Möglichkeit einer beitragsfreien, vom FLAF finanzierten Selbstversicherung in der Pensionsversicherung (siehe Pflegesicherung). Seit 1998 haben Personen, die einen nahen **Angehörigen zu pflegen**, die Möglichkeit einer begünstigten Weiterversicherung in der Pensionsversicherung (siehe Pflegesicherung).

In der Pensions- und Unfallversicherung sind im Falle des Todes des/der Leistungsbeziehers/in Renten für Hinterbliebene (**Witwen-, Witwer- und Waisenspensionen**, zum Teil auch für Geschwister und Eltern) vorgesehen (siehe Versorgung bei Behinderung und Altersversorgung).

Der/die Bezieher/in von Leistungen aus der Pensions- oder Arbeitslosenversicherung bzw. einer Versorgungsleistung erhält zusätzlich für jede unterhaltsberechtigten Person einen pauschalen Fixbetrag, den **Kinderzuschuss** (Pensionsversicherung) bzw. den **Familienzuschlag** (Arbeitslosenversicherung), in der Höhe von € 29,07 monatlich.



## IV. GESUNDHEITSWESEN

<b>1.</b>	<b>Reform des Gesundheitswesens und Umsetzungsschritte</b> .....	111
1.1.	Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung .....	111
1.2.	Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsplanung .....	112
1.2.1.	Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP).....	112
1.2.2.	Entwicklung eines nationalen österreichischen Gesundheitsplanes .....	113
1.2.3.	Projekte zur Gesundheitsplanung .....	114
1.3.	Entwicklung von Strukturqualitätskriterien .....	115
1.4.	Entwicklung im Bereich der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) .....	116
1.4.1.	Bisherige Erfahrungen mit dem LKF-System .....	116
1.4.2.	Weiterentwicklung des LKF-Systems.....	117
1.5.	Entwicklung im Bereich der Dokumentation .....	117
1.5.1.	Weiterentwicklung der Diagnose- und Leistungsdokumentation.....	117
1.5.2.	Weiterentwicklung der Krankenanstalten-Kostenrechnung .....	118
1.5.3.	Weiterentwicklung der Informations- und Analyseinstrumentarien.....	118
<b>2.</b>	<b>Krankenanstalten</b> .....	118
2.1.	Strukturmerkmale und Kennziffern.....	118
2.2.	Krankenanstaltenfinanzierung und Kostenentwicklung .....	120
2.3.	Aktuelle Maßnahmen im Krankenanstaltenbereich .....	120
<b>3.</b>	<b>Qualität im Gesundheitswesen</b> .....	120
3.1.	Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.....	120
3.2.	Qualitätsbezogene Aktivitäten und Projekte .....	121
3.2.1.	Projekt „Qualität im Krankenhaus“ .....	121
3.2.2.	Projekt „Quality – Indicator – Project“ .....	121
3.2.3.	Projekt „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ .....	122
3.2.4.	Projekt „Antibiotika – Strategie“ .....	122
3.2.5.	Qualitätssicherung für Gesundheitsberufe.....	122
<b>4.</b>	<b>Gesundheitsförderung</b> .....	122
4.1.	Gesundheitsförderungsgesetz .....	122
4.2.	Netzwerke in der Gesundheitsförderung.....	123
4.2.1.	Österreichisches Netzwerk „Gesunde Städte“ .....	123
4.2.2.	Gesundheitsförderung im Krankenhaus.....	123
4.2.3.	Gesundheitsförderung in der Schule.....	124
4.2.4.	Gesundheitsförderung im Betrieb .....	124
4.3.	Vorsorgemaßnahmen .....	124
4.3.1.	Mutter-Kind-Pass .....	124
4.3.2.	Impfungen .....	125
4.3.3.	Blutspendewesen.....	125
<b>5.</b>	<b>Heilmittelversorgung</b> .....	125
5.1.	Einfuhr von Arzneimitteln.....	125
5.2.	Rezeptpflicht .....	125
5.3.	Arzneibuch .....	125



## Gesundheitswesen

5.4.	Apotheken .....	126
5.5.	Pharmareferenten/innen .....	126
<b>6.</b>	<b>Gesundheitsökonomie</b> .....	<b>126</b>
6.1.	Analyse „Gesundheit als Wirtschaftsfaktor“ .....	126
6.2.	Analyse „Nachfragemodell Gesundheitswesen“ .....	127
6.3.	Analyse „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ .....	128
<b>7.</b>	<b>Neue gesetzliche Regelungen</b> .....	<b>129</b>
7.1.	Ärztegesetz 1998, Novelle 2001 .....	129
7.2.	Ärztegesetz 1998, Verwaltungsreformgesetz 2002 .....	130
7.3.	Sanitätsgesetz 2002 .....	131
7.4.	Novelle zum Krankenanstaltengesetz .....	131
7.5.	Patientenrechte .....	131
7.6.	EW-Psychologengesetz und Psychotherapiegesetz .....	131
7.7.	Verordnungen .....	132
7.7.1.	Medizinproduktegesetz .....	132
7.7.2.	Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten .....	132
7.7.3.	Mutter-Kind-Pass .....	132
<b>8.</b>	<b>Internationale Zusammenarbeit (WHO)</b> .....	<b>132</b>
<b>9.</b>	<b>Biotechnologie und Gentechnik</b> .....	<b>133</b>
9.1.	Aufgabenbereich .....	133
9.2.	Legistische Maßnahmen .....	134
9.3.	Anmelde-, Genehmigungs- und Zulassungsverfahren .....	134
9.3.1.	Arbeiten mit GVO im geschlossenen System .....	134
9.3.2.	Freisetzungen .....	134
9.3.3.	Inverkehrbringen .....	134
9.3.3.1.	Importverbote .....	134
9.3.3.2.	Freisetzungsrichtlinie .....	134
9.3.3.3.	Unabsichtliche Verunreinigungen .....	134
9.3.3.4.	Durchführung von Genanalysen .....	135
9.3.3.5.	Somatische Gentherapie am Menschen .....	135
<b>10.</b>	<b>Veterinärverwaltung</b> .....	<b>135</b>
10.1.	BSE-Maßnahmen .....	135
10.2.	Schlacht tier- und Fleischuntersuchung .....	136
10.3.	Tierarzneimittelkontrollgesetz/Arzneimittelleinfuhrgesetz 2002 .....	137
10.4.	Veterinärarzneimittel .....	138
<b>11.</b>	<b>Lebensmittelangelegenheiten</b> .....	<b>138</b>
11.1.	Lebensmittelsicherheit .....	138
11.2.	Agentur für Gesundheit- und Ernährungssicherheit .....	139
<b>12.</b>	<b>Strahlenschutz</b> .....	<b>139</b>
<b>13.</b>	<b>Gesundheitsinformationen im Internet</b> .....	<b>140</b>



## 1. Reform des Gesundheitswesens und Umsetzungsschritte

Die Reform des Gesundheitswesens wurde im Jahr 1997 mit der zwischen dem Bund und den Bundesländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art.15a B-VG (Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung) für die Jahre 1997 bis 2000 (BGBl. I Nr.111/1997) eingeleitet.

Ziel der Reform ist die Erhaltung des uneingeschränkten Zugangs zu jeder Art der notwendigen medizinischen Versorgung unabhängig vom Alter, sozialer Struktur und gesundheitlichen Aspekten.

Vor dem Auslaufen dieser Vereinbarung führten der Bund und die Bundesländer im Herbst 2000 die Verhandlungen über eine neue Vereinbarung. Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung trat nach Genehmigung im Nationalrat am 1. Jänner 2001 in Kraft (mit einer Geltungsdauer bis 2004) und wurde nach Ratifizierung durch alle Bundesländer mit BGBl. I Nr.60/2002 kundgetan. Im Folgenden werden die wesentlichen Inhalte der neuen Vereinbarung (siehe Punkt 1.1.) und die bisherigen Umsetzungsschritte dargestellt (siehe Punkt 1.2. bis 1.5.).

### 1.1. Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung

Gegenüber der vorangegangenen Vereinbarung wurden **wesentliche neue Inhalte** aufgenommen, ohne die Kostenentwicklung negativ zu beeinflussen. Die Vereinbarung verbindet die Vertragsparteien in der Zielsetzung, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Die **inhaltlichen Schwerpunkte** der neuen Vereinbarung sind:

- **Planung des Gesundheitswesens**

Vereinbartes Ziel ist die Erreichung einer integrierten, regional aufeinander abgestimmten Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen. Bestandteil der Vereinbarung ist der **Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) 2001**, in welchem die anzustrebende Struktur der – aus den öffentlichen Mitteln über die neun Landesfonds finanzierten – Krankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) bis 2005 vereinbart ist. Erstmals wurden Teilbereiche des Planes auf Basis einer

**Leistungsangebotsplanung** erstellt, in der qualitätsorientierte Festlegungen im Vordergrund stehen. Als integrierender Bestandteil der Planung wurde daher auch die Festlegung von **Strukturqualitätskriterien** vereinbart. Die Planungen sind laufend zu evaluieren und weiterzuentwickeln (siehe Punkt 1.2. und 1.3.).

- **Qualität im Gesundheitswesen**

Es wurde die Implementierung eines verbindlichen, der Effizienzsteigerung dienenden **gesamtosterreichischen Qualitätssystems** vereinbart. Damit wird die **systematische Qualitätsarbeit** intensiviert und regelmäßig evaluiert werden. Eckpunkte sind die Erarbeitung von Leitlinien, Behandlungspfaden und Standards sowie ein laufendes standardisiertes Qualitätsmonitoring. Es sollen Förderungsmaßnahmen und Anreizmechanismen gesetzt und Best-Practice-Modelle entwickelt werden (siehe Punkt 1.3. und 3.).

- **Verbesserung des Managements an den Schnittstellen im Gesundheitswesen**

Es wurde vereinbart, das Schnittstellenmanagement durch verbindliche **Kooperationsformen** zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen effizienter zu gestalten. Damit soll eine raschere, lückenlose, medizinisch und ökonomisch sinnvolle Behandlungskette in der Patienten/innenversorgung auf dem jeweils erforderlichen Qualitätsniveau gewährleistet werden. Die Maßnahmen sollen sowohl einen funktionierenden **Informationstransfer** als auch die organisatorische Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs der Patient/innenversorgung zwischen verschiedenen leistungs anbietenden Einrichtungen umfassen (siehe Punkt 1.2.2. und Kapitel III).

- **Gesundheitstelematik**

Die Nutzung der Potenziale der Informations- und Kommunikationstechnologie für das Gesundheitswesen wird intensiviert werden. Es wurde vereinbart, eine bundeseinheitliche Vorgangsweise beim Auf- und Ausbau der Infrastruktur für ein Gesundheitsdatennetz zur Unterstützung administrativer Erfordernisse und zum Wissens- und Erfahrungstransfer anzustreben und zu fördern. Zur Gewährleistung der Erreichung dieser Zielsetzungen ist der **Entwurf** für ein **Gesundheits-telematikgesetz** in Ausarbeitung.

- **Krankenanstaltenfinanzierung**

Das im Jahr 1997 österreichweit eingeführte, bewährte und auch international viel beachtete österreichische System der **Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)** mittels Fallpauschalen soll vereinbarungsgemäß weiterentwickelt werden. Ziel ist u.a.,



## Gesundheitswesen

eine noch höhere Kosten- und Leistungstransparenz und ein österreichweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen zu erreichen (siehe Punkt 1.4.).

### • Dokumentation im Gesundheitswesen

Im Zuge der neuen Vereinbarung wurde die österreichweite Dokumentation der Diagnosen im stationären Spitalsbereich auf den Diagnoseschlüssel ICD-10 ab 2001 verpflichtend umgestellt. Parallel zu der seit vielen Jahren erfolgreich durchgeführten **Diagnosen- und Leistungs-dokumentation** im stationären Spitalsbereich wurde die Erprobung einer vergleichbaren Dokumentation im ambulanten Bereich vereinbart. Weiters wurde die Neukonzeption der (sich seit 1978 in Anwendung befindlichen) österreichweit einheitlichen **Krankenanstalten-Kostenrechnung** vereinbart. Schließlich soll ein auch den Ländern (Landesfonds) und der Sozialversicherung zugängliches **Informations- und Analyseinstrumentarium** zur Beobachtung von Entwicklungen im Gesundheitswesen eingerichtet und weiter entwickelt werden (siehe Punkt 1.5.).

Weitere neue, vorwiegend **finanzielle und organisatorische Inhalte** der neuen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG sind im Folgenden kurz zusammen gefasst:

- Sowohl für die Finanzierung von Planungen und Strukturereformen als auch für die Förderung des Transplantationswesens stehen in den nächsten Jahren mehr Mittel zur Verfügung.
- Um den intensiven Abstimmungserfordernissen der Vertragsparteien Rechnung zu tragen, wurde in wesentlichen Fragen (Planung und Qualität im österreichischen Gesundheitswesen sowie Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) vorgesehen, dass ein Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zu erzielen ist. Die Intention einer intensiven Zusammenarbeit schlägt sich auch in der vorgesehenen Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen nieder. Diese Arbeitsgruppe wird die Projekte des Strukturfonds und der Landesfonds bei Bedarf und im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien einer begleitenden ökonomischen Evaluierung und einer laufenden Beobachtung und Bewertung von Strukturveränderungen unterziehen.
- Der Kreis der Mitglieder der Strukturkommission, deren wichtigste Aufgabe die Steuerung der Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen und das Vorantreiben der Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche sowie das Forcieren der strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen ist, wird

um einen Vertreter/eine Vertreterin der Patientenanwaltschaften und einen Vertreter bzw. einer Vertreterin der Österreichischen Ärztekammer erweitert.

- Zwischen den Vertragspartnern werden in Hinkunft einvernehmlich strukturelle Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der systematischen Qualitätsarbeit vereinbart. Bei einem Verstoß gegen diese verbindlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen können Sanktionsmaßnahmen gesetzt werden.

Mit diesen in der neuen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG festgelegten Maßnahmen werden notwendige Strukturbereinigungen unterstützt, ein Schritthalten mit dem medizinischen Fortschritt bei gleichzeitig stärkerer Patient/innenorientierung sichergestellt und eine weitere Effizienzsteigerung im österreichischen Gesundheitsversorgungssystem auch im neuen Jahrzehnt angestrebt.

## 1.2. Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsplanung

In der für die Jahre 2001 bis 2004 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (siehe Punkt 1.) einigten sich die Vertragspartner darauf, dass die Planung des österreichischen Gesundheitswesens grundsätzlich alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung (insbesondere: stationärer Bereich, ambulanter Bereich und Rehabilitationsbereich) und den Pflegebereich sowie deren Beziehungen untereinander umfasst.

Zentraler Planungsbereich der Strukturkommission blieb – wie bereits während der vorangegangenen Vereinbarungperiode – der Krankenanstaltensektor bzw. jene Krankenanstalten, die auch aus Mitteln des Bundes mitfinanziert werden (Fonds-Krankenanstalten). Dabei ist die **Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) zu einem Leistungsangebotsplan** fortzusetzen. Die Planung ist laufend zu evaluieren und der Plan bei Bedarf einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien zu revidieren.

### 1.2.1. Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP)

Der ÖKAP/GGP ist ein Eckpfeiler der Reform des Gesundheitswesens und wird zwischen dem Bund und den Bundesländern einvernehmlich festgelegt. Er trat am 1. Jänner 1997 in Kraft und wird seither in regelmäßigen Abständen aktualisiert und weiterentwickelt. Er ist für die Fonds-Krankenanstalten in der jeweils gültigen Fassung verbindlich.



**Ziele des ÖKAP/GGP** sind die Erhaltung der hohen Versorgungsqualität, die Anpassung der Spitalsstruktur an die zukünftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung und die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit des Spitalssektors. Es werden regional möglichst homogene und effiziente Strukturen durch Umstrukturierungen in vielen Krankenanstalten vereinbart, zukunftsorientierte und teils überregionale (über die Bundesländergrenzen hinausgehende) Versorgungsaufträge definiert, sowie zunehmend qualitätsorientierte Festlegungen integriert.

Der **Krankenanstaltenplan (ÖKAP)** regelt Standorte und Fächerstruktur der Fonds-Krankenanstalten, die Gesamtbettenobergrenze je Haus, die Gesamtbettenobergrenze nach Fachrichtungen je Bundesland und die überregionale Leistungserbringung in ausgewählten Bereichen. Detailliertere Festlegungen werden in den Landeskrankenanstaltenplänen, die sich im Rahmen der Festlegungen des ÖKAP/GGP zu bewegen haben, getroffen.

Der **Großgeräteplan (GGP)** legt Art und Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je Krankenanstalt fest, wobei vor allem die Fächerstruktur der Krankenanstalt als Strukturqualitätskriterium zugrunde gelegt wird. Weiters werden versorgungswirksame Kapazitäten außerhalb der Fonds-Krankenanstalten berücksichtigt. Seit 1999 wird auch die maximale Anzahl der Großgeräte mit §2-Kassenvertrag außerhalb der Fonds-Krankenanstalten vereinbart.

Am 1. Jänner 2001 ist eine revidierte Fassung, der **ÖKAP/GGP 2001**, als Bestandteil der zit. Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG in Kraft getreten. Der Planungshorizont ist das Jahr 2005, das heißt, dass bis dahin die im Plan enthaltenen Zielvorgaben umzusetzen sind.

Der ÖKAP/GGP 2001 wurde erstmals in Teilbereichen auf Basis einer **Leistungsangebotsplanung** und damit auf Grundlage eines neuen zukunftsweisenden Planungsparadigmas erstellt. Dieses stellt eine schrittweise Abkehr von der traditionellen quantitativen Bettenplanung in Richtung einer Kapazitätsplanung und einer stärkeren Forcierung qualitätsorientierter Planungsempfehlungen in Form von Strukturqualitätskriterien und fachspezifischen abgestuften Leistungsspektren dar. In der Leistungsangebotsplanung wird die Qualität der Leistungserbringung in Abhängigkeit von der Strukturqualität und der Leistungsmenge gesetzt.

Im Zusammenhang mit der Leistungsangebotsplanung und dem Modell einer abgestuften Leistungserbringung wurden mit dem ÖKAP/GGP 2001 auch **neue Ebenen der stationären Versorgung** eingeführt und krankenanstaltenrechtlich geregelt. Die stationäre Leistungserbringung erfolgt nicht mehr nur in Fachabteilungen, sondern - unter bestimmten Bedingungen und bei Ein-

haltung der vorgegebenen Strukturqualitätskriterien - auch in Departments, Fachschwerpunkten und (dislozierten) Tageskliniken. Damit soll die Versorgung von Regionen mit unzureichender Erreichbarkeit und fehlender Tragfähigkeit für eine Abteilung aufgrund zu geringer Besiedlungsdichte auf hohem Qualitätsniveau sichergestellt werden. Diese neuen Versorgungsformen sind nur an den im ÖKAP/GGP 2001 vereinbarten Standorten zulässig, sind vorerst als Pilotprojekte zu führen und zu evaluieren.

Weiters werden im ÖKAP/GGP **neue** zukunftsorientierte, in Österreich noch nicht ausreichend vorhandene **Versorgungsbereiche** geplant, wie Akutgeriatrie/Remobilisation, palliativmedizinische Einrichtungen und die psychosomatische Versorgung. Auch die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung und ihre Integration in die Regelversorgung im Rahmen der Psychiatriereform ist Gegenstand des ÖKAP.

Die Planfestlegungen werden durch **Strukturqualitätskriterien** für eine Reihe von Versorgungsbereichen abgesichert (siehe Punkt 1.3.).

Im Laufe des Jahres 2001 beschloss die Strukturkommission einige Änderungen und Ergänzungen zum ÖKAP/GGP 2001. Außerdem wurden die Strukturqualitätskriterien im Herbst 2001 zwischen Bund und Bundesländern akkordiert und von der Strukturkommission im Dezember 2001 inhaltlich beschlossen (die Modalitäten der Umsetzung werden 2002 festgelegt). Die Fassung des **ÖKAP/GGP 2001, Stand 1.1.2002**, enthält den letztgültigen Stand der Planfestlegungen inklusive der Strukturqualitätskriterien und steht auf der **Website des BMSG (<http://www.bmsg.gv.at>)** zur Verfügung.

Die **nächste Revision** des ÖKAP/GGP wird voraussichtlich im Herbst 2002 zwischen dem Bund und den Bundesländern verhandelt und soll **per 1. Jänner 2003** in Kraft treten.

Parallel dazu wurde im Frühjahr 2002 in den Gremien der Strukturkommission die Diskussion über die weitere Entwicklung des ÖKAP/GGP zu einem vollständigen Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2010 aufgenommen.

### 1.2.2. Entwicklung eines nationalen österreichischen Gesundheitsplanes

Anlässlich der Österreichischen Gesundheitskonferenz im Mai 2002 wurde die Diskussion zur Entwicklung eines nationalen österreichischen Gesundheitsplanes mit Präsentationen von Staatssekretär Univ. Prof. Dr. Reinhart Waneck und Univ. Prof. Dr. Ernst Wolner eröffnet. Der österreichische Gesundheitsplan wird sich auf folgende



Erkrankungen fokussieren und Strategien entwickeln, diese gezielt zu bekämpfen:

- Diabetes
- Rheuma
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Herzkrankheiten
- Brustkrebs
- Prostata
- Lunge
- Zahngesundheit, Karies
- Psychische Gesundheit
- Hepatitis C

Die Auswahl dieser Diagnosen erfolgte zum Teil auf Basis der Auswertungen der Daten der Krankenanstalten, die gemäß LKF unter Verwendung des ICD 10 dokumentieren, zum geringeren Teil auf Grund von gesundheitspolitischen Überlegungen. Diese betreffen die Themen Zahngesundheit, Karies, die im LKF nicht dokumentiert sind, da im Zusammenhang mit Karies keine Aufnahmen in Krankenanstalten erfolgen, aber auch Rheuma, das in seiner reinen medizinischen diagnostizierten Form im LKF nicht unter den Spitzenrängen ist, das aber als „Volksseuche“ bezeichnet werden kann und Hepatitis C.

Staatssekretär Univ.Prof. Dr.Reinhart Waneck hat im Oktober 2002 bei den Schladminger Gesundheitsgesprächen einen Entwurf für den nationalen Gesundheitsplan präsentiert. Expertengremien unter Einbeziehung des ÖBIG und der medizinischen Fachgesellschaften wurden in die Erstellung des Erstentwurfes und die darauf aufsetzenden wissenschaftlichen Detailarbeiten eingebunden.

Ziel der Experten ist es, zu diesen Erkrankungen kurz und mittelfristig wirksame Strategien zu entwickeln, die durch entsprechende Maßnahmen sicherstellen, dass sowohl die Anzahl der Neuerkrankungen reduziert werden kann als auch die Behandlung des Einzelnen verbessert.

Die endgültige Fassung des österreichischen Gesundheitsplanes soll anlässlich der Österreichischen Gesundheitskonferenz 2003 vorgelegt werden.

### 1.2.3. Projekte zur Gesundheitsplanung

Die im Auftrag des Strukturfonds durchgeführten **Projekte zur Gesundheitsplanung** betreffen im Wesentlichen Grundlagenarbeiten im Zusammenhang mit dem Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP), begleitende Hilfestellungen bei der Umsetzung der Planfestlegungen und die Evaluierung der Umsetzungen. Darüber hinaus sind aber auch Planungsarbeiten im Bereich des Schnittstellenmanagements erforderlich. Im folgenden werden die Schwerpunkte des

Projekts Gesundheitsplanung der Strukturkommission dargestellt:

#### ● Entwicklung der Leistungsangebotsplanung

Die Grundlagenarbeiten für die Leistungsangebotsplanung wurden im Jahr 1997 in Angriff genommen und werden seither kontinuierlich erweitert und weiter entwickelt. Die Leistungsangebotsplanung stellt den Übergang von der traditionellen Bettenplanung zu einer Kapazitätsplanung (Frequenzen, Belagsdauer) und stärker qualitätsorientierten Planungsempfehlungen (Strukturqualitätskriterien, fachspezifische abgestufte Leistungsspektren) dar. Die Leistungsangebotsplanung erfolgt auf zwei Ebenen:

Im Rahmen der **Leistungsangebotsplanung nach Fachrichtungen** erfolgen Festlegungen zu einer abgestuften Leistungserbringung in Abhängigkeit von der strukturellen Ausstattung der Krankenanstalten, wobei das Planungsprinzip der Versorgungsgerechtigkeit sowie Qualitäts- und Effizienzkriterien die entscheidende Rolle spielen. Die Abstufung der fachspezifischen Leistungserbringung erfolgt nach Fachabteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten, und (dislozierten) Tageskliniken. Mit den Fachschwerpunkten und dislozierten Tageskliniken wurden neue Versorgungsebenen eingeführt (siehe unten). In den ÖKAP/GGP 2001 wurde die Leistungsangebotsplanung für die Fachrichtungen Orthopädie, Unfallchirurgie und Urologie integriert. Das Ergebnis stellt sich wie in der herkömmlichen Bettenplanung in Form von Plan-Bettenzahlen dar, die allerdings für die genannten Fachrichtungen auf Grundlage der Leistungsangebotsplanung generiert wurden. Zur Qualitätssicherung sind fachspezifische Leistungsspektren und Strukturqualitätskriterien erarbeitet worden (siehe Punkt 1.3.).

Die (detaillierte) **Leistungsangebotsplanung für ausgewählte Leistungen** umfasst jene Leistungsbereiche, die eine aufwendige Infrastruktur erfordern und daher nicht beliebig an jedem Krankenanstaltenstandort vorgehalten werden können. Einrichtungen, die solche Leistungen erbringen, haben überregionale Bedeutung, daher ist diesbezüglich eine bundesweite Abstimmung notwendig. Diese Abstimmung ist im Rahmen des ÖKAP/GGP 2001 für die **Leistungsbereiche** Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische Therapie, Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Lebertransplantation, Nierentransplantation, Stroke Unit und Chronische Hämodialyse erfolgt. Bestandteil der Planfestlegungen sind Strukturqualitätskriterien (siehe Punkt 1.3.).

Weitere Teilergebnisse der Leistungsangebotsplanung werden in die bevorstehende nächste Revision des ÖKAP/GGP per 1.1.2003 einfließen. In den nächsten Jahren sollen alle ÖKAP/GGP-relevanten Bereiche mit



den Instrumenten der Leistungsangebotsplanung entwickelt werden.

- **Festlegung „neuer“ Organisationsformen der intramuralen Gesundheitsversorgung**

In den Jahren 1999 und 2000 sind Grundlagen und Empfehlungen zu medizinisch und ökonomisch sinnvollen, international üblichen und bewährten zeitgemäßen Organisationsformen im Sinne einer abgestuften Versorgungsstruktur unter Berücksichtigung der Erfordernisse der Qualitätssicherung erarbeitet worden. Die Ergebnisse in Form von **Departments, Fachschwerpunkten und (dislozierten) Tageskliniken** wurden in den ÖKAP/GGP 2001 integriert und im Bundes-Krankenanstaltengesetz (BGBl. I Nr.5/2001) geregelt. Da die neuen Organisationsformen (insbesondere Fachschwerpunkte und dislozierte Tageskliniken) als Pilotprojekte zu führen und zu evaluieren sind, wurden im Jahr 2001 Evaluierungskonzepte entwickelt, die seit 2002 kontinuierlich mit der Einrichtung neuer Organisationsformen zur Anwendung kommen.

- **Planung des Auf- und Ausbaus „neuer“ Versorgungsbereiche**

In den Jahren 1997-2000 wurden Bestandsaufnahmen und Bedarfsanalysen durchgeführt sowie Empfehlungen für Planungen und Strukturqualitätskriterien für die Bereiche **Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin und Psychosomatik** erarbeitet. Die Ergebnisse der Arbeiten wurden in den ÖKAP/GGP 2001 aufgenommen. Im Jahr 2001 wurden Strukturqualitätskriterien für diese Bereiche in der Strukturkommission akkordiert sowie Evaluierungskonzepte entwickelt. Seit 2002 wird die Einrichtung dieser Bereiche mittels Beratungsleistungen begleitet und bei bereits laufenden Projekten wird mit der im ÖKAP/GGP vereinbarten Evaluierung begonnen.

- **Psychiatrieplanung**

Im Zusammenhang mit der Psychiatriereform werden die Entwicklung des intra- und extramuralen Angebots zur psychiatrischen Versorgung laufend analysiert, Umlagerungspotenziale vom stationären in den ambulanten Bereich quantifiziert, Bedarfsanalysen erstellt und Empfehlungen zur Strukturveränderungen in der psychiatrischen Versorgung erarbeitet. Besondere Berücksichtigung finden auch Spezialbereiche wie die Gerontopsychiatrie und – im Jahr 2002 – die Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Ein erstmals gesamtösterreichisches Psychiatriekonzept wurde bereits in den ÖKAP/GGP'99 aufgenommen. Im Jahr 2001 wurden Strukturqualitätskriterien für dezentrale Fachabteilungen für Psychiatrie in der Strukturkommission akkordiert.

- **Zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements**

Ausgehend von dem in der geltenden Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG formulierten Ziel der Verbesserung des Schnittstellenmanagements im Gesundheitswesen wird im Jahr 2002 ein Planungsprojekt durchgeführt, das sich mit dem Thema **Präoperative Diagnostik** befasst. Ergebnis einer ersten Projektphase werden Empfehlungen zu fachspezifischen Katalogen für Befundungen im Zusammenhang mit präoperativer Diagnostik sein.

### 1.3. Entwicklung von Strukturqualitätskriterien

Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung legt ein besonderes **Schwergewicht** auf österreichweit **einheitliche Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität** im Gesundheitswesen. Ein Aspekt der Qualitätssicherung ist die **Strukturqualität**. Sie bezeichnet die Qualität der (infra)strukturellen Ausstattung von Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Es wird davon ausgegangen, dass eine entsprechende Prozess- und Ergebnisqualität nur dann erzielt werden kann, wenn dafür die Voraussetzungen in Bezug auf die personelle, apparative und räumliche Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht vorhanden sind.

Zur Sicherung und Verbesserung der Strukturqualität in der österreichischen Gesundheitsversorgung und im Interesse einer bundesweit einheitlichen Qualitätssicherung sind im Zuge der Planungsarbeiten zum Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) 2001 und seiner Weiterentwicklung zu einem Leistungsangebotsplan (siehe Punkt 1.2.) für eine Reihe von Gesundheitsversorgungsbereichen Strukturqualitätskriterien erarbeitet worden.

Auf dieser Grundlage hat die Strukturkommission Richtlinien für **Strukturqualitätskriterien** beschlossen, die im Zusammenhang mit den Festlegungen im ÖKAP/GGP 2001, Stand 1.1.2002, zur Anwendung zu bringen sind. Für Einrichtungen, die nicht Planungsgegenstand des ÖKAP/GGP sind, stehen die Strukturqualitätskriterien als Orientierungshilfen zur Verfügung und stellen einen Beitrag zur österreichweiten Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen dar.

Die Strukturqualitätskriterien für die neuen Organisationsformen der intramuralen Versorgung - **Departments, Fachschwerpunkte, Tageskliniken** - sind seit 1. Jänner 2001 im ÖKAP/GGP 2001 enthalten. Sie sind in Verbindung mit den entsprechenden Festlegungen über



die angeführten neue Versorgungsebenen im ÖKAP/GGP verbindlich zur Anwendung zu bringen.

Die Strukturqualitätskriterien für die **neuen Versorgungsbereiche** Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin, Psychosomatikschwerpunkte und Departments für Psychosomatik und Psychotherapie, sowie dezentrale Fachabteilungen für Psychiatrie an allgemeinen Krankenanstalten wurden von der Strukturkommission im Dezember 2001 inhaltlich beschlossen.

Die Strukturqualitätskriterien für **Intensivbereiche** (Anästhesiologie, Interdisziplinär, Innere Medizin, Neurologie/Neurochirurgie, Kinder- und Jugendheilkunde, Neonatologie) wurden von der Strukturkommission im Dezember 2001 inhaltlich beschlossen. Diese aktualisierten Richtlinien ersetzen die „Empfohlenen Standards für Intensiveinheiten“ aus dem ÖKAP/GGP'99 und gelten in der aktuellen Fassung vorerst – wie bisher – als Empfehlungen.

Die Strukturqualitätskriterien für ausgewählte **ressourcen- und kostenintensive Leistungsbereiche** (die im ÖKAP/GGP 2001 im Rahmen der Leistungsangebotsplanung und der Großgeräteplanung geplant sind), das sind die Bereiche Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische Therapiebettenstation, Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Lebertransplantation, Nierentransplantation, Stroke Unit, Hämodialysezentren, Herzkatheterlabors und Strahlentherapie, wurden von der Strukturkommission im Dezember 2001 inhaltlich beschlossen.

Die Fachspezifische Leistungsspektren und Strukturqualitätskriterien für die im ÖKAP/GGP 2001 im Rahmen der Leistungsangebotsplanung geplante abgestufte Versorgung in den Fachrichtungen **Orthopädie, Unfallchirurgie und Urologie** wurden von der Strukturkommission im Dezember 2000 erlassen und sind seit 1. Jänner 2001 in Verbindung mit den Festlegungen für die entsprechenden Fachrichtungen im ÖKAP/GGP gültig. Im Dezember 2001 wurde eine aktualisierte, ergänzte und um die Fachrichtungen **Augenheilkunde und HNO** erweiterte Fassung von der Strukturkommission inhaltlich beschlossen. Die Richtlinien sind in der aktuellen Fassung für Departments, Fachschwerpunkte und dislozierte Tageskliniken der betroffenen Fachrichtungen seit 1. Jänner 2002 in Verbindung mit den entsprechenden Festlegungen im ÖKAP/GGP verbindlich zur Anwendung zu bringen.

#### 1.4. Entwicklungen im Bereich der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Im Jahr 1997 wurde in allen Bundesländern das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

(LKF-System) in den über die Landesfonds finanzierten Akutkrankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) eingeführt. Das LKF-System ermöglicht eine Abrechnung der Krankenanstalten auf der Basis von leistungsorientierten **Diagnosenfallpauschalen** und berücksichtigt damit das tatsächliche Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten.

Entsprechend dem vereinbarten Gestaltungsspielraum sind in den meisten Bundesländern zur Berücksichtigung strukturspezifischer Unterschiede in der Krankenhauslandschaft speziell entwickelte Gewichtungselemente (zumeist als Krankenhausfaktor) in der Finanzierung vorgesehen. Daher besteht das LKF-System aus einem **bundesweit einheitlich gestalteten Teil und einem landesspezifisch festzulegenden Teil**. Die Weiterentwicklung des bundesweit einheitlichen Teiles des LKF-Systems ist ein Projekt des Strukturfonds. Organ des Strukturfonds ist die auf Bundesebene eingerichtete **Strukturkommission**, die über das jährliche (jeweils für ein Kalenderjahr gültige) LKF-Modell entscheidet. Die landesspezifische Ausformung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems erfolgt durch die **Landeskommissionen** als Organe der Landesfonds.

Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung bei gleichzeitiger Budgetierung der Landesfonds und mit der österreichweit akkordierten Planung einer optimalen Kapazitäts- und Leistungsangebotsstruktur wurden die Voraussetzungen für notwendige Strukturveränderungen, für eine Optimierung des Ressourceneinsatzes und somit für eine langfristige Eindämmung der Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich geschaffen.

##### 1.4.1. Bisherige Erfahrungen mit dem LKF-System

Die Analyse der Daten für die Jahre 1997-2000 und – soweit vorläufige Ergebnisse bereits verfügbar sind, auch für 2001 – zeigt, dass sich der **Trend zu mehr Effizienz bei der Leistungserbringung** und zur **Konsolidierung der Kostensteigerungsraten fortgesetzt** hat. Dabei liegen die festzustellenden Veränderungen im Trend der letzten Jahre und lassen für die nächsten Jahre eine kontinuierliche Strukturverbesserung im Gesundheitswesen erwarten.

Die **durchschnittliche Belagsdauer** in den Fonds-Krankenanstalten hat sich weiterhin **moderat verkürzt**: Sie lag im Jahr 1997 bei der Patienten/innengruppe mit 1 bis 28 Belagstagen Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt bei 6,7 und reduzierte sich bis zum Jahr 2000 auf 6,3 Belagstage; die vorläufigen Ergebnisse für 2001 zeigen eine weitere Senkung auf **6,2 Tage**.

Der Trend zu kürzeren Krankenhausaufenthalten wird nach wie vor von der **Zunahme der Zahl tagesklinischer Behandlungen** begleitet.



Die Kostenentwicklung der letzten Jahre bestätigt, dass die Bemühungen der Krankenanstaltenfinanziers und der Krankenanstalten-träger um eine Eindämmung der jährlichen Kostensteigerungsraten erfolgreich waren: Die **jährliche Kostensteigerungsrate** konnte in den über die Landesfonds finanzierten Akutkrankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) von fast 10 Prozent im Jahr 1993 auf 4,1 Prozent im Jahr 1999 und **4,4 Prozent im Jahr 2000** reduziert werden.

#### 1.4.2. Weiterentwicklung des LKF-Systems

Das LKF-System wird auf Grund der gewonnenen praktischen Erfahrungen und auf Grund aktueller Datengrundlagen **jährlich einer Revision unterzogen** und in den verschiedenen medizinischen Leistungsbereichen verfeinert, kontinuierlich verbessert und laufend an den medizinischen Fortschritt angepasst.

Im Jahr 1998 wurde ein **LKF-Intensiveinstufungsmodell** erarbeitet, das **ab 1. Jänner 1999** anzuwenden war. Es stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine - dem Bereich der Intensivmedizin besser entsprechende - Abrechnung von Leistungen dar. Grundlage war die Einführung eines bundesweit einheitlichen Intensivdokumentationssystems im Jahr 1998.

Weiters wurde für das **LKF-Modell 1999** eine verbesserte **Bepunktungsregelung** im Bereich der **Psychiatrie** und eine geänderte Bepunktungsregelung für den Bereich der **onkologischen Therapie** erarbeitet und umgesetzt.

Die im Jahr 1999 durchgeführte Wartung und Weiterentwicklung des **LKF-Modells 2000** betraf nur geringfügige Änderungen, u.a. eine Überarbeitung der Chemo-therapieschemata, eine Differenzierung von Leistungen im Bereich der Nuklearmedizin und der Aufnahme neuer Leistungen in den Bereichen Strahlentherapie und Chirurgie.

Im **LKF-Modell 2001** wurden einzelne Veränderungen im Bereich der Erwachsenen-Onkologie, der Augenheilkunde und der Kardiologie vorgenommen.

Das **LKF-Modell 2002** basiert auf einer umfassenden Modellwartung, die auf Grundlage von LKF-Nachkalkulationen zu Punkte- und Strukturanpassungen bei zahlreichen Fallpauschalen geführt hat. Das LKF-Modell 2002 mit allen seinen Grundlagen ist im Internet auf der **Website des BMSG** verfügbar.

### 1.5. Entwicklungen im Bereich der Dokumentation

Eine wesentliche Voraussetzung für sämtliche Schritte der Gesundheitsreform ist eine möglichst aktuelle, kon-

tinuierliche, österreichweit vergleichbare und lückenlose Dokumentation des Leistungsgeschehens in der Gesundheitsversorgung und Maßnahmen zur Sicherung der Datenqualität.

Die Dokumentation ist **auf Bundesebene geregelt** und liegt im Zuständigkeitsbereich des BMSG. Die Dokumentation in den Spitälern ist die Grundlage für das LKF-System (siehe Punkt 1.4.).

#### 1.5.1. Weiterentwicklung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation

Mit 1. Jänner 2001 wurde in allen Krankenanstalten Österreichs der **Diagnosenschlüssel ICD-10** (das ist die von der WHO herausgegebene Internationale Klassifikation der Erkrankungen, 10.Revision) als Grundlage für die Diagnosendokumentation verpflichtend eingeführt.

Zusätzlich wurde die Struktur des **Diagnosen- und Leistungsberichts** (MBDS) dahingehend geändert, dass zukünftig u.a. eine unbeschränkte Anzahl an Diagnosen, an medizinischen Leistungen und an Verlegungen im Bericht gemeldet werden können.

Bei der **Leistungsdokumentation** zeichnet sich auf Grund unterschiedlicher Anforderungen und Zielsetzungen in den deutschsprachigen Ländern zur Zeit keine Vereinheitlichung ab. Die Entwicklungen werden beobachtet, eine Einführung eines gemeinsamen Prozedurenschlüssels ist aber mittelfristig nicht zu erwarten.

Zu einer **Dokumentation im ambulanten Bereich** ist in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung festgelegt, dass im spitalsambulanten und im niedergelassenen Bereich eine geeignete Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Modellversuchen zu erproben ist. Als Grundlage für die Diagnosendokumentation ist der Diagnosenschlüssel ICD-10 bzw. ein mit diesem kompatibler Schlüssel, und für die Leistungsdokumentation ein praxisorientierter, leicht administrierbarer Leistungskatalog anzuwenden.

Dabei ist auf die besonderen Gegebenheiten im **ambulanten Bereich** (z.B. Unsicherheit der Diagnosenstellungen, Behandlung von Symptomen) Bedacht zu nehmen. Die Möglichkeiten und notwendige Voraussetzungen für eine bundesweit einheitliche Dokumentation im ambulanten Bereich werden mit der Österreichischen Ärztekammer, dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und den Bundesländern diskutiert. Aus derzeitiger Sicht erscheint es zweckmäßig, die pilothafte Erprobung einer Dokumentation in Schnittstellenprojekte einzubinden, um eine entsprechende Akzeptanz der Beteiligten und ein qualitativ



hochwertiges, da zielgerichtetes Dokumentationsergebnis zu erreichen.

### 1.5.2. Weiterentwicklung der Krankenanstalten-Kostenrechnung

Nach Artikel 23 (3) der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung sind die Arbeiten zur Aktualisierung und **Weiterentwicklung** der bundesweit einheitlich geregelten **Krankenanstalten-Kostenrechnung** einvernehmlich mit dem Ziel fortzusetzen, diese Arbeiten bis Ende 2002 abzuschließen und ein geändertes Informations- und Berichtssystem für die Krankenanstalten nach Beschlussfassung durch die Strukturkommission in den Krankenanstalten mit Wirksamkeit 1. Jänner 2004 verpflichtend umzusetzen.

Die sich seit 1978 in Anwendung befindliche, österreichweit einheitliche Krankenanstalten-Kostenrechnung wird daher nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft neu konzipiert. Als Entscheidungsgrundlage für die Richtung der Weiterentwicklung wurde bereits im Jahr 2000 eine Vorstudie (Machbarkeitsstudie) in Auftrag des Strukturfonds fertiggestellt.

### 1.5.3. Weiterentwicklung der Informations- und Analyseinstrumentarien

Nach Artikel 26 (8) der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ist die Einrichtung und Weiterentwicklung eines auch den Ländern (Landesfonds) und der Sozialversicherung zugänglichen Informations- und Analyseinstrumentariums mit den Leistungs-, Kosten-, Personal- und weiteren Daten zur Beobachtung von Entwicklungen im Gesundheitswesen einzurichten bzw. weiter zu entwickeln.

Das im BMSG bereits realisierte **Projekt DIAG** (= Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im österreichischen Gesundheitswesen) ist die Zusammenführung und einheitliche Präsentation sämtlicher im BMSG vorliegenden Informationen über Diagnosen- und Leistungsdaten, Statistik-, Kostenrechnungs- und Planungsdaten über die österreichischen Krankenanstalten, die als Entscheidungsgrundlage zur Umsetzung struktureller Maßnahmen durch das BMSG herangezogen werden können. Seit Anfang 2001 ist die Implementierung der dem BMSG bisher vorliegenden Daten abgeschlossen, wobei der Datenbestand ständig um die aktuellsten Daten erweitert wird.

Ein **Kurzüberblick** über die Entwicklung der Spitalsbetten, der stationären Aufenthalte, der Kosten der

Fonds-Krankenanstalten und des Krankenhauspersonals in den letzten zehn Jahren steht im Internet auf der **Website des BMSG** zur Verfügung („Krankenanstalten in Zahlen“).

Im Winter 2001/2002 wurde gemäß den Festlegungen in der gelten Vereinbarung eine Anforderungsanalyse der Bedürfnisse der Länder bzw. des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführt. Weiters erfolgte bereits eine Entscheidung über die technische Realisierung dieses Projekts (zentrale Datenbank mit dezentralen Zugängen). In den nächsten Schritten werden die Dateninhalte festgelegt, ein Pilotbundesland ausgewählt und das Projekt technisch realisiert. Mit dem geplanten Projektende Mitte 2003 sollte allen Bundesländern und dem Hauptverband der Zugang und die Nutzung des DIAG-Systems ermöglicht sein.

## 2. Krankenanstalten

Der Bund ist hinsichtlich des Spitalswesens nur für die Grundsatzgesetzgebung zuständig. Die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung – einschließlich der Sicherstellung der Spitalversorgung – ist Ländersache.

Österreich hatte im Jahr 2000 **321 Spitäler** mit rund **70.000 Betten** (siehe Punkt 2.1.). Etwa die  **Hälfte der Spitäler** mit allerdings  **72% aller Betten** werden aus  **öffentlichen Mitteln** finanziert. Neben den Finanzmitteln der Länder und Gemeinden leistet die Sozialversicherung einen erheblichen Anteil an der Spitalsfinanzierung. Darüber hinaus werden die Spitäler auch mit Mitteln des Bundes finanziert (siehe Punkt 2.2.).

Aufgrund der Kompetenzverteilung, der Vielfalt der Financiers und der gemischten Finanzierung (Sozialversicherungsbeiträge und Steueraufkommen) schließen der Bund und die Länder in regelmäßigen Abständen Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG ab. Darin werden Festlegungen über die Spitalsfinanzierung und Vereinbarungen über gemeinsame Maßnahmen zur Steuerung der strukturellen Entwicklung der Spitäler sowie des Gesundheitswesens getroffen (siehe Punkt 1.).

### 2.1. Strukturmerkmale und Kennziffern

Wie in den Jahren vorher wurden auch im Jahr 2000 die für den Bund relevanten **Kostenrechnungsergebnisse, Leistungsdaten und Statistikdaten** von jenen Krankenanstalten, die über die neun Landesfonds finanziert werden, sowie Statistikdaten aller österreichischen Krankenanstalten erhoben. Diese Daten wurden miteinander verknüpft, um so Kennzahlen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu ermitteln. Die Ergebnisse und Auswertungen für das Jahr



2000 wurden allen mit dem Krankenhauswesen in Österreich befassten Stellen zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus wurde im Jahr 1999 vom Gesundheitsressort erstmals ein gesamtösterreichisches **Krankenanstaltenverzeichnis** herausgegeben und wird jährlich adaptiert. Es ist als Broschüre sowie im Internet auf der **Website des BMSG** erhältlich.

Zum Stichtag 31.12.2000 waren in Österreich 321 Krankenanstalten mit insgesamt 70.261 tatsächlich aufgestellten Betten registriert. Die **Bettendichte** betrug **8,7 Betten** je 1000 Einwohner/innen, wobei nicht nur die Akutversorgung, sondern auch die Langzeitversorgung – etwa chronisch Kranker – und ein Großteil des Rehabilitationsbereiches erfasst ist. Die Krankenanstalten versorgten im Jahr 2000 rund **2,4 Millionen stationäre Patienten/innen**.

Die 321 Krankenanstalten gliederten sich in **118 Allgemeine Krankenanstalten** (37%) mit insgesamt 43.352 Betten (62%), **98 Sonderkrankenanstalten** (31%) mit insgesamt 14.631 Betten (21%) und **105 sonstige Krankenanstalten** (Pflegeanstalten für chronisch Kranken, Heime für Genesende, Entbindungsheime und Sanatorien; 32%) mit insgesamt 12.278 Betten (17%).

Von den 321 Spitälern waren 141 öffentliche Krankenanstalten (44%) mit insgesamt 48.988 Betten (70%), das heißt, dass mehr als **zwei Drittel** der österreichischen Spitalsbetten im **öffentlichen Versorgungsbereich** vorgehalten werden.

Zusätzlich zu den öffentlichen Krankenhäusern, die jedenfalls gemeinnützig sind, gab es weitere 38 Spitäler mit 5.725 Betten, die ebenfalls gemeinnützig – d. h. nicht gewinnorientiert – arbeiten. Insgesamt umfasste der **gemeinnützige Spitalsbereich** damit **179 Krankenhäuser** (56%) mit **54.713 Betten** (78%).

Die österreichischen Krankenanstalten befinden sich in unterschiedlicher **Trägerschaft**: Die Länder bzw. Landesgesellschaften sind Träger von 29% der Spitäler mit 51% der Betten. In der Trägerschaft von Gemeinden, Gemeindeverbänden und Gemeindegemeinschaften befinden sich 18% der Spitäler mit 16% der Betten. Krankenkassen, Fürsorgeverbände, Unfall- und Pensionsversicherungsanstalten betreiben knapp 13% der Spitäler mit 8% der Betten. Weitere 15% der Spitäler mit etwa 17% der Betten werden von geistlichen Orden und Glaubensgemeinschaften sowie Gesellschaften geistlicher Orden und Glaubensgemeinschaften getragen. 22% der Spitäler mit etwas mehr als 7% der Betten sind Privatpersonen, Privatgesellschaften, Vereinen und Stiftungen zuzuordnen. Der Rest (3% der Spitäler mit knapp 1% der Betten ausschließlich im Heeres- und im Justizanstaltenbereich) befindet sich in der Trägerschaft des Bundes.

Von den **allgemeinen Krankenanstalten** werden 41% mit 54% der Betten (für die Allgemeinversorgung) im Bereich der Länder, 33% mit 25% der Betten im Bereich der Gemeinden und 26% mit 21% der Betten vom konfessionellen Bereich getragen. Im Bereich anderer Träger befinden sich nur wenige allgemeine Krankenanstalten. Auch die **öffentlichen Krankenanstalten** werden zu 59% mit 63% der Betten (im öffentlichen Bereich) von den Ländern, zu 27% mit 23% der Betten von den Gemeinden und zu 14% mit 14% der Betten vom konfessionellen Bereich getragen, auch hier spielen andere Träger nur eine untergeordnete Rolle. Die drei **Universitätskliniken** (Graz, Innsbruck, Wien) halten zusammen 5.376 Betten vor, das sind 7,7% der gesamtösterreichischen Spitalsbetten.

Hinsichtlich der **Größenstruktur** der österreichischen Spitalslandschaft ist festzustellen, dass rund 69% der Spitäler Ende 2000 zusammen nur rund 29% der Betten anboten. Diese 69% der Krankenhäuser hatten weniger als 200 Betten, davon mehr als die Hälfte weniger als 100 Betten oder 7% des Gesamtbettenangebots. Rund 71 Spitäler mit zusammen 30% des Bettenangebots fielen in die Größenordnung von 200 bis unter 500 Betten. In 20 Häusern der Größenordnung von 500 bis unter 1000 Betten standen weitere 21% der österreichischen Spitalsbetten. Inklusive der Universitätskliniken gab es Ende 2000 neun Spitäler in der Größenordnung von mehr als 1000 Betten mit zusammen 20% der gesamten Spitalsbetten.

Von den 321 Krankenanstalten sind **147 Spitäler** (46%) die so genannten **Fonds-Krankenanstalten**, die aus öffentlichen Mitteln über die neun Landesfonds finanziert werden. Es sind dies die öffentlichen allgemeinen und Sonderkrankenanstalten sowie die privaten gemeinnützigen allgemeinen Spitäler. Damit ist im Wesentlichen der **Aktubereich** (ohne Unfallkrankenhäuser!) umfasst. Die Bettenkapazität der Fonds-Krankenanstalten belief sich Ende 2000 auf **50.675 tatsächlich aufgestellte Betten**, das entspricht 72% der gesamtösterreichischen Bettenkapazität.

Die Fonds-Krankenanstalten versorgten im Jahr 2000 rund **2,1 Millionen stationäre Patienten/innen**. Die **Krankenhaustäufigkeit** betrug im Bereich der Fonds-Krankenanstalten rund **26%**, das heißt, dass im Durchschnitt jede/r vierte Einwohner/in Österreichs einmal im Jahr 2000 einen stationären Krankenhausaufenthalt absolvierte. Die **Bettendichte** lag bei rund **6,3 Betten** je 1000 Einwohner/innen bzw. 160 Einwohner/innen je Bett. Die durchschnittliche **Belagsdauer** (Mitternachtsstände) der Patienten/innen mit einem Aufenthalt in einer Fonds-Krankenanstalt zwischen 1 und 28 Tagen lag 2000 bei **5,9 Tagen**. Das ergab rund 1,7 **Belagstage** (Mitternachtsstände) je Einwohner/innen.



## 2.2. Krankenanstaltenfinanzierung und Kostenentwicklung

Die Finanzierung der **147 Fonds-Krankenanstalten** erfolgt aus Finanzmitteln der Länder und Gemeinden. Darüber hinaus leistet die Sozialversicherung einen erheblichen Anteil an der Spitalsfinanzierung. Auch der Bund beteiligt sich im Rahmen der jeweils geltenden Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG an der Finanzierung der Fonds-Spitäler.

Die **Mittel des Bundes für die Spitalsfinanzierung** (Umsatzsteueranteile und sonstige Beiträge) werden in den – auf Basis der für die Jahre 2001 bis 2004 geltenden Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung auf Bundesebene eingerichteten - **Strukturfonds** eingezahlt, der auch (in der Strukturkommission als seinem Organ) die in der Vereinbarung zwischen Bund und Bundesländern vereinbarten Aufgaben wahrzunehmen hat (siehe Punkt 1).

Auf Grund der derzeit geltenden Vereinbarung stellt der Bund sicher, dass der Strukturfonds jährlich wie folgt dotiert wird:

1. mit einem Beitrag in der Höhe von 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer,
2. mit € 242 Millionen (3.330 Millionen öS).

Im Jahr 2001 betrug die **Dotierung des Strukturfonds € 470 Mio** (davon € 228 Mio Umsatzsteueranteil). Für das Jahr **2002** ist mit einer Dotierung in Höhe von **€ 486 Mio.** zu rechnen (davon € 244 Mio. Umsatzsteueranteil). Im Vergleich dazu wurden während der Laufzeit der Vereinbarung für die Jahre 1997 bis 2000 von Seiten des Bundes für das Jahr 1999 Beiträge in Höhe von € 460 Mio. und für das Jahr 2000 Beiträge in Höhe von € 468 Mio. für die Krankenanstaltenfinanzierung aufgebracht (wobei nur ein Teil - rund € 127,2 Mio. - über den Strukturfonds und die restlichen Mittel direkt an die Landesfonds überwiesen wurden).

Aufgrund der geltenden Vereinbarung überweist der Strukturfonds seine Mittel nach einem vereinbarten Aufteilungsschlüssel an die neun **Landesfonds** in den Bundesländern. Die Landesfonds werden im Wesentlichen aus den Beiträgen zur sozialen Krankenversicherung, aus Steuermitteln und allfälligen sonstigen Beiträgen der Länder und der Gemeinden, sowie aus den Mitteln des Strukturfonds gespeist. Die Landesfonds finanzieren damit die Fondsspitäler seit dem Jahr 1997 nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF, siehe Punkt 1.4.).

Die **Kosten der Fonds-Krankenanstalten** lagen im Jahr **2000** bei rund **€ 7.239 Mio.** (99.609 Mio.öS), im Jahr

1999 bei rund € 6.935 Mio. (95.431 Mio.öS) und im Jahr 1998 bei rund € 6.662 Mio. (91.672 Mio.öS). Die jährliche **Kostensteigerungsrate** betrug damit 4,1 Prozent im Jahr 1999 und **4,4** Prozent im Jahr **2000**.

## 2.3. Aktuelle Maßnahmen im Krankenanstaltenbereich

Neben den im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung vereinbarten Reformmaßnahmen und Realisierungsschritten (siehe Punkt 1.) sind betreffend die Krankenanstalten noch die folgenden Maßnahmen zu erwähnen:

Mit der Einführung des „**Behandlungsbeitrags-Ambulanz**“ im Frühjahr 2001 wird u.a. eine medizinisch und gesamtökonomisch gerechtfertigte Verlagerung von Leistungen vom spitalsambulanten in den extramuralen Bereich angestrebt. Im Jahr 2002 werden in den Gremien der Strukturkommission die ersten Auswirkungen analysiert.

Mit der Einrichtung eines **Finanzierungsfonds für Privatkrankenanstalten (PRIKRAF)** rechnen auch diese Spitäler ihre Leistungen ab 2002 – wie die Fonds-Krankenanstalten - nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ab. Von seitens des BMSG wird im Rahmen der Implementierungsarbeiten umfassende Unterstützung geleistet.

## 3. Qualität im Gesundheitswesen

### 3.1. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

In Österreich hat der Qualitätsgedanke im Rahmen der Gesundheitspolitik in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Bis zum Jahr 1993 gab es im Krankenanstaltenbereich keine bundesgesetzlichen Regelungen für die Qualitätssicherung. Wie in den meisten anderen Ländern wurde jedoch in den 90er Jahren die Formulierung von **Zielen und Umsetzungsstrategien zur Qualitätssicherung** notwendig: ein verändertes Qualitätsbewusstsein der Bevölkerung, die Verknappung der Ressourcen, eine Verstärkung von Wettbewerb und Konkurrenzdruck erforderten diese Maßnahmen.

Den gestiegenen Anforderungen wurde im Jahr 1993 mit der **Novelle zum Bundes-Krankenanstaltengesetz (KAG)** Rechnung getragen. § 5b KAG („Qualitätssicherung“) legt den gesetzlichen Rahmen für die bun-



desweite Realisierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Krankenanstalten fest. In Umsetzung dieser grundsatzgesetzlichen Vorgabe haben die Bundesländer landesgesetzliche Regelungen getroffen, die wiederum die rechtliche Grundlage für die Implementierung von Qualitätssicherung durch die Krankenanstaltenträger und die Krankenhäuser darstellen. Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen und diese so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden.

Der bislang letzte und wesentlichste **institutionelle Entwicklungsschritt** war der Abschluss einer weiteren vierjährigen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 bis 2004. Neben einer Revision des ÖKAP/GGP als Bestandteil dieser Vereinbarung sowie der Festlegung, dass das LKF-System weiter zu führen und weiterzuentwickeln ist, stellt die neue Vereinbarung das Thema **Qualität im Gesundheitswesen** in den Vordergrund. Zusätzlich zu den Festlegungen die eigentliche Qualitätsarbeit betreffend werden grundlegende Themen wie die Gesundheitstelematik, deren Entwicklung zunehmend eine unabdingbare Voraussetzung für Qualitätsarbeit darstellt, ebenso angesprochen wie Vorhaben zu speziellen Themen – etwa dem Schnittstellenmanagement zur qualitätsgesicherten Verbesserung der Behandlungskette von Patienten/innen.

### 3.2. Qualitätsbezogene Aktivitäten und Projekte

Bereits vor der jüngsten Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG hat das Ministerium qualitätsbezogene Projektarbeit und Aktivitäten bewusst gefördert. Bei der Durchführung der Projekte wurde speziell darauf geachtet, wesentliche Akteure und Berufsgruppen aus der Praxis einzubinden, um eine größtmögliche Akzeptanz und Praxisrelevanz der Projektergebnisse sicher zu stellen.

Um die verstärkten qualitätsbezogenen Anstrengungen des Ressorts auch der interessierten Öffentlichkeit entsprechend präsentieren zu können, wurde ein eigenes Qualitätslogo entwickelt, mit dem seit 2001 alle relevanten Ressortpublikationen versehen sind, um somit ein einheitliches Erscheinungsbild zu gewährleisten.

Im Folgenden werden beispielhaft einige wesentliche Qualitätsaktivitäten der Berichtsperiode beschrieben.

#### 3.2.1. Projekt „Qualität im Krankenhaus“

Die Zielsetzung des bisher größten österreichischen Modellprojektes zur Qualitätsverbesserung in Kranken-

anstalten bestand in der Erreichung der Qualitätsverbesserung durch

1. Verstärkung der Patienten/innenorientierung,
2. Erhöhung des Gesundheitsgewinns,
3. Weiterentwicklung der Mitarbeiter/innenorientierung und
4. Verbesserung des finanziellen Mitteleinsatzes.

Für dieses mehrjährige Projekt wurde die Methode des Benchmarking gewählt, die durch organisationelles Lernen eine Verbesserung der Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen durch systematischen Vergleich und Erfahrungsaustausch ermöglicht. Die Arbeit in den vier Modellprojektgruppen wurde als „Team-Benchmarking“ mit intensiven Vergleichsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Modellkrankenhäusern angelegt. Verglichen wurden nicht nur die erzielten Ergebnisse sondern auch die dahinterliegenden Prozesse, um aus dem Austauschprozess den optimalen Lerngewinn für die beteiligten Krankenhäuser und in der Folge mittels der Modelldokumente auch für andere Krankenhäuser zu ermöglichen.

An diesem Projekt arbeiteten elf Krankenanstalten und damit rund 230 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern aktiv am Projekt mit, 62 Abteilungen waren in die Projektarbeit miteinbezogen, weitere 3000 Personen waren indirekt beteiligt. „Modelle bester Praxis“ zur Qualitätsverbesserung wurden in folgenden vier Bereichen entwickelt: **Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Kooperation bettenführender Abteilungen mit internen Dienstleistern, OP-Organisation und Patienten/innenorientierte Stationsorganisation.**

Im Juni 2001 fand die Abschlussveranstaltung des Projektes statt, in deren Rahmen folgende vier Broschüren der Modellprojekte präsentiert wurden:

- Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Schnittstellenmanagement – medizinische Dienstleistungen
- OP-Organisation
- Patienten/innenorientierte Stationsorganisation

Diese **Handbücher** sollen dazu dienen, die Erfahrungen und Ergebnisse allen österreichischen Krankenhäusern zugänglich zu machen.

Bestellmöglichkeit über Broschüren-Telefonnummer:  
Tel. ++43/(O) 800-202074  
(Internet-Adresse: <http://www.univie.ac.at/qik>).

#### 3.2.2. Projekt „Quality – Indicator – Project“

Zur Unterstützung der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in Krankenanstalten erfolgte die Errichtung



## Gesundheitswesen

einer unabhängigen nationalen Koordinationsstelle zur Betreuung von österreichischen Krankenanstalten im Rahmen einer Teilnahme am internationalen Quality-Indicator-Project der Maryland-Hospital-Association/USA. Dieses Projekt verfolgt einen ergebnisorientierten Ansatz, der anhand weltweit validierter Indikatoren den teilnehmenden Krankenhäusern den nationalen und internationalen Vergleich von Versorgungsprozessen ermöglicht. Das Ziel des Projektes besteht darin, der Spitalsleitung und den Mitarbeiter/innen ein Instrument an die Hand zu geben, um einen Überblick über die Qualität der Patientenversorgung zu bekommen und die Möglichkeiten für eine Verbesserung zu identifizieren.

Derzeit nehmen österreichweit **35 Spitäler** am Quality-Indicator-Project teil. Das Land Oberösterreich hat seit Oktober 2000 mittels Verordnung alle Spitäler zur Teilnahme am QIP anhand ausgesuchter Indikatoren verpflichtet und dadurch die Voraussetzungen für ein umfassendes Qualitätsmanagement geschaffen. Die Tätigkeit der nationalen Koordinationsstelle konnte vertraglich auf weitere 3 Jahre gesichert werden.

### 3.2.3. Projekt „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“

Zur Überwachung, Bekämpfung und Vorbeugung von nosokomialen Infektionen wurde das Projekt „**Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene**“ initiiert. Damit wird das Ziel verfolgt, einheitliche Leitlinien zum State of the art in der Krankenhaushygiene zu entwickeln und allen Krankenhäusern zur Implementierung zu empfehlen, damit auf längere Sicht die Zahl der im Spital erworbenen Infektionen reduziert werden kann und neben den damit verbundenen Kosteneinsparungen auch viel menschliches Leid verhindert werden kann.

### 3.2.4. Projekt „Antibiotika – Strategie“

Die Problematik der Antibiotika – Resistenzen wurde mit dem sehr erfolgreich verlaufenen „**Antibiotika – Strategie Projekt**“ in Angriff genommen. Die Fortsetzung konnte in Form einer inhaltlichen und auch finanziellen Unterstützung zur Optimierung des Antibiotika – Einsatzes in Krankenanstalten durch eine professionelle externe Projektbegleitung infolge eines Auftrages der Strukturkommission ermöglicht werden, sodass weitere 30 Krankenanstalten in den Genuss von im Rahmen des ABS – Projektes entwickelten Umsetzungsberatungen kommen werden.

Eine weitere Maßnahme zur Eindämmung der Problematik der Resistenzentwicklung im humanen Bereich wurde durch die Erarbeitung einer Vorgangsweise zur einheitlichen Erhebung des Antibiotikaverbrauches in Krankenanstalten gesetzt. Man hat sich darauf geeinigt

den Antibiotikaverbrauch nach dem DDD – Schema der WHO ( Defined Daily Dose) zu erfassen. Zunächst wird empfohlen diese Erhebungen vierteljährlich und abteilungsbezogen durchzuführen, in einem weiteren Schritt sollte auch die zentrale Meldung über den Antibiotikaverbrauch eingeführt werden, die Menge der verbrauchten Antibiotika bzw. Antibiotikagruppen gibt Hinweise zur Resistenzentwicklung.

### 3.2.5. Qualitätssicherung für Gesundheitsberufe

Die Curricula in den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege sowie med.techn. Dienste und anderen Gesundheitsberufen sichern die **Ausbildungsqualität**.

Sie werden in Zusammenarbeit mit Berufsangehörigen und Ausbildungseinrichtungen erstellt und jeweils vor Implementierung an den Ausbildungseinrichtungen erprobt. Die Curricula werden in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen erarbeitet.

Ausserdem wurde dieses Institut erstmals mit einem Projekt zur Qualitätssicherung in den gehobenen med.techn. Diensten betraut.

**Projektziele** sind:

- Erarbeitung aussagekräftiger und durch einheitliche Struktur auch vergleichbarer **Berufsprofile** für alle Berufszweige der MTD mit Ausnahme der Dipl.Logopäden/innen,
- Entwicklung von **leistungsbezogenen Indikationskatalogen** für das Arbeitsfeld der diplomierten Diätassistenten/innen und ernährungsmedizinischen Berater/innen, der diplomierten Ergotherapeuten/innen, der diplomierten Orthoptisten/innen und der diplomierten Physiotherapeuten/innen. Für den Bereich der diplomierten medizinisch-technischen Analytiker/innen wurde die Erstellung eines Indikationskataloges aufgrund der klaren Indikation für die Inanspruchnahme dieser beiden Dienste nicht beauftragt. Im Qualitätshandbuch der diplomierten Logopäden/innen werden acht Störungsbereiche ausgewiesen, für die Logopädie indiziert ist,
- Identifizierung von fachlichen Schnittstellen innerhalb der einzelnen MTD-Sparten und zu anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen.

## 4. Gesundheitsförderung

### 4.1. Gesundheitsförderungsgesetz

Die **Gesundheitsförderung** hat in Österreich, bedingt durch die föderalistische Struktur und das gesundheits-



politische Prinzip der Subsidiarität, eine dezentrale Entwicklung genommen. Mit dem Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung stellen Bund, Länder und Gemeinden zusätzliche jährliche Mittel von € 7,27 Mio. zur Verfügung. Diese Mittel dienen in Ergänzung bereits bestehender Maßnahmen der Förderung und Durchführung praktischer Aktivitäten, flankierender wissenschaftlicher Studien und der Schaffung nachhaltiger unterstützender Strukturen in der Gesundheitsförderung. Mit der Abwicklung dieser Maßnahmen wurde der Fonds **„Gesundes Österreich“** betraut. Hauptaufgabe des Fonds ist es, innovative Projekte zu fördern und Projektbetreiber/innen durch begleitende Beratung und Fortbildung zu unterstützen.

Seit 1999 wurden vom Fonds Gesundes Österreich über **300 Projekte** gefördert. Die Themen der einzelnen Projekte reichen dabei von einer umfassenden Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge bis hin zu Suchtprävention, Ernährung und der Vorsorge bei speziellen Erkrankungen.

Speziell zur Förderung eines gesunden Lebensstils diente eine umfassende Medienkampagne mit dem Titel **„Bewusst lebt besser“**. Zielsetzung dieser Kampagne war einerseits die allgemeine Förderung des Bewusstseins hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, andererseits wurden in Medienkooperationen vom Fonds „Gesundes Österreich“ geförderte Modellprojekte vorgestellt. Im Rahmen dieser Kampagne wurde im Oktober 1999 die **Ernährungs-Hotline** in Kooperation mit dem Verein für Konsumenteninformation eingerichtet und bietet Anrufer/innen wissenschaftlich fundierte, industriunabhängige und praxisnahe Informationen zu verschiedenen Fragen der Ernährung. Im Frühjahr 2002 wurde mit der Umsetzung einer Werbekampagne „Bewusst lebt besser“ – Ernährung begonnen und im Herbst wird das Thema **„Pro Nichtraucher“** als weiterer Schwerpunkt hinzukommen.

Besonders erfolgreich gestaltete sich die Fort- und Weiterbildungsaktivität des Fonds im Bereich des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung und der Aufbau eines regionalisierten **„Bildungsnetzwerks“** zur **Gesundheitsförderung**. Weiters werden Fortbildungs- und Unterstützungsmaßnahmen für Selbsthilfegruppen angeboten und ein aktuelles Verzeichnis der Selbsthilfegruppen in Österreich erstellt. Als Dokumentations- und Serviceleistung wird seit mehreren Jahren eine – auf Initiative des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen eingerichtete – **Projektdatenbank zur Gesundheitsförderung** geführt. Diese Datenbank umfasst derzeit Informationen und Ansprechpartner/innen zu etwa 600 österreichischen Gesundheitsförderungsprojekten und ist online auf der Homepage des Fonds abrufbar (<http://www.fgoe.org>).

## 4.2. Netzwerke in der Gesundheitsförderung

In den maßgeblichen sozialen Systemen **Stadt, Schule, Krankenhaus** und **Betrieb** wurden in den letzten Jahren auf Initiative des Gesundheitsressorts, Modellprojekte und Kooperationsstrukturen zum Zweck der Gesundheitsförderung ins Leben gerufen. Diese Netzwerke sind zum Teil in Zusammenarbeit mit der WHO und EU entstanden und verbinden gesundheitsfördernde Maßnahmen sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene.

### 4.2.1. Österreichisches Netzwerk „Gesunde Städte“

Das 1992 gegründete Österreichische Netzwerk **„Gesunde Städte“** umfasst mittlerweile 30 Mitgliedstädte.

Hauptziele des ÖGSN sind eine bundesweite Zusammenarbeit zur Gestaltung eines gesünderen Lebens und die Entwicklung neuer Wege in der Gesundheitsförderung.

Das Netz steht in ständigem Informations- und Erfahrungsaustausch mit dem WHO-Projekt **„Gesunde Städte“**.

### 4.2.2. Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Das internationale Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser wurde 1990 auf Initiative der WHO, Regionalbüro für Europa und des österreichischen Gesundheitsressorts, gegründet.

Hauptziel des Netzwerkes ist es, in Umsetzung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (WHO 1986), Krankenhäuser dabei zu unterstützen, den Gesundheitsgewinn der Personen in ihrem Einflussbereich (Patient/innen, Mitarbeiter/innen, regionale Bevölkerung) zu verbessern, und zwar durch Reorientierung ihrer Angebote, Organisationsziele, Strukturen und Prozesse in Richtung Gesundheitsförderung.

Mit der internationalen Kooperation ist das Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie als WHO-Collaborating Centre betraut.

Das **Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser** (ÖNGK) wurde im Jahr 1996 eingerichtet, um Krankenhäuser in der Gesundheitsförderung zu unterstützen. Neben den bereits erwähnten Aufgaben soll auch der Erfahrungsaustausch und gemeinsame Lernprozesse zwischen den österreichischen Krankenhäusern gefördert werden.



Die wichtigsten Strategien umfassen eine jährliche **Konferenz**, regelmäßige **Arbeitstreffen**, eine **Informations-Hotline** und eine **Internet-Datenbank**. Öffentlichkeitswirksame Aktivitäten und Publikationen zum Thema sollen Beiträge zur Förderung der Gesundheit von Patienten/innen, Mitarbeiter/innen, der Bevölkerung in den jeweiligen Einzugsgebieten und der Organisation Krankenhaus im Sinne einer lernenden Organisation leisten.

Bei der fünften Konferenz des Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser im Oktober 2000 wurde ein weiteres Partnerkrankenhaus in das Netzwerk aufgenommen. Mittlerweile arbeiten neun Krankenhäuser im Netzwerk aktiv mit. Inhaltlich wurde ein Projekt der Partnerkrankenhäuser im Bereich der Patienten/innenorientierung mit dem Thema **„Koproduktion durch Empowerment: Qualitätsverbesserung der Patienten/innenbetreuung und des postoperativen Gesundheitsprozesses in der Chirurgie“** betreut. Die sechste Österreichische Konferenz war auch gleichzeitig die erste gemeinsame Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke und widmet sich dem Thema **„Gesunde Arbeitswelt Krankenhaus, Gesundheitsförderung für Mitarbeiter/innen – im Interesse des Personals, des Managements, der Patienten/innen?“** (Internet-Adresse: <http://www.univie.ac.at/oengk>).

#### 4.2.3. Gesundheitsförderung in der Schule

Auf Initiative des Gesundheitsressorts in Zusammenarbeit mit dem Unterrichtsressort wurde 1993 das **„Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“** gegründet. Es soll die persönliche Kompetenz der Schülerinnen und Schüler zu gesundheitsbewusstem Handeln unterstützen und fördern, aber auch die Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer thematisieren und Schulen zu einem gesunden Lebensraum entwickeln. Die Projekte werden dabei von einem Schulteam unter Mitwirkung von Vertreter/innen der gesamten Schulgemeinschaft (Lehrer/innen, Eltern, Schüler/innen) getragen. Mit Anfang Juni 1999 wurde ein technisches Netzwerksekretariat zur Unterstützung der Weiterentwicklung des Netzwerks eingerichtet.

Im Dezember 1998 wurde die GIVE (Gesundheitsbildung, Information, Vernetzung und Entwicklung) Servicestelle für Gesundheitsbildung eingerichtet, eine Initiative des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur und des Österreichischen Jugendrotkreuzes. Die Servicestelle bietet Lehrer/innen sowie Mitarbeiter/innen anderer Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen inhaltliche Unterstützung bei der Umsetzung und Realisierung von Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsbildung in Schulen.

Da sich die Einrichtung der GIVE-Servicestelle bewährt hat, ist im Juli 2002 eine Vertragsverlängerung für weitere 3 Jahre geplant.

#### 4.2.4. Gesundheitsförderung im Betrieb

**Betriebliche Gesundheitsförderung** ist eine moderne Unternehmensstrategie, die darauf abzielt, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.

Zur Motivation und fachlichen Beratung von Betrieben bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung wurde auf Initiative des Gesundheitsressorts mit Förderung durch die EU die Österreichische Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung installiert. Träger dieser Koordinationsstelle ist die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Ihre Aufgabe besteht darin, die in den Mitgliedstaaten der EU zu den einschlägigen Themen verfügbaren Informationen zu sammeln und allen Interessierten in Österreich zugänglich zu machen sowie das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich zu verbreiten.

### 4.3. Vorsorgemaßnahmen

#### 4.3.1. Mutter-Kind-Pass

Der Mutter-Kind-Pass dient seit Anfang der 70er-Jahre der gesundheitlichen Vorsorge von Schwangeren und Kleinkindern und stellt eine Gelegenheit zur Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen dar.

Das **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm** umfaßt fünf Schwangerenuntersuchungen einschließlich zwei Laboruntersuchungen und eine interne Untersuchung der schwangeren Frau, fünf Kindesuntersuchungen im ersten Lebensjahr einschließlich einer orthopädischen, einer HNO und einer Augenuntersuchung. Weitere Kindesuntersuchungen sind jeweils Ende des zweiten, dritten, vierten Lebensjahres und seit Anfang 2002 auch im 5. Lebensjahr vorgesehen. Darüberhinaus besteht die Möglichkeit zwei Ultraschalluntersuchungen der Schwangeren, zwei Hüftultraschalluntersuchungen des Kindes sowie eine augenfachärztliche Untersuchung des Kindes Ende des zweiten Lebensjahres durchzuführen.

Die zeitgerechte Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, die bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats des Kindes vorgesehen sind, ist Voraussetzung



für die Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe ab dem 21. Lebensmonats des Kindes.

Die Mutter-Kind-Pass-Kommission des Obersten Sanitätsrates beschäftigt sich kontinuierlich mit Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie der inhaltlichen Überprüfung des Untersuchungsprogrammes.

#### 4.3.2. Impfungen

Das Impfkonzept, das von Bund, Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemeinsam getragen wird, wurde weiter optimiert.

Auch in den Jahren 2001 und 2002 trug der Bund die Kosten für Schutzimpfungen, die gemäß den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates für die Gruppe der 0–15-Jährigen angeboten wurden.

2/3 der Kosten werden vom Bund getragen. Je ein 1/6 werden von den Ländern und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger übernommen. Durch dieses Angebot konnte die Durchimpfungsrate von Kindern in Österreich weiterhin angehoben werden. Die Akzeptanz des Impfprogrammes ist auf Grund der nunmehr bundesweit einheitlichen Vorgangsweise, verstärkter Aufklärung und Erhöhung der Compliance durch vereinfachte Administration der Kombinationsimpfstoffe weiterhin gestiegen. Die Durchimpfungsrate konnte insbesondere bei den Kernimpfungen weiter erheblich gesteigert werden. Eine Fortsetzung und weitere Ausweitung des Konzeptes ist geplant.

#### 4.3.3. Blutspendewesen

Im Blutspendewesen wurde erkannt, dass die Erkennungsmethoden für **virale Infektionen** mit z.B: HI-Viren, Hepatitis C und B Viren serologisch und auch als Virusgenomnachweis schon sehr effizient und ausgereift sind, und daher die Sicherheit der verabreichten Blutprodukte so hoch wie nie zuvor ist.

Als neue Herausforderung stellte sich die Erkenntnis, dass bakteriologische Verunreinigungen nunmehr ein besonderes Gefährdungspotential darstellen.

Um diesem Gefährdungspotential zu entgehen, wurde Blutspendediensten vorgeschrieben, nach der Venenpunktion vorerst Vollblut für die routinemäßige Proben Gewinnung zu Testzwecken zu entnehmen und dann erst das Produkt im vorgesehenen Beutel zu sammeln. Durch diese einfache Methode, die bei vielen österreichischen Blutspendediensten bereits durchgeführt wurde, wird eine bakterielle Kontamination durch Bakterien in der Haut ausgeschlossen.

## 5. Heilmittelversorgung

Mit 31. Dezember 2001 waren **13.531 Arzneispezialitäten** für die **Humanmedizin** und **1.123 Arzneispezialitäten** für die **Veterinärmedizin** zugelassen.

### 5.1. Einfuhr von Arzneimitteln

Arzneiwaren, welche in Österreich nicht auf Grund einer Zulassung allgemein vertrieben werden können, dürfen nach Maßgabe der Bestimmungen des Arzneiwareneinfuhrgesetzes, nur mit einer Einfuhrbewilligung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen oder des zuständigen Landeshauptmannes oder Landeshauptfrau in Einzelfällen eingeführt werden.

Im Jahre 2000 wurden im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 4.149 und im Jahr 2001 4.112 solcher Einfuhranträge bearbeitet.

### 5.2. Rezeptpflicht

Mit BGBl.133/1997 wurde die Rezeptpflichtverordnung aktualisiert und komplett in neugefaßter, international üblicher Form veröffentlicht.

Dadurch wird ein verbesserter Informationsaustausch mit den entsprechenden Gremien des Europarates und der Europäischen Union, in denen Österreich vertreten ist, ermöglicht.

Die jährlich erfolgenden Änderungen sind deshalb erforderlich, da jede Zulassung einer neuen Arzneispezialität eine Bewertung erfordert, inwieweit die Abgabe einer vorherigen ärztlichen Befundung und Verordnung bedarf.

### 5.3. Arzneibuch

Die seit dem Jahr 1997 in nahe zu allen europäischen Staaten verbindliche 3. Ausgabe des Europäischen Arzneibuches war ein wichtiger Schritt, um die Harmonisierung von Herstellungsvorschriften für Arzneimittel auf dem höchstmöglichen gemeinsamen Wissensstand festzuschreiben.

Durch die Mitarbeit österreichischer Experten/innen in Arbeitsgruppen der Europäischen Arzneibuchkommission wird sichergestellt, dass neueste, in Österreich gewonnene wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen mit Arzneimitteln einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit in Europa darstellen. Damit wird gleichzeitig Einfluß auf den Inhalt des Arzneibuches genommen.



## 5.4. Apotheken

Auf Grund der von den Ämtern der Landesregierungen laufend eingelangten Berichte wurde die Evidenzhaltung der Apotheken im Apothekenkataster weitergeführt.

Stand 1. Jänner 2002:

1125	öffentliche Apotheken,
48	Anstaltsapotheken,
20	Filialapotheken,
1015	ärztliche Hausapotheken.

Durch sanitätsbehördliche Überprüfungen der Apotheken im Jahre 1999 konnte wieder die Behebung von einzeln auftretender Mängel veranlaßt werden.

## 5.5. Pharmareferenten/innen

Personen, die kein Universitätsstudium in den Fächern Medizin, Veterinärmedizin oder Pharmazie absolviert haben, dürfen die Tätigkeit eines Pharmareferenten oder einer -referentin nur nach Ablegung der Pharmareferentenprüfung ausüben.

In den Jahren 2000 und 2001 haben **168 Kandidaten/innen** die Prüfung bei der Pharmareferentenprüfungskommission des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen erfolgreich bestanden.

## 6. Gesundheitsökonomie

### 6.1. Analyse „Gesundheit als Wirtschaftsfaktor“

In der aktuellen Diskussion über die Entwicklung des Gesundheitswesens steht – national wie auch international – häufig die Höhe der Ausgaben und deren Finanzierbarkeit im Mittelpunkt. Dies entspricht einer Betrachtungsweise, die das Gesundheitswesen aus der Sicht der öffentlichen Budgets erörtert. So wichtig diese Frage ist, sollte der volkswirtschaftliche Stellenwert des Gesundheitswesens doch aus einer **weiter gefassten Perspektive** beantwortet werden.

In einer ökonomischen Betrachtung manifestiert sich die Bedeutung des Gesundheitswesens in der Tatsache, dass ein erheblicher Teil der **Ressourcen einer Volkswirtschaft** eingesetzt wird, um das Gut „Gesundheit“ entsprechend der danach ausgeübten Nachfrage zu produzieren.

Auf die genaue Untersuchung des **Umfanges und der Struktur des Ressourceneinsatzes** im Gesundheitswesen konzentrierten sich Studien, die während der letzten Jahre vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen in Auftrag gegeben und von einem Expertenteam der Johannes Kepler Universität Linz als Auftragnehmer durchgeführt wurden.

Die nunmehr seit einiger Zeit veröffentlichten Ergebnisse dieser Arbeiten stellen – entsprechend dem Konzept der **Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR)** – die Produktionsaktivitäten im österreichischen Gesundheitswesen und die damit verbundene Verwendung der produzierten Güter und Dienstleistungen so umfassend und detailliert wie möglich über einen **Zeitraum von 2 Dekaden** dar.

Mit Hilfe der **Input-Output-Analyse** wurde die Verflechtung des Gesundheitssektors mit anderen Sektoren der Volkswirtschaft dargestellt. D.h. es wird ermittelt, welche anderen Sektoren (etwa die Landwirtschaft) in welchem Ausmaß Lieferungen an den Gesundheitssektor tätigen. Auf diese Weise wird es letztlich auch möglich, zusätzlich zu der im Gesundheitssektor selbst eingesetzten (direkten) Beschäftigung auch die indirekte Beschäftigung, die in den anderen Sektoren eben auf die Lieferungen an den Gesundheitssektor zurückgeführt werden kann, abzuschätzen.

Die in den erwähnten Studien gewählte **Begriffsbestimmung bzw. Abgrenzung des Gesundheitswesens** ist eher weit gefasst und orientiert sich an der von Statistik Austria und von der OECD verwendeten Definition. Sie bezieht folgende Produzenten ein: Niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Fürsorgewesen, Pharmazeutische Industrie, Medizinisch-Technische Industrie, Medizinischer Handel. Analog dazu erfolgt auch die Abgrenzung auf der Güterebene.

Die von **Statistik Austria** regelmäßig oder in größeren Abständen erhobenen Daten bilden die **Grundlage** für die dargestellten Zeitreihen zur Produktion und Verwendung von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Dabei handelt es sich in erster Linie um VGR- bzw. Input-Output-Daten, daneben wurden aber noch zahlreiche weitere statistische Quellen herangezogen, wie die Bereichszählung, Außenhandelsstatistik, Konjunkturstatistik u.a. In vielen Fällen wurde nicht oder noch nicht publiziertes Material einbezogen.

Derzeit wird im Rahmen einer Zusammenarbeit mit EU-Partnern auf Ebene des Ständigen Ausschusses der Krankenhäuser der Europäischen Union danach gestrebt, das vorliegende **Analysekonzept auf internationale Ebene** zu übertragen. Bislang hat eine strukturierte Diskussion zu diesem Thema auf Ebene der EU-Institutionen aber noch nicht stattgefunden.



Die wesentlichen **inhaltlichen Ergebnisse** der österreichischen Analysen im Auftrag des Ressorts sind nachstehend zusammengefasst:

#### **Wachstum und Strukturwandel des österreichischen Gesundheitswesens 1983–1998:**

1. Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumssektor unserer Volkswirtschaft, der einen wesentlichen Beitrag zu Wertschöpfung, Beschäftigung und Außenhandel leistet.
2. Die Krankenanstalten waren während der letzten 15 Jahre und sind auch heute wertmäßig der größte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, wobei die öffentlichen Krankenanstalten vier Fünftel dieser Leistungen erbringen.
3. Dennoch haben die Krankenanstalten während der letzten 15 Jahre anteilmäßig an Bedeutung zugunsten der Gesundheitsindustrie (pharmazeutische Industrie, medizinisch-technische Industrie, medizinischer Handel) verloren, während sich der Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft anteilmäßig stabil gehalten hat. Vergleicht man ausschließlich Gesundheitsdienstleister (Krankenanstalten versus niedergelassener Bereich) untereinander, so sind – abgesehen von geringen anteilmäßigen Zugewinnen der niedergelassenen Ärzteschaft – keine wesentlichen Änderungen eingetreten.
4. Das Fürsorgewesen, welches vorwiegend die Altenbetreuung umfasst, hat während der letzten 15 Jahre anteilmäßig am Gesundheitswesen verloren und geringere Wachstumseffekte verzeichnet.
5. Die Krankenanstalten und das Fürsorgewesen haben die größten Anteile ihrer Wertschöpfung in Form von Löhnen und Gehältern an ihre Beschäftigten weitergegeben. Im Laufe der letzten 15 Jahre haben die Sektoren des Gesundheitswesens generell einen Rückgang des Arbeitnehmeraufwandes an der Wertschöpfung verzeichnet, wobei diese Änderungen bei Krankenanstalten und Fürsorgewesen geringfügig, bei niedergelassener Ärzteschaft und pharmazeutischer Industrie markanter ausgefallen sind.
6. Während der letzten 15 Jahre war der Handel mit Gesundheitsgütern im Vergleich zur pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie der Gewinner der anteilmäßigen Verteilung innerhalb der Gesundheitsindustrie und hat auch insgesamt im Gesundheitswesen beträchtliche anteilmäßige Zuwächse verzeichnet.
7. Der pharmazeutische sowie - vor allem seit jüngster Zeit - der medizinisch-technische Sektor leisten bedeutende Beiträge zum österreichischen Außenhandel.
8. Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ist trotz EU-Beitrittes und der vier Freiheiten des Binnenmarktes eine nach wie vor nationale Angelegenheit.
9. Im Jahr 1998 waren etwa **385.000 Personen** im **Gesundheitswesen** beschäftigt. Das heißt, dass jeder/jede zehnte Beschäftigte in Österreich in diesem Sektor tätig ist, wobei auch auf indirektem Wege Arbeitsplätze in zuliefernden Industrien geschaffen wurden.
10. Eine fundierte gesundheitsökonomische Analyse macht den Aufbau einer langfristigen Berichterstattung unter dauernder Verbesserung der Datenqualität nötig.

#### **6.2. Analyse „Nachfragemodell Gesundheitswesen“**

Wenn auch die österreichischen Gesundheitsausgaben während der letzten Jahre keine explosionsartigen Wachstumsraten zeigten, so deuten gleichzeitig mehrere Einflussfaktoren darauf hin, dass das **Gesundheitswesen in Zukunft mehr Ressourcen** benötigen wird: Wesentliche Faktoren sind in diesem Zusammenhang die demografische Entwicklung unserer Bevölkerung, der technologische Fortschritt und die Entwicklung des Volkseinkommens allgemein. Es ist davon auszugehen, dass die verstärkte Behandlung und Betreuung älterer Menschen, die Entwicklung neuer medizinischer Technologien und Arzneimittel sowie die durch ein gestiegenes Volkseinkommen allgemein höheren Ansprüche der Bevölkerung an Leistungen aus dem Gesundheitswesen dieses während der nächsten Dekaden auch entsprechend unter Druck setzen werden.

Zunehmende Bedeutung hat das Thema der Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen nicht zuletzt durch die jüngstens seitens der **Europäischen Kommission veröffentlichte Mitteilung** zum Thema: „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: **Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern**“ erlangt. In der Mitteilung wird festgestellt, dass die europäischen Regierungschefs auf Gemeinschaftsebene einen verstärkten Informationsaustausch über die finanzielle Nachhaltigkeit, den gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen und die entsprechende Qualitätssicherung dieser Leistungen fordern. Der Informationsaustausch über diese Themenbereiche wird auf Gemeinschaftsebene zukünftig im Rahmen der sogenannten **offenen Koordinierung** vollzogen werden.



## Gesundheitswesen

Um diesem Wunsch zu entsprechen, wurde seitens des Ressorts das Institut für Höhere Studien beauftragt, gemäß vorgegebenen Methodendokumenten der Europäischen Union die **Auswirkungen der Bevölkerungsalterung** auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu untersuchen. In einem weiteren Schritt sind Analysen im Hinblick auf zusätzliche nachfragerrelevante Faktoren wie z.B. den technologischen Fortschritt durchzuführen.

### 6.3. Analyse „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“

Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand sind auch in Gesellschaften mit vergleichsweise hoch entwickeltem Niveau und günstigen Lebensbedingungen vorhanden. Dabei ist als gesichert anzusehen, dass sowohl die Mortalität als auch die Morbidität in Bezug auf verschiedene Krankheiten um so schlechtere Werte aufweisen, je geringer der soziale Status der betreffenden Gruppe ist.

In Österreich lagen bis dato kaum Informationen über das Ausmaß schichtspezifischer Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Risiken, Morbidität und Mortalität vor.

Im Rahmen dieser Studie sollte geklärt werden, ob

- es auch in Österreich die für andere Staaten beschriebenen sozialschichtabhängigen gesundheitlichen Ungleichheiten gibt, und zwar durch Feststellen,
- ob und in welchem Ausmaß soziale Unterschiede, im Speziellen Einkommensunterschiede, den Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung beeinflussen.

Da es de facto nicht möglich ist, die Untersuchung auf eine „durchschnittlich sozial schwache Person“ auszulegen, war die Konzentration auf einige - nachfolgend angeführte - Zielgruppen nötig:

- Frauen und Männer
- Erwerbstätige Armutsgefährdete
- Ältere Personen
- Ausländer bzw. Migrantinnen und Migranten
- Kinder und Jugendliche

#### Analyseergebnisse

Einer der **wichtigsten Einflussfaktoren** auf die Gesundheit ist das Einkommen einer Person, wobei in Österreich rund 900.000 Personen als armutsgefährdet und 40 Prozent davon als arm bezeichnet werden müssen. Primär fallen in diese Gruppe Familien mit mehreren Kindern, Alleinerziehende, Langzeitarbeitslose sowie Migrantinnen und Migranten. Für **Frauen** bestehen tendenziell höhere **Armutsrisiken** als für Männer und eine

der am **stärksten armutsgefährdeten** Gruppen sind **Kinder** - jedes fünfte Kind ist von Armut bedroht. Hingegen konnte die Altersarmut Anfang der 90er Jahre durch die überproportionale Anhebung des Ausgleichszulagenrichtsatzes zurückgedrängt werden.

Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines **schlechten Gesundheitszustandes** bei **sozial schwächeren älteren Personen im erwerbsfähigen Alter doppelt so hoch wie bei Angehörigen höherer Einkommensgruppen**. Als Ursache dafür wird neben den oben angeführten Gründen in der Literatur häufig das Vorliegen von Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem genannt.

Basierend auf den Ergebnissen der Untersuchung der Hauptversicherten der OÖGKK (primäre Datenquelle) weisen starke Indizien darauf hin, dass Menschen mit geringem Einkommen unabhängig von ihrem Alter und Geschlecht **mehr gesundheitliche Probleme** haben und das Gesundheitssystem daher **öfter in Anspruch** nehmen als rezeptgebührenpflichtige Personen.

Konkret zeigen die Analyseergebnisse, dass sozial schwache Personen zumindest bis zum siebzigsten Lebensjahr offensichtlich in einem geringeren Maße als erwartet auf Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem stoßen, da beispielsweise rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte häufiger niedergelassene Ärzte/innen aufsuchen als nicht-rezeptgebührenbefreite Personen. Ab dem siebzigsten Lebensjahr ist die Arztbesuchshäufigkeit von sozial schwachen Personen im Vergleich zu Rezeptgebührenpflichtigen jedoch geringer. Dies ist besonders bemerkenswert, da sich mit steigendem Alter die Krankheitsbilder von rezeptgebührenbefreiten und nicht-befreiten Personen angleichen bzw. die meisten Hochbetagten in irgend einer Weise als krank anzusehen sind.

**Sozial schwächere Personen** suchen jedoch um 20 Prozent **seltener Fachärzte** auf, als vergleichbare rezeptgebührenpflichtige Personen und bekommen **durchschnittlich billigere Arzneimittel** verordnet. Auch Vorsorgeuntersuchungen nehmen sie - wenn auch nur um einen äußerst niedrigen Prozentsatz - in einem geringeren Ausmaß in Anspruch. Trotzdem verursachen rezeptgebührenbefreite Personen gesamt gesehen mehr Krankheitskosten als Nicht-Befreite. Die höchsten jährlichen Kosten pro Patient fielen 1999 dabei mit durchschnittlich über 42.000,- öS(€ 3.052,26) für männliche rezeptgebührenbefreite Pensionisten zwischen 20 und 40 Jahre an.

Interessant erscheint auch die Betrachtung der Krankenstände: Obwohl rezeptgebührenbefreite Arbeiter deutlich höhere Arztbesuchshäufigkeiten aufweisen als ihre nicht-rezeptgebührenbefreiten Kollegen, sind sowohl ihre durchschnittliche Krankenstandsdauer als auch die Anzahl der



Krankenstände nur minimal höher. Die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes scheint also höher zu sein als die Sorge um die eigene Gesundheit.

### Schlussfolgerungen

Um armutsbedingte gesundheitliche Nachteile für die Bevölkerung gering zu halten, soll das Angebot von Gesundheitsleistungen möglichst **niederschwellig** erfolgen und **zielgruppenorientiert** sein. Wichtig ist jedoch auch, anhaltende Armut, Langzeitarbeitslosigkeit sowie dauerhafte Überschuldung als bedeutsame krankheitsverursachende Faktoren zu erkennen, und diese ursächlichen Determinanten zu bekämpfen. Daher ist eine sozial- und gesundheitspolitische Aufwertung des Themas Armut und Gesundheit dringend notwendig. Die Vermeidbarkeit von Gesundheitsproblemen muss auch für sozial schwache Menschen nachvollziehbar und transparent gemacht werden.

Der Einfluss und die Bedeutung von nicht unmittelbar gesundheitsspezifischen Maßnahmen (wie etwa das Anheben des allgemeinen Bildungsniveaus, Verbesserungen der Wohnsituation) dürfen nicht unterschätzt werden, da diese das Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen. Im Besonderen sind alle Maßnahmen zur Sicherung einer ausgewogenen Einkommensverteilung innerhalb einer Gesellschaft zielführend, da dies immer noch der beste Garant für den guten Gesundheitszustand der Bevölkerung ist.

## 7. Neue gesetzliche Regelungen

### 7.1. Ärztegesetz 1998, Novelle 2001

Die von Seiten der Ärzteschaft jahrelang bestehende Forderung, **Gruppenpraxen** in das österreichische Gesundheitssystem zu implementieren, konnte durch diese Novelle umgesetzt werden.

Im Gegensatz zu den bisher schon bestehenden Gemeinschaftspraxen, die lediglich Innengesellschaften ohne Außenwirkung sind, sowie im Gegensatz zu den Apparate- und Ordinationsgemeinschaften, die zwar Außenwirkungen entfalten, jedoch lediglich Wirtschaftsgesellschaften darstellen, eröffnen die nunmehrigen Gruppenpraxen erstmals auch die Möglichkeit von Behandlungsgesellschaften.

Als Rechtsform dieser außenwirksamen Gruppenpraxen steht die offene Erwerbsgesellschaft zur Verfügung. Der Gruppenpraxis kommt selbst eine Berufsbefugnis zu, die sich aus den Berufsbefugnissen der an der Gruppenpraxis als persönlich haftenden Gesellschafter beteiligten Ärzten zusammensetzt.

Durch die Etablierung von Gruppenpraxen soll einerseits die Entlastung des stationären Krankenanstaltensektors durch flexible ambulante Einrichtungen und andererseits die Schließung von Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Bereich bewirkt werden, wobei der schnelleren und besseren Erreichbarkeit besondere Bedeutung zukommt.

Parallel dazu besteht durch eine Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nunmehr die Möglichkeit, auch **Kassenverträge für Gruppenpraxen** auszuverhandeln.

Ein zusätzlicher Anreiz liegt in der besseren Investitionsbasis und in einem rationelleren **Kosten- und Zeitmanagement**.

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist hervorzuheben, dass diese Vorteile in Form der apparativen Ausstattung oder auch in der besseren Nutzungsmöglichkeit von Fortbildungsangeboten einen unmittelbaren Qualitätseffekt auch für die Patienten/innen nach sich ziehen können. Ebenso kann durch Doppel- oder Mehrfachbesetzungen der Betrieb zeitlich flexibler gestaltet werden.

Ein positiver Effekt ist ferner darin zu sehen, dass eine intensive und ständige Interaktion auch das wechselseitige Lernen der beteiligten Sonderfächer untereinander fördern wird, was sich für die Patienten/innen im Hinblick auf eine verbesserte interdisziplinäre **Behandlungs- und Betreuungsqualität positiv** auswirken wird.

Eine ausdrückliche gesetzliche Verankerung gewährleistet die **freie Arztwahl** des Patienten/der Patientin bei Gesellschaftern mit gleicher Fachrichtung. Darüber hinaus wurde mit der Gruppenpraxis auch haftungsrechtlich eine Verbesserung des Patientenschutzes erreicht.

Zu unterstreichen ist, dass diese Einrichtungen einen wesentlichen Beitrag zur **Entlastung der Krankenanstalten** und damit zur **Kostendämpfung** in diesem kostenintensiven Bereich leisten können. Insbesondere kann eine durch leistungsfähige und effiziente Einrichtungen im ambulanten Bereich verbesserte Primärversorgung zur Früherkennung von Krankheiten und Leidenszuständen beitragen und damit teure Behandlungen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten vermeiden helfen.

Darüber hinaus wird durch die Verbesserung der extramuralen Vor- und Nachsorge die Verweildauer in stationären Einrichtungen wesentlich verkürzt werden.

Auch auf die Ausbildung der Jungärzte/innen wurde Bedacht genommen, sodass nun auch eine Tätigkeit in Lehrgruppenpraxen möglich ist.



Ein weiterer wichtiger Punkt in der Ärztegesetz-Novelle 2001 ist die **Neuregelung der ärztlichen Anzeige- und Meldepflicht**.

Im Vergleich zur vorhergehenden Bestimmung besteht nunmehr eine unverzügliche Anzeigepflicht des Arztes im Falle des Verdachtes, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere Körperverletzung herbeigeführt worden ist oder eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, bzw. ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist.

Richtet sich im zuletzt genannten Fall der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen, so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer **Kinderschutzeinrichtung** an einer Krankenanstalt erfolgt. Zusätzlich hat eine Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger zu ergehen.

In den Fällen vorsätzlich begangener schwerer Körperverletzungen hat der Arzt/die Ärztin seinen Patienten/innen auf bestehende **Opferschutzeinrichtungen** hinzuweisen.

Durch diese Regelung soll unter anderem einem umfassenden Schutz von minderjährigen Missbrauchsoffern Rechnung getragen werden.

Auch im Rahmen der **Dokumentationspflicht** sind durch die Ärztegesetz-Novelle 2001 Neuregelungen erfolgt.

So wurde ein weiterer Schritt zur Patientenrechtsdurchsetzung getan, indem ausdrücklich normiert wurde, dass der Arzt oder die Ärztin verpflichtet ist, dem Patienten/der Patientin **Einsicht in die Dokumentation** zu gewährleisten oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen. Damit wurde die schon bisher ständige Rechtsprechung auch gesetzlich niedergeschrieben.

Völlig neu und auch vom Gedanken der Patientenrechte getragen sind hingegen die Bestimmungen über das rechtliche Schicksal der von einem Arzt/einer Ärztin geführten **Aufzeichnungen** bei Einstellung seines Berufes. Im Sinne des Patientenwohles, aber auch im öffentlichen Interesse und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechend, wäre es nicht zweckmäßig, dass diese besonders sensiblen Daten nach Auflösung oder Übernahme einer Ordination verloren gehen.

So hat der Kassenplanstellen- bzw. der Ordinationsstellennachfolger die ärztliche Dokumentation von seinem Vorgänger zu übernehmen und für die der Aufbewahrungspflicht entsprechende Dauer aufzubewahren.

Der Patient/die Patientin ist von der Übernahme der Patientendokumentation zu **informieren**. Macht dieser von seinem Widerspruchsrecht nicht Gebrauch, ist auch eine Verwendung dieser Daten möglich.

Ein großes gesundheitspolitisches Anliegen ist es, die **außergerichtliche Streitbeilegung** im ärztlichen Haftungsrecht zu stärken. Deshalb wurde im Gesetz festgelegt, dass der Ablauf der im allgemeinen dreijährigen Verjährungsfrist für maximal 18 Monate gehemmt wird, wenn ein Patientenanwalt oder eine sonstige Schlichtungsstelle im Bereich der Medizin vom Patienten/von der Patientin um Vermittlung bzw. außergerichtliche Streitbeilegung ersucht wird.

Gleiches gilt, wenn sich der Patient/die Patientin direkt an den Arzt/an die Ärztin, den Rechtsträger der Krankenanstalt oder die jeweilige Haftpflichtversicherung wendet und einer der angeführten Personen bzw. Einrichtungen sich zu einer außergerichtlichen Klärung bereit erklärt.

Weiters hat die Novelle eine Verankerung der ärztlichen **Fortbildungspflicht** gebracht. So weist das Gesetz auch in diesem Punkt einen im internationalen Vergleich hohen Standard auf.

## 7.2. Ärztegesetz 1998, Verwaltungsreformgesetz 2001

Im Rahmen des Verwaltungsreformgesetzes 2001 ist auch das Ärztegesetz 1998 geändert worden.

Das bedeutet, dass in Zukunft die Zuständigkeit zur **Erteilung von Bewilligungen an im Ausland ausgebildete Ärzte/innen und Zahnärzte/innen** gemäß §§ 32, 33 und 35 Ärztegesetz 1998 in erster Instanz an die Österreichische Ärztekammer und in zweiter Instanz an den Unabhängigen Verwaltungssenat fällt. Ausgenommen sind Bewilligungen zu Studienzwecken an Universitätskliniken bzw. -instituten, diese werden weiterhin vom Klinikvorstand erteilt.

Weiters soll im Sinne der generellen Überlegungen der Bundesregierung zur Verwaltungsvereinfachung und zur Auslagerung von Bundesangelegenheiten zur Erreichung der beschlossenen Sparziele und der Konsolidierung des Staatshaushaltes sowohl die Anerkennung von Ausbildungsstätten zur Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, als auch zum Facharzt oder für eine ergänzende spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet eines Sonderfaches einschließlich von Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen sowie Lehrambulatorien in den übertragenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer ver-



lagert werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Österreichische Ärztekammer, der schon bisher ein Anhörungsrecht etwa in Angelegenheiten der Anerkennung von Ausbildungsstätten eingeräumt war, in diesem Bereich – dies entspricht auch der derzeitigen Praxis – eng mit den jeweils zuständigen Landesärztekammern kooperiert, sodass auf Grund der Fachkompetenz der Ärztekammern eine reibungslose und sachadäquate Vollziehung gewährleistet ist.

Durch den Wegfall von verschiedensten Anhörungsrechten wird auch eine Beschleunigung der Verfahrensdauer erreicht werden können, die letztlich auch den Rechtsträgern von Krankenanstalten als Antragsteller in diesem Verfahren zugute kommt und Kosten eindämmt.

### 7.3. Sanitätsgesetz 2002

Die Aufgabenstellung des Rettungs- und Krankentransportwesens unterlag in den letzten Jahrzehnten einer rasanten und bedeutsamen Wandlung. Dies ist vor allem auf eine sprunghafte Entwicklung der Notfall- und Katastrophenmedizin zurückzuführen, die offensichtlich machte, dass bei akut lebensbedrohten Patienten/innen entscheidende medizinische Maßnahmen schon ausserhalb einer Krankenanstalt erforderlich werden, die früher noch nicht möglich waren oder der Versorgung in einer Krankenanstalt vorbehalten blieben. Neben einer entsprechenden organisatorisch-einsatztaktischen Ausgestaltung der Rettungs- und Krankentransportsysteme kommt in diesem Zusammenhang der Qualifikation des eingesetzten Personals eine entscheidende Rolle zu. Vor allem für das **nichtärztliche Personal** hat sich in den letzten Jahrzehnten ein zunehmend **differenziertes Tätigkeitsspektrum** ergeben, das von der Durchführung von Krankentransporten über Assistenz bei notärztlichen Maßnahmen bis zur selbständigen Versorgung von Notfallpatienten/innen reicht.

Die bis zur Einführung des Sanitätsgesetzes 2002 geltenden Regelungen des nichtärztlichen Personals wurden sowohl inhaltlich als auch fachlich den aktuellen Anforderungen in der Praxis nicht mehr gerecht. Durch das neue Gesetz soll die Ausbildung und Ausübung des Berufes der Sanitäter/innen modernisiert werden.

Es wurde ein neues Ausbildungssystem erarbeitet, welches einerseits eine größtmögliche praxis- und berufseinstiegsgerechte und andererseits eine für **ehrenamtlich tätige Personen** zugängliche und **zumutbare Ausbildung** ermöglichen soll. Um eine **Qualitätssicherung**, insbesondere im Hinblick auf das Wohl der Patienten/innen, zu erreichen, war durch eine Erweiterung des Tätigkeitsbereichs eine **Verlängerung der Ausbildungsdauer** unumgänglich.

### 7.4. Novelle zum Krankenanstaltengesetz

Durch die Novelle BGBl.I Nr.80/2000 wurde die Möglichkeit geschaffen, den Mitgliedern der Ausbildungskommissionen (in jeder Landesärztekammer ist für alle mit der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, zum Facharzt und zum Zahnarzt zusammenhängenden Fragen eine Ausbildungskommission einzusetzen (§ 82 Abs.2 ÄrzteG 1998)) Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen.

Diese Möglichkeiten stellen einen wichtigen Beitrag zur **Qualitätssicherung** der Ärzteausbildung und der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen insgesamt dar.

### 7.5. Patientenrechte

1999 wurde die **Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte** zwischen dem Bund und dem Bundesland Kärnten bilateral abgeschlossen.

Das Regierungsübereinkommen der Bundesregierung für die XXI. GP sieht unter dem Thema Patientenrechte vor, dass die Bemühungen des Bundes auf Abschluss der Artikel 15a B-VG-Verträge mit den Bundesländern über die Verwirklichung von Patientenchartas fortzusetzen sind.

Zwischenzeitlich wurden bereits mit den Bundesländern Burgenland, Oberösterreich und Niederösterreich entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen. Auch die Bundesländer Steiermark und Tirol haben den Wunsch nach einem bilateralen Abschluss geäußert, die entsprechenden Regierungsvorlagen befinden sich derzeit in parlamentarischer Behandlung.

Der Bund wird seine Bemühungen um Abschluss von entsprechenden Vereinbarungen auch mit den noch fehlenden Bundesländern fortsetzen.

### 7.6. EWR-Psychologengesetz und Psychotherapiegesetz

Über den Sommer 2002 läuft das Begutachtungsverfahren für die Vorbereitung der Novellierungen des **EWR-Psychotherapiegesetzes** und des **EWR-Psychologengesetzes** samt den entsprechenden Durchführungsverordnungen.

Hintergrund für diese legislative Arbeit ist das Abkommen über die Freizügigkeit zwischen der Europäischen Gemeinschaft und der Schweizerischen Eidgenossenschaft.



Dadurch wird Österreich verpflichtet, eine Rechtsgrundlage für Staatsangehörige der Schweizerischen Eidgenossenschaft auf Zugang zu einer unselbständigen Erwerbstätigkeit und Niederlassung als Selbständiger sowie der Erleichterung der Erbringung von Dienstleistungen unter gegenseitiger Anerkennung der beruflichen Befähigungsnachweise zu schaffen.

## 7.7. Verordnungen

### 7.7.1. Medizinproduktegesetz

Im Berichtszeitraum wurden zwei Verordnungen zum Medizinproduktegesetz (BGBl.Nr.657/1996 i.d.g.F.) betreffend die „Klassifizierung von Medizinprodukten“ (BGBl.II Nr.381/2000) und betreffend „Grundlegende Anforderungen an Medizinprodukte“ (BGBl.II Nr.9/2001) im Hinblick auf die Änderungen durch das Inkrafttreten der Richtlinie 98/79/EG für In-Vitro-Diagnostika neu gefasst.

Damit wurden in Österreich Regelungen für verbindlich erklärt, die zur Erhöhung der Qualität und Sicherheit bei der Verwendung von In-Vitro-Diagnostika beitragen.

### 7.7.2. Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten

Durch diese Verordnungen wurden Erkrankungen, Verdachtsfälle und Todesfälle an Legionellose und Verdachtsfälle und Todesfälle an Masern der Meldepflicht nach dem Epidemiegesetz unterworfen. Dadurch ist es möglich, einen Überblick über die Epidemiologie in Österreich zu erhalten und andererseits die Behörde in die Lage zu versetzen, zum Schutz der Bevölkerung vor diesen übertragbaren Krankheit entsprechende Maßnahmen setzen zu können.

### 7.7.3. Mutter-Kind-Pass

Die neue **Mutter-Kind-Pass-Verordnung** trat mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

Inhalt:

- Verankerung der bereits im Kinderbetreuungsgeldgesetz vorgesehenen Bindung des Kinderbetreuungsgeldes an die im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Untersuchungen;
- Verlegung der 1. Ultraschalluntersuchung der Schwangeren in die 18. bis 22. Woche;
- Ausweitung des Untersuchungszeitraumes bei der zweiten Kindesuntersuchung auf die 4. bis 7. Lebenswoche;
- Vorverlegung der 2.Hüftultraschallkontrolluntersuchung des Kindes;

- Verlegung der HNO-Untersuchung in das 7. bis 9. Lebensmonat;
- Einführung einer weiteren Kindesuntersuchung im 58. bis 62. Lebensmonat.

## 8. Internationale Zusammenarbeit (WHO)

Gesundheitsprobleme machen nicht an nationalen Grenzen halt. Internationale Aktivitäten können nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Lösung überregionaler Probleme leisten, häufig dienen sie auch als Impulsgeber oder zur Unterstützung nationaler Maßnahmen. Österreich betrachtet es daher als **wichtige Aufgabe**, sich an den Arbeiten der Weltgesundheitsorganisation WHO aktiv zu beteiligen.

**Die 53.** Weltgesundheitsversammlung, die von 15.–20. Mai 2000 in Genf stattgefunden hat, stand im Zeichen der neuen Prioritäten der WHO, Bekämpfung von HIV/AIDS sowie internationale Tabakkontrolle.

Die Generaldirektorin der WHO, Gro Harlem Brundtland, betonte, dass HIV/AIDS in Afrika zu einem internationalen politischen Thema geworden sei. Immer mehr stelle sich die Notwendigkeit, bestimmte **Medikamente zur HIV/AIDS-Bekämpfung** Menschen in Entwicklungsländern **leichter zugänglich** zu machen. Die Höhe der Preise sei ein wichtiger Faktor für eine verbesserte Versorgung mit solchen Medikamenten. Die Weltgesundheitsversammlung verabschiedete eine Resolution zu HIV/AIDS, in der u.a. die Generaldirektorin aufgefordert wird, die Mitgliedstaaten bei der Implementierung eines **Monitoring-Systems für Medikamentenpreise** zu unterstützen.

Die Weltgesundheitsversammlung beschloss des weiteren den Beginn von Verhandlungen über eine Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle sowie möglicher künftiger Protokolle. In Ergänzung zur Konvention steht die Erarbeitung von Protokollen zu den Bereichen Behandlung von Tabakabhängigen, Tabakschmuggel, sowie Werbung und Sponsoring zur Diskussion.

Von 5.–9.Juni 2000 hielt die WHO in Mexiko City die **5. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung** mit dem Titel „**Überbrückung der Ungleichheit**“ (Bridging the Equity Gap) ab. Zielsetzung der Konferenz war,

- Auswirkungen von Gesundheitsförderungsstrategien auf die Gesundheit und Lebensqualität aufzuzeigen,
- Bemühungen zu verstärken, Gesundheit als Priorität in die Entwicklungszusammenarbeit mit internationalen, nationalen und lokalen Organisationen einzubringen, sowie



- eine weltweite Allianz für Gesundheitsförderung zu schaffen.

Im Rahmen der Konferenz wurde eine Ministererklärung verabschiedet, die den Beitrag von Gesundheitsförderungsstrategien für die Nachhaltigkeit von lokalen, nationalen und internationalen Gesundheitsaktionen bekräftigt und dafür plädiert, landesweite Aktionspläne zu verfassen.

Vorherrschende Themen der **54. Weltgesundheitsversammlung** (14.–22. Mai 2001) waren die **Bekämpfung von HIV/AIDS** sowie die Aufbringung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel durch eine weltweite Allianz, die Beschlussfassung über eine neues Beitragssystem sowie der **Gesundheitszustand der arabischen Bevölkerung in den besetzten arabischen Gebieten einschließlich Palästinas**. Durch die Verabschiedung der von der EU und Brasilien eingebrachten Resolution „Scaling up the response to HIV/AIDS“ werden die Mitgliedstaaten nicht nur aufgefordert, dafür zu sorgen, HIV/AIDS als die Priorität auf der Gesundheits- und Entwicklungsagenda anzuerkennen und genügend Mittel für den Kampf gegen HIV/AIDS bereitzustellen, sondern auch jede Anstrengung zu unternehmen, um in nachhaltiger Weise den höchsten Standard an Behandlungsmöglichkeiten gegen HIV/AIDS, einschließlich Prophylaxe sowie Therapien gleichwohl wie den Zugang zu antiretroviralen Medikamenten für Entwicklungsländer sicherzustellen.

Die Intention der von der WHO gemeinsam mit der polnischen Regierung veranstalteten **Europäischen Minister/innenkonferenz** für ein tabakfreies Europa (18./19. Februar 2002, Warschau) wird in ihrem Subtitel „Eine europäische Aktion und Partnerschaft für die Rahmenkonvention zur **Bekämpfung des Tabakkonsums**“ zum Ausdruck gebracht. Neben einem breiten politischen Commitment für die WHO-Tabakrahenkonvention wurde eine Bestandsaufnahme der bisherigen Tätigkeiten zur Verwirklichung der Empfehlungen der europäischen Tabakkonferenz der WHO (Madrid, 1988) und der darauf folgenden Aktionspläne unternommen sowie die Vorgabe von Leitprinzipien für den bei der nächsten Regionaltagung (September 2002) zur Beschlussfassung anstehenden **4. Aktionsplan für ein tabakfreies Europa**.

Wesentliche Inhalte der bei der Konferenz verabschiedeten **Warschau-Deklaration** für ein **tabakfreies Europa** sind:

- eine starke Unterstützung der europäischen Mitgliedstaaten für eine umfassende WHO-Tabakrahenkonvention sowie für die Entwicklung einer europäischen Strategie zu Anti-Tabak-Maßnahmen im Rahmen des nächsten europäischen Aktionsplans;

- Anti-Tabakmaßnahmen an die Spitze der Public-Health-Prioritäten zu stellen;
- ein Bekenntnis zur sektorübergreifenden und zwischenstaatlichen Kooperation zur Bekämpfung des Tabakkonsums;
- die Aufforderung an den Regionaldirektor, dem Tabakproblem durch entsprechende Prioritätensetzung auch im Rahmen des Regionalbüros der WHO gebührend Rechnung zu tragen.

Im Mittelpunkt der **55. Weltgesundheitsversammlung** (Genf, 13.–18. Mai 2002) stand neben zunehmend politischen Themen wie der Taiwan- und der Palästinafrage die Diskussion über den **WHO-Bericht über Makroökonomie und Gesundheit**, der über Initiative von GD Brundtland unter der Leitung von Harvard-Wirtschaftsprofessor Jeffrey Sachs erarbeitet wurde und detailliert die Beziehungen zwischen **Gesundheit, Reduktion von Armut und Wirtschaftswachstum untersucht**. Kernaussage des Bericht ist dabei, dass **Investitionen in die Gesundheit als Schlüsselfaktor für wirtschaftliches Wachstum und soziale Entwicklung** zu betrachten sind und **quantifizierbaren volkswirtschaftlichen Nutzen** bringen. Weitere Themen der 55. WHA waren der globale Kampf gegen HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria und zwar insbesondere die Rolle der WHO im neugegründeten Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, in dessen Gründungsrat Österreich durch einen Fachbeamten der Sektion Gesundheitswesen vertreten ist und damit mitbestimmenden Zugang zu diesem Fonds als wichtigsten Meilenstein der internationalen Staatengemeinschaft zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria besitzt. Der bisherige **finanzielle Beitrag** des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen von **1 Million US-Dollar** zum GFATM wird international sehr geschätzt und trägt zu einer Teilhabe Österreichs an der globalen Agenda bei.

## 9. Biotechnologie und Gentechnik

### 9.1. Aufgabenbereich

Das Gentechnikgesetz, BGBl.Nr.510/1994, i.d.F.BGBl.I Nr.73/1998, sieht für den **Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen** folgende wesentliche Aufgabenbereiche vor:

- **Durchführung von Verwaltungsverfahren betreffend**
  - Arbeiten mit gentechnisch veränderten Organismen (GVO) im geschlossenen System
  - Freisetzen von GVO und Inverkehrbringen von Erzeugnissen, die GVO enthalten oder aus solchen bestehen, einschließlich der Kennzeichnung dieser Erzeugnisse



- Genanalysen und somatische Gentherapie am Menschen

- **Herausgabe des Gentechnikbuches**
- **Durchführung von Kontrollen**

## 9.2. Legistische Maßnahmen

Im Berichtszeitraum stand die Erarbeitung einer Novelle zum Gentechnikgesetz im Vordergrund. Wesentlicher Inhalt dieser Novelle ist die Umsetzung der Richtlinie 98/81/EG zur Änderung der Richtlinie 90/219/EWG über die Anwendung genetisch veränderter Mikroorganismen in geschlossenen Systemen. Dabei sollen die Verwaltungsverfahren für Arbeiten in den oberen Sicherheitsstufen verschärft, in den niedrigeren Sicherheitsstufen erleichtert werden.

## 9.3. Anmelde-, Genehmigungs- und Zulassungsverfahren

### 9.3.1. Arbeiten mit GVO im geschlossenen System

Im Berichtszeitraum sind beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von 14 Betreibern insgesamt 44 Anmeldungen bzw. Anträge auf Genehmigung zur Durchführung von Arbeiten mit GVO im geschlossenen System (§§ 19 und 20 GTG) eingebracht worden. Davon waren 19 erstmalige Arbeiten mit GVO in Sicherheitsstufe 1 (kein Risiko für die Sicherheit der Gesundheit des Menschen und der Umwelt), 7 erstmalige Arbeiten in Sicherheitsstufe 2 (geringes Sicherheitsrisiko), 5 weitere Arbeiten in Sicherheitsstufe 2 und eine erstmalige Arbeit in Sicherheitsstufe 3 (mäßiges Sicherheitsrisiko). Der Behörde wurde auch die Durchführung von 12 weiteren Arbeiten in Sicherheitsstufe 1 mitgeteilt.

Die genannten Arbeiten erfolgen in pharmazeutischen und biotechnologischen Unternehmen, Lebensmitteluntersuchungsanstalten, Bundeslehranstalten, Krankenanstalten sowie privaten und öffentlich-rechtlichen Forschungsinstituten.

### 9.3.2. Freisetzungen

Im Berichtszeitraum wurde **keine Freisetzung** von gentechnisch veränderten Organismen **beantragt**.

### 9.3.3. Inverkehrbringen

#### 9.3.3.1. Importverbote

Drei Importverbote sind nach wie vor in Kraft:

- Verbot des Inverkehrbringens von gentechnisch verändertem Mais mit der kombinierten Veränderung der Insektizidwirkung des BT-Endotoxin-Gens und erhöhter Toleranz gegenüber dem Herbizid Glufosinatammonium, BGBl.II Nr.45/1997,
- Verbot des Inverkehrbringens des gentechnisch veränderten Maises Zea Mays L., Linie MON 810, in Österreich, BGBl.II Nr.175/1999 und
- Verbot des Inverkehrbringens des gentechnisch veränderten Maises Zea Mays L.T25 in Österreich, BGBl.II Nr.120/2000.

Trotz Ablehnung der österreichischen Begründung durch den zuständigen wissenschaftlichen Ausschuss der EU liegt bis jetzt kein Beschluss der Europäischen Kommission zur Aufhebung dieses Verbotes vor.

#### 9.3.3.2. Freisetzungsrichtlinie

Im Februar 2001 wurde die neue **Freisetzungsrichtlinie** der EU beschlossen, die unter Berücksichtigung des Vorsorgeprinzips erheblich erschwerte Anforderungen für das Freisetzen und das Inverkehrbringen von GVO sowie für die Kennzeichnung festlegt. Damit soll gemäß dem Willen der Kommission auch das Vertrauen der europäischen Verbraucher/innen in die Gentechnik wieder hergestellt werden.

Österreich hat sich anlässlich der Beschlussfassung mit anderen fünf EU-Mitgliedstaaten dem sogenannten „Moratorium“ angeschlossen, womit derzeit die **Zulassung** weiterer GVO-Pflanzen für die Landwirtschaft und die Lebensmittelproduktion **nicht möglich** ist.

#### 9.3.3.3. Unabsichtliche Verunreinigungen

Großes mediales Interesse erregte im Jahr 2001 eine Kampagne der Umweltschutzorganisation „Greenpeace“, die im Bundesland Kärnten in einer Charge von konventionellem Maissaatgut geringfügige Spuren einer GVO-Kontamination entdeckte. Da solche **Kontaminationen** auch in anderen Bundesländern nicht auszuschließen waren, wurde vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen gemeinsam mit den betroffenen Bundesländern eine Entschädigungsaktion für jene Landwirte durchgeführt, die ihre Maiskulturen der betroffenen Sorten freiwillig einackern ließen.

Weiterführende Untersuchungen in Oberösterreich aber auch auf Bundesebene im Rahmen der Saatgutverkehrskontrolle ergaben, dass die Kontaminationen geringfügig waren und das Österreich derzeit, was die Landwirtschaft betrifft, als „**gentechnikfrei**“ bezeichnet werden kann. Durch die vom Landwirtschaftsminister im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen beschlossene Saatgut-Gentechnikverordnung, die einen Grenzwert von 0,1% (d.h. praktisch die Nachweisgrenze) bei Nachunter-



suchungen von konventionellem Saatgut vorsieht, kann diese „**Gentechnikfreiheit**“ für Österreich bis auf weiteres **gewährleistet** bleiben.

Für den Fall, dass die Europäische Union bzw. die Kommission allerdings wieder neue Zulassungen ins Auge fassen sollte (derzeit „hält“ das Moratorium noch) werden nunmehr Szenarien von „GVO-freien“ Zonen diskutiert, die ein Nebeneinander von GVO-Anbau in Europa einerseits und einer konventionellen gentechnikfreien Landwirtschaft sowie der ex lege gentechnikfreien BioLandwirtschaft ermöglichen bzw. dabei entstehende Probleme beseitigen sollen. Diese Diskussion wird sowohl in Österreich als auch in Europa verstärkt weiterzuführen sein.

#### 9.3.3.4. Durchführung von Genanalysen

Das Gentechnikgesetz sieht vor, dass vor jeder Entscheidung über einen Antrag auf Zulassung einer Einrichtung zur Durchführung von Genanalysen der zuständige wissenschaftliche Ausschuss der Gentechnikkommission zu befassen ist. Auf der Grundlage eines Gutachtensentwurfes der Berichterstatter wird vom Ausschuss erörtert, ob die Einrichtung den Vorgaben des Gentechnikgesetzes (sachliche und personelle Ausstattung, Qualitätssicherung, Datenschutz) entspricht und die Durchführung der Genanalysen nach dem Stand von Wissenschaft und Technik gewährleistet ist.

Im Berichtszeitraum wurden 16 derartige Anträge vom Ausschuss begutachtet und nach Klärung offener Fragen positiv beurteilt.

#### 9.3.3.5. Somatische Gentherapie am Menschen

Auch hier sieht das Gentechnikgesetz verpflichtend die Einbindung des wissenschaftlichen Ausschusses für Genanalyse und Gentherapie sowie die Anhörung des Arzneimittelbeirates vor, ehe eine Entscheidung über den Antrag getroffen werden kann.

Im Berichtszeitraum wurden vier Anträge gestellt, die im wissenschaftlichen Ausschuss im Rahmen einer Präsentation der Gentherapie-Studie durch den Prüfungsleiter erörtert wurden. Ein Antrag wurde zurückgezogen, da Sicherheitsbedenken sowohl des Ausschusses, als auch des Arzneimittelbeirates bestanden. Bei den übrigen drei Verfahren ergab die Expertise der Ausschussmitglieder, dass die Vorlage ergänzender Informationen bzw. die Vornahme von Protokolländerungen erforderlich ist, ehe eine abschließende Begutachtung erfolgen kann.

## 10. Veterinärverwaltung

### 10.1. BSE-Maßnahmen

Die europaweite BSE-Krise hat zu massiven Auswirkungen nicht nur in der Landwirtschaft bzw. bei den bäuerlichen Produzenten/innen, sondern auch in den vor- und nachgelagerten Bereichen geführt.

Die Krise wurde durch eine Mitteilung der französischen Agrarbehörde ausgelöst, in der der begründete Verdacht geäußert wurde, dass in Frankreich tausende BSE-kontaminierte Rinder, die noch nicht das leicht zu diagnostizierende Endstadium der BSE erreicht haben, leben.

In einer Sofortmaßnahme wurde die kurzfristige Finanzierung der BSE-Folgekosten aus Bundesmitteln des Katastrophenfonds, aus Mitteln der Länder sowie des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft sichergestellt.

Das Auftreten des ersten BSE-Falles im Dezember 2000 in Deutschland verstärkte die europäische Krise weiter und forderte alle Mitgliedstaaten der EU zum Handeln auf.

In Österreich wurden daher folgende weitere Maßnahmen ergriffen:

#### 1. Überwachung der BSE

- Ab 1. Jänner 2001 wurden mittels BSE-Schnelltest
  - sämtliche Rinder flächendeckend über 30 Monate die als Lebensmittel in Verkehr kommen und
  - sämtliche Notschlachtungen und
  - stichprobenweise alle gefallenen Tiere (nicht für den menschlichen Verzehr getötet) ab einem Alter von 20 Monaten untersucht.

Im Zeitraum 23.10.2001–31.1.2002 wurden **249.392 Rinder** auf BSE untersucht.

#### **Sämtliche Proben mit Ausnahme einer einzigen vom 6. Dezember 2001 waren negativ.**

Vom 1. Jänner 2002 bis Ende März 2002 wurden weitere 57.638 Proben mit negativem Ergebnis auf BSE getestet.

2. Die **Verfütterung von verarbeiteten tierischen Proteinen** (alle Arten von „**Tiermehlen**“) an Nutztiere, die zur Lebensmittelgewinnung dienen, ist in Österreich seit 1.1.2001 **untersagt**.



### Erster BSE-Fall in Österreich

Am Donnerstag, den 6. Dezember 2001, wurde das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen von der Bundesanstalt für veterinärmedizinische Untersuchungen in Mödling informiert, dass ein BSE-Schnelltest bei einem Rind positiv ausgefallen war und weitere Tests zur sicheren Diagnose durchgeführt werden. Es handelte sich dabei um die Probe eines Rindes, welches am Vortag in einem Schlachtbetrieb in Niederösterreich – Bezirk Zwettl – geschlachtet worden war.

Der Krisenplan zur Bekämpfung der BSE lief am 6. Dezember 2001 mit der durch Mitarbeiter der Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen erfolgten Verständigung des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung (Landesveterinärdirektion) zum Zweck der Anhaltung der Tierkörper im Schlachthof an.

Erste Recherchen ergaben, dass es sich laut schriftlicher Angabe des Fleischuntersuchungstierarztes um ein 25 Monate altes Tier aus einem Betrieb im Bezirk Melk handle. Der Betrieb wurde daraufhin vorübergehend gesperrt.

Um eine zweifelsfreie Zuordnung zu ermöglichen, wurden am 7. Dezember 2001 nochmals Proben von allen Gehirnen, Köpfen und Tierkörpern der Tiere für eine genetische Differenzierung entnommen.

Die Zuordnung ergab, dass es sich bei dem Betrieb um einen im Bezirk Gmünd gelegenen milch- und fleischproduzierenden Hof von mittlerer Größe handelt. Der Ursprungsbetrieb wurde sofort gesperrt. Die Ursache des Auftretens der BSE ist unklar, sämtliche Möglichkeiten der Einschleppung – einschließlich der Möglichkeit des illegalen Futtermittelimportes – wurden überprüft.

Die seit 1. Jänner 2001 getroffene Vorsichtsmaßnahme der lückenlosen Untersuchung aller Rinder mittels BSE-Schnelltest (die über 30 Monate alt sind und zur Schlachtung gelangen) hat sich als notwendig erwiesen und wird auch weiterhin durchgeführt.

Diese Regelungen stellen den Verbraucherschutz sicher und sollen gewährleisten, dass alle Fälle von BSE in Österreich tatsächlich aufgedeckt werden.

## 10.2. Schlachtier- und Fleischuntersuchung

Die rechtliche Basis ist das **Fleischuntersuchungsgesetz** mit seinen Verordnungen, welches sowohl die Untersuchung der Tiere vor der Schlachtung als auch die Untersuchung der Tierkörper nach der Schlachtung

vorschreibt und weiters die Vorgaben hinsichtlich Hygiene bei der Gewinnung und der Verarbeitung von Fleisch enthält. Hinzu kommen noch die Kontrolle der Tiere und des Fleisches auf die Anwendung verbotener Substanzen und auf Rückstände in unzulässiger Höhe.

Grundsätzlich gilt, dass alle Tiere, die zur Schlachtung gelangen tierärztlich vor und nach der Schlachtung untersucht werden müssen. Ausnahmen gibt es nur für Kleintiere (Schafe, Ziegen, Schweine, Geflügel, Kaninchen), wenn sie ausschließlich für den eigenen Verzehr geschlachtet werden.

Die Untersuchung wird von ca. **1000 Tierärzten/innen** durchgeführt, die hierfür vom Landeshauptmann beauftragt und speziell geschult werden.

Jährlich werden ca 1700 Einhufer, 566.000 Rinder, 100.000 Kälber, 86.000 Schafe und Ziegen, 5,100.000 Schweine, 5.000 Stück Zuchtwild, 150.000 Stück Wild aus freier Wildbahn und 53.000.000 Stück Geflügel untersucht. Bei besonderen Verdachtsmomenten werden die Schlachtkörper zusätzlich einer bakteriologischen Untersuchung unterzogen. Dies ist durchschnittlich 5000 mal im Jahr der Fall.

Nicht taugliche Tiere werden unschädlich entsorgt, das heißt zu Tiermehl verarbeitet, welches anschließend verbrannt wird.

Weiters erfolgt nach einem von der EU vorgeschriebenem und genehmigtem Programm eine **stichprobenweise Kontrolle der Tiere** und des **Fleisches auf Rückstände**. Dabei wird auf verbotene Substanzen wie Hormone oder anabole bzw. nicht zugelassene Arzneimittel, auf die missbräuchliche Anwendung erlaubter Arzneimittel und auf Umweltkontaminanten untersucht. Dabei wurden pro Jahr stichprobenweise ca. **1.500 Proben von lebenden Tieren** in Tierhaltungsbetrieben und ca. **6.600 von geschlachteten Tieren** entnommen.

Bei positiven Befunden wird das Fleisch unschädlich entsorgt, die Ursache festgestellt und gegebenenfalls Maßnahmen gegen den Schuldigen eingeleitet.

Ein weiterer wichtiger Teilbereich der Kontrollen ist die **Hygieneüberwachung** der Fleischlieferbetriebe. Die Häufigkeit der Kontrollen ist abhängig vom Produktionsumfang und findet in den für den Innergemeinschaftlichen Handel oder zum Export in Drittstaaten zugelassenen **Betrieben**, das sind in Österreich ca. **400**, täglich statt. In den Kleinbetrieben, welche das Fleisch ausschließlich regional auf den Markt bringen, das sind ca. 15.000, erfolgen die Kontrollen je nach Produktionsumfang, nach einem Kontrollplan des Landeshauptmannes. Insgesamt sind das jährlich ca. **80.000 Kontrollen**.



**Geflügelfleisch** wird im Rahmen der Lebensmittelkontrolle auf **Salmonellen** untersucht und bei positiven Befunden als gesundheitsschädlich beanstandet.

Die **Geflügelhygieneverordnung** sieht Hygienevorschriften in allen Stufen der Geflügelproduktion (Elterntierhaltung, Brütereien, Mästereien, Schlächtereien) vor.

Ziel ist die **Bekämpfung** aller **Salmonellenarten** bei den **Elterntieren** um eine salmonellenarme Geflügelfleisch- und Konsumeiherproduktion zu ermöglichen. Salmonellenpositive Elterntiere werden gekeult und der Besitzer entschädigt. In Zusammenhang damit hat **Österreich** ein **Programm zur Bekämpfung von Salmonellen in der Elterntierproduktion** erstellt, welches von der EU-Kommission anerkannt wurde. Eine Genehmigung des Programmes und Zusage der Kofinanzierung durch die Kommission der Europäischen Union liegen vor.

Die **Verwertung tierischer Abfälle** dient primär der **seuchensicheren** Entsorgung zur Verhinderung der Verbreitung von Krankheiten bei Mensch und Tier. Basis dafür ist das Tierseuchengesetz. Auch die Verwertung von Speiseabfällen durch Verfütterung an Schweine ist in diesem Gesetz geregelt. Eine weitere gesetzliche Basis für die ordnungsgemäße Einsammlung und Verwertung zu Futter und Fett und die Regelung der Kostentragung findet sich in der sogenannten „Vollzugsanweisung“ betreffend die Verwertung von Gegenständen animalischer Herkunft in Tierkörperverwertungsanstalten. Die vier in Österreich in Betrieb befindlichen Tierkörperverwertungsanstalten arbeiten schon seit Jahren nach den von der EU seit 1.4.1997 geforderten Standards mit 133°C, 3 bar und 20 Minuten. Alles anfallende Material wird gesammelt und in diesen Verwertungsanstalten zu Fett und Tierkörpermehl verarbeitet.

**Fleisch und Fleischerzeugnisse** dürfen nur aus zugelassenen Fleischlieferbetrieben innergemeinschaftlich gehandelt werden. Diese Betriebe stehen unter regelmäßiger Kontrolle durch amtliche Tierärzte, die im Falle von Schlacht- und Zerlegungsbetrieben täglich im Betrieb anwesend sind. Zusätzlich unterliegen die Betriebe einer Kontrolle durch die zuständigen Veterinärbehörden. Werden Waren nach Österreich verbracht, so sind sie von einem Handelsdokument begleitet, welches genau Aufschluss über die Herkunft der Ware gibt. In Österreich ist die Ankunft der Ware der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden, damit diese die Kontrolle in gleicher Weise wie bei österreichischer Ware durchführen kann.

### 10.3. Tierarzneimittelkontrollgesetz/ Arzneimittelleinfuhrgesetz 2002

Das „28. Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Anwendung von Arzneimitteln bei Lebensmitteln liefernden Tieren (**Tierarzneimittelkontrollgesetz** – TAKH) sowie ein Bundesgesetz über die Einfuhr von Arzneiwaren (**Arzneimittelleinfuhrgesetz 2002**) erlassen werden und mit dem das Tierärztegesetz geändert wird“ trat mit 1. April 2002 in Kraft.

Vor dem Hintergrund der in jüngster Zeit aufgedeckten Fälle illegalen Tierarzneimittelsatzes werden durch das **Tierarzneimittelkontrollgesetz** nicht nur strengere Rahmenvorgaben für den Umgang mit Veterinärarzneimitteln, sondern vor allem auch die Grundlagen für **effiziente Kontroll- und Verfolgungsmaßnahmen** geschaffen.

Bereits in einer Richtlinie des Rates aus dem Jahre 1981 wurde ausgeführt, dass alle Rechts- und Verwaltungsvorschriften auf dem Gebiet der **Herstellung und des Vertriebes von Tierarzneimitteln in erster Linie dem Schutz der Volksgesundheit** dienen müssen. Es ist einerseits eine hohe Sicherheit und Wirksamkeit des Arzneimittels für das behandelnde Tier zu gewährleisten, andererseits aber die Gesundheit des Verbrauchers von Nahrungsmitteln tierischen Ursprungs zu schützen und eine hohe Qualität der Produkte zu sichern.

Der wesentliche Inhalt des Gesetzes ist die Beschreibung unzulässiger Einfuhr-, Vertriebs- und Anwendungshandlungen bzw. des verbotenen Besitzes von verschreibungspflichtigen Tierarzneimitteln zum Einsatz von Nutztieren sowie verbesserte Kontroll- und Sicherungsmaßnahmen.

Ziel des neuen **Arzneiwareneinfuhrgesetzes** ist es, dem sich aus dem Inkraft-Treten des gemeinschaftlichen Zulassungssystems für Arzneispezialitäten und der Änderung des Zollrechtsbestandes ergebenden Anpassungsbedarf sowie den aus dem Wegfall der Binnengrenzen im Binnenmarkt der Gemeinschaft resultierenden neuen Anforderungen an ein taugliches System der **Arzneimittelimportkontrolle** Rechnung zu tragen.

Wesentlich ist, dass auch in diesem weiterentwickelten Zulassungssystem der Europäischen Union keine Automatik im Hinblick auf einen freien Arzneimittelverkehr beinhaltet ist. Auch auf der Grundlage der neuen Regelung liegt die Entscheidungshoheit im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln im wesentlichen nach wie vor bei der nationalen Behörde.

Die Einfuhr jener Produkte, die in einem anderen EWR-Staat verkehrsfähig sind und damit die durch die eu-



ropäischen Vorschriften festgelegten Standards erfüllen, unterliegen nunmehr lediglich einem **vereinfachten Meldeverfahren**.

## 10.4. Veterinärarzneimittel

Zum Stichtag 31. Dezember 2001 waren in Österreich insgesamt **1.096 Arzneispezialitäten** für **Tiere** zugelassen (inklusive Geltungsarzneispezialitäten), davon waren 49 Fütterungsarzneimittelvormischungen sowie 209 immunologische Tierarzneimittel (Impfstoffe und Sera) und 74 homöopathische Produkte für Tiere.

In den Jahren 2000 und 2001 wurden mittels Bescheid 584 Chargenfreigaben für Veterinärimmunologica erteilt. Dabei wurde in 360 Fällen ein Gutachten der Bundesanstalt für veterinärmedizinische Untersuchungen in Mödling eingeholt.

Für den Sonderimport immunologischer Tierarzneimittel wird eine veterinärbehördliche Bewilligung gemäß §12 Tierseuchengesetz benötigt. In den Jahren 2000 und 2001 wurden 120 solche Bewilligungen erteilt.

Gemäß Arzneiwareneinfuhrgesetz ist für die Einfuhr (oder das Verbringen) in Österreich nicht zugelassener Veterinärarzneispezialitäten eine **Einfuhrbewilligung** erforderlich. 297 Einfuhrbewilligungen für Arzneispezialitäten zur Anwendung an Tieren wurden 2000 und 2001 erteilt.

Im Bundesgebiet waren im Jahr 2001 insgesamt **1.794 Tierärzte/innen** mit Praxis, **89 Tierkliniken** und **1.347 tierärztliche Hausapotheken** gemeldet.

Im Bereich **öffentlicher Dienst** sind **276 Tierärzte** beschäftigt.

Die seinerzeit durch das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz im Jahre 1982 erstmals herausgegebene **“Arzneispezialitätenliste zum Wartezeiten-erlass”**, wurde im Jahr 2001 neu herausgegeben. Die Liste umfasst nunmehr **1.069 Arzneispezialitäten-veterinär**. Die Wartezeitenliste auf der Homepage des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (Bereich Veterinärwesen) wird aktualisiert, sodass Tierärzte/innen sich auf diesem Weg über die neuesten Entwicklungen auf dem Sektor Tierarzneimittel informieren können.

## 11. Lebensmittelangelegenheiten

### 11.1. Lebensmittelsicherheit

Die Landwirtschaftsminister der EU-Mitgliedstaaten verabschiedeten im Jänner 2002 die Verordnung zur Einrichtung der **Europäischen Behörde für die Lebensmittelsicherheit (EBLS)** und zur Schaffung eines neuen Rahmens für das **Lebensmittelrecht** der EU. Damit ist die erste Phase der von der Kommission im Januar 2000 mit dem **Weißbuch zur Lebensmittelsicherheit** eingeleiteten Reform des Lebensmittelrechts abgeschlossen.

Zentraler Bestandteil der neuen Verordnung ist die **Einrichtung eines europaweiten Schnellwarnsystems** für Lebens- und Futtermittel. Dabei ist die obligatorische Meldung aller Nahrungsmittel, die ein Risiko für die menschliche Gesundheit darstellen, mit Hilfe eines Netzes vorgesehen. An diesem Netz sind die verschiedenen nationalen Behörden, die EBLS und die Kommission beteiligt.

Außerdem erhält die Kommission durch die neue Verordnung erweiterte Befugnisse für Sofortmaßnahmen - z. B. Aussetzung des Inverkehrbringens - wenn ein Lebens- oder Futtermittel ein ernstes Risiko für die Gesundheit von Mensch, Tier oder Umwelt darstellt.

Die **Behörde** soll das Vertrauen der Verbraucher/innen in die Lebensmittelsicherheit wieder herzustellen. Sie wird in engem Kontakt mit den EU-Institutionen sowie mit den Mitgliedstaaten agieren und insbesondere **folgende Aufgaben** wahrnehmen:

- Erstellung von wissenschaftlichen Gutachten;
- Beratung in Fragen der Lebensmittel- und Futtermittelsicherheit: Ernährung, Tiergesundheit, Tierschutz, Pflanzengesundheit, Umwelt, genetisch veränderte Organismen;
- Erhebung und Analyse neu auftretender Risiken;
- Unterstützung der Kommission bei der Früherkennung von Risiken und der Risikowarnung über das Schnellwarnsystem;
- Information der Öffentlichkeit.

Die **EBLS** setzt sich aus vier Organen zusammen:

- einem Verwaltungsrat (15 Mitglieder),
- einem geschäftsführenden Direktor,
- einem Beirat (15 Mitglieder),
- einem wissenschaftlichen Ausschuss und acht wissenschaftlichen Gremien.

Damit die Behörde ihre Tätigkeit als unabhängige juristische Person aufnehmen kann, müssen ein Verwaltungsrat eingesetzt und ein Geschäftsführender Direktor



bestellt werden. Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts liegt dem EP und dem Rat bereits eine Auswahlliste von 30 Bewerbern/innen für den Verwaltungsrat vor. Auf politischer Ebene muss noch die Frage des Sitzes der Behörde geklärt werden. Bisher ist eine Einigung an den unterschiedlichen Interessen der Mitgliedstaaten gescheitert.

## 11.2. Agentur für Gesundheit- und Ernährungssicherheit

Lernend aus den Lebensmittelskandalen der letzten Jahre wurde im Juni 2002 die **Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH** (im Folgenden als Agentur bezeichnet) gegründet. Alleiniger Eigentümer der Agentur ist zum Zeitpunkt der Errichtung der Bund, vertreten durch den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen und den Bundesminister für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.

Die Ziele der Agentur – **Erreichen eines hohen Niveaus des Gesundheitsschutzes sowie der Lebensmittelsicherheit und -qualität** – sollen durch eine Bündelung und Konzentration von Bundeszuständigkeiten in den Bereichen Ernährungsproduktion und Qualitätssicherung und aller Forschungs- und Untersuchungskapazitäten unter einem Dach erreicht werden. Dadurch wird die bestehende Kompetenzersplitterung entlang der Ernährungskette - beginnend bei Futtermitteln über Saatgut, Pflanzenschutz- und Düngemitteln bis hin zu Veterinär- und Lebensmittelkontrollen - behoben. Die Agentur wird daher folgende Dienststellenbereiche zusammenfassen:

- Bundesanstalten für Lebensmitteluntersuchung, Bundesanstalten für veterinärmedizinische Untersuchung und bundesstaatlich bakteriologisch-serologische Untersuchungsanstalten aus dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen;
- Bundesamt und Forschungszentrum für Landwirtschaft, Bundesamt für Agrarbiologie und Bundesanstalt für Milchwirtschaft aus dem Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.

Die **Aufgaben** der Agentur lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Untersuchungs- und Begutachtungstätigkeiten;
2. Forschungs- und Informationstätigkeiten;
3. Erstellung fachlicher Stellungnahmen;
4. Beratung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen bzw. des Bundesministers für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.

Bei der Wahrnehmung der Aufgaben ist nach wissenschaftlich anerkannten Grundsätzen und Standards vorzugehen, weiters sind die Grundsätze der Objektivität und Unparteilichkeit zu beachten.

Das Hauptaugenmerk der Agentur ist, basierend auf der Risikoanalyse, auf die Risikobewertung sowie auf die Risikokommunikation gerichtet. In besonderen Fällen, in denen nach einer Auswertung der verfügbaren einschlägigen Informationen ein Gesundheitsrisiko festgestellt wird, aber die wissenschaftliche Unsicherheit andauert, können vorläufige Risikomanagementmaßnahmen zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus getroffen werden, bis weitere wissenschaftliche Informationen für eine umfassende Risikobewertung vorliegen (Schlagwort Vorsorgeprinzip). In Angelegenheiten der Ernährung ist überdies auf die Interessen der Verbraucher/innen Bedacht zu nehmen.

## 12. Strahlenschutz

**Radioaktive Stoffe** und **Strahleneinrichtungen**, die zur Diagnose und Therapie im medizinischen Bereich verwendet werden, unterliegen nach dem **Strahlenschutzgesetz** Bewilligungs- und periodischen Überprüfungsverfahren. Für die in der Medizin eingesetzten Beschleunigeranlagen wurden diese Verfahren durch das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen auch im Berichtszeitraum planmäßig durchgeführt. Derzeit sind in Österreich **28 Elektronenbeschleuniger** für die **Strahlentherapie** (drei weitere sind geplant) und zwei **Zyklotrone** (ein weiteres ist baulich fertiggestellt) zur Herstellung kurzlebiger Radionuklide für die Positronenemissionstomographie („PET-Tomographie“) im Einsatz.

Durch die Patientenschutzrichtlinie der Europäischen Union (Richtlinie 97/43/Euratom) sind für den medizinischen Strahlenschutz spezielle Maßnahmen zur Qualitätssicherung erforderlich. In manchen Bereichen war eine Qualitätssicherung schon bisher durch Bescheide vorgeschrieben. Durch einen Erlass im Jahr 2001 wurde diese Qualitätssicherung nunmehr umfassend geregelt.

Die Untersuchung von **Lebensmitteln** auf **radioaktive Kontamination** erfolgte anhand eines **Probenplans**, in dem die wichtigsten Lebensmittel berücksichtigt sind. Im Allgemeinen liegen die Kontaminationswerte, die auf die Folgen des Reaktorunfalls von Tschernobyl zurückzuführen sind, für die meisten Lebensmittel unter einem Prozent des Grenzwertes. Ausnahme davon bilden Wild und Wildpilze, die höhere Werte aufweisen können, wobei es in Einzelfällen auch noch zu Grenzwertüberschreitungen kommt. Bei Importpilzen, die aufgrund von EU-Verordnungen umfassend an Grenzeingangsstellen



weiterhin kontrolliert werden, wurden ab 2001 keine Grenzwertüberschreitungen mehr festgestellt. Der Jahresbericht über die Strahlenüberwachung ist im Internet (<http://www.bmsg.gv.at/bmsg/relaunch/gesundheit/welcome.htm>, Strahlenschutz) abrufbar.

### 13. Gesundheitsinformationen im Internet

Im Zuge eines Relaunch im Jahr 2000 wurde die BMSG-Website technisch verbessert, inhaltlich erweitert und übersichtlicher strukturiert. Bewährte Serviceleistungen – wie die Publikationsliste mit Online-Bestellmöglichkeit – wurden beibehalten, neue – wie ein eigener Bereich für Formulare zum Downloaden – eingerichtet. Gezielte Kontaktmöglichkeiten mit den verschiedenen Fachbereichen und zahlreiche Links, auf eigenen Link-Seiten oder den jeweiligen Fachinformationen angeschlossen, ergänzen das Angebot.

Die so genannte „**Homepage Gesundheit**“ gliedert sich nunmehr in fixe Bereiche, die wiederum in flexible Kategorien unterteilt sind, die rasch erweitert, umbenannt oder entfernt werden können.

Zum Bereich Gesundheit gehören so unterschiedliche Kategorien wie

- Blut (Blut- und Plasmaspenden, Sicherheit von Blut- und Plasmaprodukten, Stammzellspende- und Transplantationswesen u.a.),
- Gesundheitsförderung,
- Gesundheitsökonomie,
- Gesundheitstelematik,
- Impfen (Impfplan und Broschüre),
- Infektionskrankheiten (AIDS, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Hepatitis, Legionärskrankheit, Masern, Meningokokken u.a. meldepflichtige übertragbare Krankheiten),
- Internationales (EU-Aktionsprogramme und -Richtlinien, internationale Organisationen, Konferenzen und andere Veranstaltungen),
- Psychische Gesundheit,
- Qualität im Gesundheitswesen,
- Statistiken (AIDS, meldepflichtige übertragbare Krankheiten),
- Sucht (Alkohol, Nikotin, Drogen) u.a.m.

Der Großteil dieser Informationen richtet sich an ein breites Publikum, ist verständlich und gefällig aufbereitet (Sprache, grafische Gestaltung) und leicht handhabbar (überschaubare Menge an Seiten und Download-Dokumenten mit geringem Speicherbedarf).

Der Bereich Krankenanstalten umfasst die Kategorien

- Krankenanstalten in Österreich (Krankenanstaltenverzeichnis, Kennzahlen u.a.),
- Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modelle 2001 und 2002),
- Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP),
- Rechtliche Grundlagen des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung,
- Strukturqualitätskriterien für Gesundheitseinrichtungen.

Diese Auswahl richtet sich in erster Linie an eine Experten/innenklientel, die – mitunter sehr umfangreiche und speicherintensive – Download-Dateien als Arbeitsbehelfe verwendet und zum Teil weiterverarbeitet. Das Angebot wird gerne genutzt, telefonische Anfragen und der kostenintensive Versand gedruckter Materialien haben deutlich abgenommen.

Neu im Bereich Krankenanstalten ist die Website Krankenanstalten in Zahlen, eine Kurzübersicht über grundlegende Kenngrößen der österreichischen Krankenanstalten (von 1991 bis 2000) wie Kapazitäts- und Leistungszahlen (z. B. Betten, stationäre Aufenthalte), Kosten und Beschäftigte. Die Zahlen kommen von rund 325 Krankenanstalten gemäß Krankenanstaltengesetz des Bundes (KAG).

Vorrangig Fachpublikum wird auch in den Bereichen **Lebensmittel, Veterinärwesen und Strahlenschutz** angesprochen. Neben vielen verschiedenen Rechtsinformationen (Normen und Richtlinien, Erlässe, Verordnungen und sonstige Vorschriften, national und auf EU-Ebene) enthält das Angebot vor allem amtliche Kundmachungen, Listen zugelassener Betriebe und Produkte sowie periodische und nichtperiodische Fachpublikationen.

Der Bereich **Gentechnik** verlinkt zur ersten Homepage des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz. Die Website war seither mehreren Ressorts zugeordnet, blieb aber in ihrer Grundstruktur und in ihrem Design weitgehend unverändert. Verbessert wurden technische Funktionalitäten, erweitert wurden die Inhalte: rechtliche und fachliche Informationen zu allen Anwendungsbereichen der Gentechnik (Lebensmittel, Landwirtschaft, Medizin, Industrie), Publikationen (Artikel, Berichte, Broschüren) und Presseausendungen unterschiedlichster Organisationen und Einrichtungen bilden den Content. Die Website ist als zentrale Plattform für Gentechnik-Information konzipiert und soll durch die Gegenüberstellung divergierender Meinungen objektiv über Gentechnik informieren.

Die BMSG-Website verzeichnet seit ca. zwei Jahren konstant 250.000–300.000 Zugriffe im Monat, ohne Berück-



sichtigung saisonaler oder anlassbedingter Schwankungen nach oben oder unten.

Ein Ziel für ihre Weiterentwicklung ist sicherlich der Ausbau interaktiver Elemente und Dienstleistungen, sowohl im Rahmen des **bundesweiten ELAK-Projekts** (Einführung eines einheitlich funktionierenden elektronischen Aktes zur

transparenten, interaktiven Durchführung von Verwaltungsverfahren im Internet) als auch ressortspezifisch.

Die Internet-URL des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen lautet <http://www.bmsg.gv.at>, der Bereich Gesundheit ist direkt unter der Adresse <http://www.gesundheit.bmsg.gv.at> aufrufbar.







## V. SOZIALE LAGE VON BEVÖLKERUNGSGRUPPEN – AKTUELLE MASSNAHMEN

1.	<b>Kinder</b> .....	144
2.	<b>Jugendliche</b> .....	147
3.	<b>Frauen</b> .....	149
4.	<b>Männer</b> .....	172
5.	<b>Familien</b> .....	175
6.	<b>Pflegebedürftige Menschen</b> .....	183
7.	<b>Einkommensarmut und akute Armut in Österreich</b> .....	187



## 1. Kinder

### Weltkindergipfel der Vereinten Nationen

Von 8. bis 10. Mai 2002 fand in New York der „Weltkindergipfel“ statt. Österreich war durch Herrn Bundesminister Mag. Herbert Haupt an der mit über 65 Staats- und Regierungschefs und 100 Minister/innen **hochrangig besetzten UN-Sondergeneralversammlung** vertreten. An dem Gipfel nahmen erstmals Kinder und Jugendliche aus aller Welt teil – zwei Österreicher/innen waren unter den 400 jungen Delegierten –, die in einem eigenen zweitägigen Forum einen Appell an die Staatengemeinschaft erarbeiteten, der die Sicherung der Lebensgrundlagen in den Mittelpunkt rückte.

Die **Kernelemente** des konsensual angenommenen **Schlussdokuments „A World Fit for Children“** sind:

- Ein **modernes Konzept von Familie**, nämlich die Anerkennung der verschiedenen Formen von Familie in unterschiedlichen soziopolitischen Systemen konnte verankert werden (§ 15).
- Es konnte eine Formulierung gefunden werden, die eine Akzeptanz eines Rechts auf Abtreibung offen lässt und damit für alle Seiten akzeptabel war (§ 35).
- Es wurde sichergestellt, dass alle Maßnahmen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen bisheriger Weltkonferenzen erfolgen müssen und damit ein Zurückgehen hinter bestehende Standards verhindert.
- Erstmals gelang es bei einer Weltkonferenz, einen Hinweis auf das **Verbot der Verhängung der Todesstrafe für Straftäter unter 18 Jahren** aufzunehmen (§ 44 VIII).
- Follow-up (§ 56): Maßnahmen zur Umsetzung des vorliegenden Aktionsplanes sollen das Interesse des Kindes berücksichtigen, vereinbar mit nationaler Gesetzgebung, religiösen und ethischen Werten und kulturellen Hintergründen sein, sowie im Einklang mit allen Menschenrechten und Grundfreiheiten stehen. Die Bemühungen der EU, die Bestimmung über religiöse und kulturelle Werte zu eliminieren, schlugen fehl. Im Gegenzug zu den Zugeständnissen der USA konnte lediglich erreicht werden, das Interesse des Kindes und die Menschenrechte stärker hervorzuheben als die relativierenden Werte.

Aus Sicht der EU ist dieses Ergebnis im wesentlichen ein Erfolg. Es ist gelungen, einen Konsens über das Schlussdokument und den darin enthaltenen Aktionsplan zu erzielen. Dadurch ist dieses Dokument **für alle Staaten politisch verbindlich**. Neben der Erhaltung bestehender internationaler Standards im Gesundheitsbereich und der Aufforderung zur Abschaffung der Todesstrafe für Jugendliche konnte insbesondere die **zentrale Stellung**

**der Kinderrechtskonvention** auf zufriedenstellende Weise festgeschrieben werden.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang ferner, dass die österreichische Bundesregierung im Vorfeld zum „Weltkindergipfel“ das Fakultativprotokoll zur Kinderrechtskonvention betreffend die Beteiligung von Kindern an bewaffneten Konflikten am 1. Februar 2002 ratifiziert und am 30. April 2002 den Beschluss gefasst hat, das Ratifikationsverfahren für das Fakultativprotokoll zur Kinderrechtskonvention über den Verkauf von Kindern, die Kinderprostitution und die Kinderpornografie einzuleiten.

### Rechte zwischen Eltern und Kindern – Kindschaftsrecht-Änderungsgesetz KindRÄG 2001 (BGBl. I Nr. 135/2000)

Mit dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, das am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist, wurde gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen – veränderte Familienformen, das Streben nach mehr Eigenständigkeit und Selbstverantwortung junger Menschen, ein steigendes Grundrechtsbewusstsein aber auch internationalen Entwicklungen und Abkommen wie z.B. der Kinderrechtskonvention (BGBl. Nr. 7/1993) – im Kindschaftsrecht des ABGB Rechnung getragen.

Folgende Ziele wurden angestrebt:

- 1) Die Rechtsstellung junger Menschen sollte durch die **Senkung des Volljährigkeitsalters**, die **verstärkte Berücksichtigung ihres Willens bei der Obsorge** und erweiterte Antragsrechte und **selbständige Verfahrensfähigkeit Minderjähriger** über 14 Jahren gestärkt werden.
- 2) Im Eltern-Kind-Verhältnis sollte die elterliche Verantwortung für das Kind stärker betont werden, indem die unter dem Begriff „Obsorge“ zusammengefassten Befugnisse nicht primär als Rechte, sondern als Aufgaben der Eltern verstanden und das **„Besuchsrecht“** auch als **ein Recht des Kindes** normiert und die Möglichkeit der Durchsetzung dieses Rechtes verbessert werden und eine **Obsorge beider Eltern nach der Scheidung möglich** wird.
- 3) Ein zeitgemäßes, gemeinschaftskonformes materielles und formelles **Recht der Vermögensverwaltung** sollte geschaffen werden, das überflüssige und den gesetzlichen Vertreter belastende Formalismen vermeidet.

#### Wesentliche Inhalte des neuen Kindschaftsrechts:

- das Volljährigkeitsalter wurde vom 19. auf das vollendete 18. Lebensjahr gesenkt;
- das Recht auf persönlichen Verkehr wurde auch als Recht des Kindes gestaltet;



- das Instrumentarium, mit dem gerichtliche Entscheidungen über den persönlichen Verkehr durchgesetzt werden können (z.B. Besuchsbegleiter), wurde erweitert;
- junge Menschen ab dem 14. Lebensjahr können nun eigene Anträge stellen und sind in eigenen pflegschaftsgerichtlichen Verfahren, die Pflege und Erziehung betreffen, verfahrensfähig;
- Kinder müssen bei entsprechender Reife in medizinische Behandlungen selbst einwilligen und Vertretungshandlungen der Eltern können bei besonders schwerwiegenden medizinischen Behandlungen des Kindes, wenn das Kind die Behandlung nachdrücklich und entschieden ablehnt gerichtlich überprüft werden;
- es ist nun zivilrechtlich verboten eine dauerhafte Fortpflanzungsunfähigkeit bei Kindern herbeizuführen und die Möglichkeit der Einwilligung durch einen Sachwalter bei volljährigen geistig behinderten oder psychisch kranken Personen wurde auf Fälle ernster medizinisch-somatischer Gründe eingeschränkt;
- im Pflegschaftsverfahren wurde eine besondere Vertraulichkeit verankert;
- Obsorge ersetzt nun die Vormundschaft und Sachwalterschaft für Kinder;
- das Verhältnis des Kindes zum anderen Elternteil zu beeinträchtigen ist verboten und es können auch durchsetzbare Unterlassungsverfügungen gegen die Erziehung störende Handlungen getroffen werden;
- beide Elternteile behalten nach Trennung und Scheidung die Obsorge wenn sie eine Vereinbarung über den Wohnsitz treffen (siehe auch Absatz Obsorge unten);
- die rechtliche Position des nicht mit der Obsorge betrauten Elternteils wurde durch erweiterte Informations- und Äußerungsrechte gestärkt;
- die Vermögensverwaltung wird nun einer flexiblen und effizienten Aufsicht unterzogen;
- die Aufgaben des Gerichts und des gesetzlichen Vertreters im Zusammenhang mit der Rechnungslegung in Pflegschaftsangelegenheiten wurden klar geregelt;
- Ansprüche auf Entschädigung von gesetzlichen Vertretern, die nicht Eltern, Großeltern oder Pflegeeltern sind, wurden klar geregelt;
- Regelungsdefizite bei der Vaterschaftsanerkennung wurden beseitigt.

### Obsorge beider Eltern nach Scheidung und Trennung

Mit der Gesetzesnovelle wurde die **Obsorge beider Eltern nach Scheidung und Trennung** ermöglicht. Der Elternteil, bei dem das Kind hauptsächlich lebt, ist jedenfalls mit der gesamten Obsorge (Pflege, Erziehung, gesetzliche Vertretung, Vermögensverwaltung) zu betrauen. Die Eltern können jedoch vereinbaren, dass der andere Elternteil zusätzlich mit der gesamten Obsorge oder mit einem Obsorgerecht, das auf bestimmte Angelegenheiten

beschränkt ist, betraut wird. Kommt eine Vereinbarung der Eltern nicht zustande, hat das Gericht – wie schon bisher – einen Elternteil allein mit der Obsorge zu betrauen.

Kindern wird ein ausdrückliches Recht auf persönlichem Kontakt („**Besuchsrecht**“) mit dem Elternteil eingeräumt, mit dem sie nicht im gemeinsamen Haushalt leben. Zur Unterstützung des Besuchsrechtes des Kindes kann das Gericht eine geeignete Person zur Besuchsbegleitung heranziehen.

Weiters wird auf eine Änderung im Ehegesetz verwiesen, wonach nun Frauen und Männer, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ehemündig sind. Jugendliche, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, können **ehemündig** erklärt werden, wenn ihr künftiger Ehegatte volljährig ist.

### Jugendschutz

Im Berichtszeitraum wurden die Harmonisierungsbestrebungen der Jugendschutzgesetze durch Moderationsangebote vom Ressort unterstützt. Dabei haben die **Länder eine** wechselseitige Information und Abstimmung **bei der Neugestaltung ihrer Jugendschutzgesetze vereinbart**. Die Zusammenarbeit der Länder Wien, Niederösterreich und Burgenland konnte durch in seinen Eckdaten vereinheitlichte Gesetze zu einem konstruktiven Abschluss gebracht werden: Obwohl es weiterhin Ländergesetze sind, wurde die Definition von „Kindern“ vereinheitlicht – statt von „Minderjährigen“ ist von „jungen Menschen“ die Rede – und ab vollendetem 16. Lebensjahr gibt es keine Beschränkung der Ausgehzeiten mehr. Erwähnenswert ist ferner, dass in die Gesetzgebung Jugendliche einbezogen waren.

### Elternbildung

Elternbildung ist eines der wichtigsten Instrumente zur Stärkung der elterlichen Kompetenz und der familiären Erziehungsfähigkeit und ist somit die Basis der Primärprävention von verschiedensten Schwierigkeiten in der alltäglichen Eltern-Kind-Beziehung. Elternbildung bietet Information, Entlastung, Hilfe und Unterstützung und fördert dadurch die gewaltfreie Erziehung.

Mit 1.1.2000 wurde eine **gesetzliche Grundlage für die Förderung qualitativer Elternbildungsprojekte** aus dem Familienlastenausgleichsfonds geschaffen. Gemäß § 39c FLAG können gemeinnützige Einrichtungen für qualitative Elternbildungsangebote auf Ansuchen gefördert werden; erforderlichenfalls ist auch eine entsprechende Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals förderbar.

Um die Qualität der Elternbildungsangebote hoch zu halten, wurde ein entsprechendes Ausbildungskonzept ent-



## Soziale Lage / Kinder

wickelt, das bundesweit vergleichbare Standards für das Fachpersonal sichern soll. Damit dieses Angebot von den Eltern auch wahrgenommen und genutzt wird, hat das Ressort im Herbst 2001 eine breite Bewusstseinsbildungskampagne gestartet.

Nähere Bestimmungen sind in den Richtlinien zur Förderung der Elternbildung (am 19.11.1999 im Amtsblatt zur Wiener Zeitung Nr.223 kundgemacht und auf der homepage des BMSG veröffentlicht) enthalten.

In den Jahren 2000 und 2001 standen aus dem Familienlastenausgleichsfonds je 10 Mio. öS, seit 2002 sind es € 727.000 für Elternbildungsangebote zur Verfügung. Für die Werbekampagne wurden in den Jahren 2001 und 2002 insgesamt € 1,3 Mio aufgewendet.

### Mediation

Ziel von Mediation ist, die Konfliktlösungskompetenz soweit zu stärken, dass trennungswillige Paare selbst in die Lage kommen, tragfähige (eigen)verantwortliche Entscheidungen zu treffen und ihr Leben bei und nach einer Trennung oder Scheidung zufriedenstellend gestalten zu können.

Nach Abschluss eines vom Ressort (damals Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Justiz an den Bezirksgerichten Wien-Floridsdorf und Salzburg durchgeführten Modellversuchs „Partner- und Familienberatung bei Gericht, Mediation und Kinderbegleitung bei Trennung oder Scheidung der Eltern“, hat das **Konfliktregelungsmodell „Mediation“** durch die Reform des Ehescheidungsrechtes (Eherechts-Änderungsgesetzes 1999 – EheRÄG 1999; in Kraft mit 1.1.2000) **erstmalig eine gesetzliche Anerkennung** erfahren (§ 99 EheG, § 222 Abs.1 AußStrG, § 60 Z 6a ZPO). Mediation kann von scheidungswilligen Paaren nur freiwillig in Anspruch genommen werden und braucht die Zustimmung von beiden Partnern. Sie kann auch für Besuchsrechts- und Ob- sorgefälle herangezogen werden (Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001).

Bei fünf – auf ihre Qualifikationen geprüfte – Mediations-trägerorganisationen kann seit 2001 österreichweit aus einem Pool von 350 nach entsprechenden Ausbildungsrichtlinien ausgebildeten Mediatoren/innen Unterstützung bei der Konfliktregelung angefordert werden.

Das Gericht hat die Parteien auf die Mediationsangebote hinzuweisen und auf gemeinsamen Antrag der Parteien die Tagsatzung zur Inanspruchnahme solcher Hilfeangebote zu erstrecken. Die Kosten dafür sind grundsätzlich von den Parteien zu tragen. Damit jedoch diese Hilfe alle Trennungswilligen in Anspruch nehmen können, wird sie unter bestimmten Voraussetzungen gefördert. Liegt das

nach Sorgepflichtigen gewichtete Einkommen unter einer definierten Grenze, wird **aus Mitteln des FLAF ein Kostenersatz geleistet**. Die rechtlichen Voraussetzungen dafür wurden im §39c Familienlastenausgleichsgesetz mit Wirksamkeit vom 1.1.2000 geschaffen.

Vom 2. bis 3.November 2001 beschäftigten sich im Rahmen einer vom BMSG in Kooperation mit der österreichischen Vereinigung der Familienrichter/innen veranstalteten Konferenz **„Neue Wege im Umgang mit Konflikten bei Trennung und Scheidung?“** Fachleute mit den Erfahrungen und Möglichkeiten des Konfliktregelungsinstrumentes. Neben neuen beraterischen Aufgaben im gesamten Zyklus der Partner- und Familienbeziehungen wurden auch berufsrelevante Fragestellungen bezüglich eines künftigen „Mediationsgesetzes“ diskutiert.

### Eltern- und Kinderbegleitung bei Scheidung/ Trennung der Eltern

Für Kinder stellt die Scheidung oder Trennung ihrer Eltern häufig ein sehr schmerzhaftes Ereignis dar. Dies fordert von den Eltern eine Haltung, die diese auf Grund ihrer eigenen aus der Trennung resultierenden psychischen, aber auch sozialen und ökonomischen Belastung oftmals gar nicht einnehmen können. Mit qualifizierter Beratung der Eltern und pädagogischer und/oder psychologischer Hilfestellung soll die Trennungssituation allgemein erleichtert und negative Folgen bei den Kindern vermieden werden.

Im § 39c Familienlastenausgleichsgesetz (wirksam mit 1.1.2000) wurden die **rechtlichen Voraussetzungen** für die Förderung von **„Eltern- und Kinderbegleitung in Scheidungs- und Trennungssituationen“** geschaffen.

**Folgende Hilfestellungen können** seit 1.Jänner 2000 nach den „Richtlinien für die Förderung von Mediation sowie Eltern- und Kinderbegleitung bei Scheidung oder Trennung der Eltern“ **gefördert werden**, wenn diese Leistung nicht durch anderweitigen öffentlichen Finanzierungsanspruch abgedeckt ist:

- Pädagogische und therapeutische Kindergruppen, Einzelbegleitung und
- Einzelarbeit mit Kindern, Elterngruppen und Elternseminare, Paarbegleitung, Einzelbegleitung und Einzelarbeit mit Eltern in (vom Gericht/Jugendwohlfahrtsträger zugewiesenen) Einzelfällen, Eingangsdiagnose zur Beurteilung/Erhebung eines Begleitungsbedarfs für Kinder in Trennungs- und Scheidungssituationen.
- Ebenso können Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals in Einrichtungen, die Erstellung überregionaler Ausbildungscurricula, Supervision des Fachpersonals, Maßnahmen zur Evaluation von Kinder- und Elternbegleitungsprojekten und mit der Projekt-



durchführung und Projektvorbereitung verbundene bewusstseinsbildende Maßnahmen gefördert werden.

Das Gesamtvolumen für diese Förderungen betrug 2000 und 2001 je 5 Mio. öS, 2002 sind es € 363.000.

## 2. Jugendliche

### Zielgruppe Jugend

Jugendliche werden häufig als die „**unübersichtliche Generation**“ bezeichnet. Im Kontext des allgemeinen gesellschaftlichen Wandels hat sich auch ein Strukturwandel der Jugendphase vollzogen und die einheitliche kollektive Statuspassage Jugend zerfällt in plurale Verlaufsformen und Zeitstrukturen. Es entwickeln sich gleichsam mehrere „Jugenden“, die sich voneinander so stark unterscheiden, dass sie nicht mehr in einem Modell Jugend zusammengefasst werden können.

Die Entstrukturierungstendenzen der Jugendphase führen im Rahmen gesellschaftlicher Plazierungsprozesse einerseits dazu, dass die Wahlmöglichkeiten und Selbstverwirklichungsoptionen größer werden. Nicht mehr Stand und Klasse bestimmen den Platz in der Gesellschaft, sondern die individuellen Leistungen und das persönliche Engagement. Andererseits verlaufen Übergangsphasen und Entwicklungsprozesse nunmehr zunehmend individuell, so dass der Rückgriff auf ein kollektives Modell standardisierter Handlungsabläufe sowie milieuspezifische Orientierungsmuster kaum mehr möglich wird.

Die Strukturen und Bedingungen des Aufwachsens für heutige Jugendliche haben sich somit radikal gewandelt. Anforderungen und Aufgaben heutiger Heranwachsender müssen – basierend auf dem neuesten Stand der gesellschaftlichen Entwicklungen – neu definiert werden.

Mit der Fertigstellung der „**Österreichische Jugendwertestudie 1990 – 2000**“ im Jahr 2001, wurde eine weitere fundierte Basis an Wissen und Erkenntnissen über die „Jugend“ Österreichs geschaffen, die als Grundlage für die Jugendpolitik des BMSG dient.

### Jugendförderung

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Abteilung für jugendpolitische Angelegenheiten, kann bei der Umsetzung jugendpolitischer Zielsetzungen auf ein breit gefächertes Instrumentarium zurückgreifen. Über die Vorbereitung gesetzlicher Maßnahmen hinaus erfolgt die Jugendarbeit durch die finanzielle Förderung von Jugendorganisationen, Jugendinitiativen,

Vereinen bzw. Jugendprojekten, durch Beratungs- und Informationsangebote für Kinder und Jugendliche und durch kontinuierliche Service-Leistungen.

Diese Jugendförderung trägt dem Umstand Rechnung, dass Jugendarbeit auch Aufgabe von eigenständigen Jugendorganisationen und Jugendverbänden ist, die mit ihren Angeboten auf die vielfältigen Lebenswelten der Jugendlichen Bezug nehmen, aber auch soziale Netze schaffen und/oder Orientierung bieten können.

### Bundes-Jugendförderungsgesetz

Mit 1. Jänner 2001 ist ein neues Bundes-Jugendförderungsgesetz [Bundesgesetz über die Förderung der außerschulischen Jugenderziehung und Jugendarbeit (Bundes-Jugendförderungsgesetz), BGBl. I Nr. 126/2000 vom 29. Dezember 2000] in Kraft getreten. Ziel dieses Gesetzes ist die **finanzielle Förderung** von Maßnahmen **der außerschulischen Jugenderziehung und Jugendarbeit**, insbesondere zur Förderung der Entwicklung der geistigen, psychischen, körperlichen, sozialen, politischen, religiösen und ethischen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen.

### Jugendmitbestimmung

Jugendliche fördern heißt aber auch, es ihnen zu ermöglichen ihre Wünsche und Bedürfnisse in der Öffentlichkeit zu artikulieren und im politischen Leben durchzusetzen. Erst durch Mitbestimmung Jugendlicher kann ein demokratischer Dialog mit den Entscheidungsträgern aufgebaut und ein Weg zur Verwirklichung von Interessen, Ideen und Anliegen Jugendlicher gefunden werden.

### Bundes-Jugendvertretung

Mit 1. Jänner 2001 ist ein **neues Bundesgesetz über die Vertretung der Anliegen der Jugend** (Bundes-Jugendvertretungsgesetz) in Kraft getreten, welches die Mitbestimmung der Jugend auf Bundesebene durch die Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der verbandlichen Jugendorganisationen sowie der offenen Jugendarbeit neu regelt und somit auch fix verankert. Das Gesetz sieht unter anderem vor, dass in Angelegenheiten, die die Interessen der österreichischen Jugend berühren, die Bundes-Jugendvertretung den gesetzlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer, der Wirtschaftstreibenden, der Landwirte und des Österreichischen Seniorenrates gleichgestellt ist.

Durch diese Interessenvertretung ist es Jugendlichen **erstmalig** in Österreich **möglich, Jugendpolitik als Querschnittsmaterie in allen Politikbereichen zu thematisieren**. Österreich hat damit bereits einen Schritt gesetzt, dem viele andere Länder der Europäischen Union, durch die Vorgaben des „Weißbuch Jugend – neuer Schwung für die Jugend Europas“, erst folgen müssen.



### Außerschulische Jugendarbeit und Prävention

Die Zielsetzungen der österreichischen Jugendpolitik liegen zudem darin, den Jugendlichen (Wissens-)Instrumente für ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben zur Verfügung zu stellen, ohne sie dabei zu bevormunden. Viele der Aktivitäten setzen daher im Bereich der primären Prävention an, wobei die Schwerpunkte auf die **Weiterbildung** von Jugendleiter/innen, die Förderung von spezifischen **präventiven Jugendprojekten** sowie auf Modelle der Einbindung Jugendlicher in die Prävention gelegt werden.

So ist z.B. das „**Bildungsforum für fördernde und präventive Jugendarbeit**“ eine gemeinsame Einrichtung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und der Jugendreferate der Länder und setzt sich zum Ziel die Weiterbildung von Multiplikatoren/innen der außerschulischen Jugendarbeit und der Präventionsarbeit zu forcieren sowie Multiplikatoren/innen und Experten/innen aus den verschiedensten Präventionsfeldern zu einem gemeinsamen Austausch zu bringen.

In den letzten zwei Jahren hat sich das Bildungsforum aktueller Fragen wie der Medienkompetenz von Präventionsarbeit sowie dem Umgang mit Ritualen in der außerschulischen Jugendarbeit angenommen. Mit Frühjahr 2002 fand mit „sport(s)kills“ eine Tagung zum Thema jugendlicher Freizeitsport und dessen Umgang mit dem Risiko statt. Gleichzeitig war dies die Abschlussveranstaltung des vielbeachteten – und vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen unterstützten – Projekts „Risk+Fun“, das mittels der Methode der Peer Education Fragen der Risikooptimierung an jugendliche Snowboarder und Sportkletterer heranträgt.

Im **Forschungsbereich** zielte die – vom BMSG beauftragte und vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen durchgeführte Erhebung „**Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen**“ – auf die Analyse der Risiko- bzw. Schutzfaktoren für problematischen Drogenkonsum bei Jugendlichen sowie die Anforderungen in Hinblick auf zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen. Weiters wurde analysiert, welche präventions- bzw. jugendpolitischen Maßnahmen erforderlich wären, um diesen Jugendlichen bereits frühzeitig die erforderliche Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen.

Ergebnisse waren u.a.: Drogenkonsumierende Jugendliche werden oft aus jugendspezifischen Einrichtungen ausgeschlossen, zugleich sind die Drogeneinrichtungen häufig nicht auf die Bedürfnisse der Jugendlichen ausgerichtet. Empfohlen wurde, dass den bestehenden Defiziten mit der Schaffung von „integrativen“ Angeboten im Bereich der (außerschulischen) Jugendarbeit entgegenwirkt werden soll. Vorrangiges Ziel dabei ist es, dass Jugendliche in erster Linie als „Jugendliche“ mit einem Bündel an unterschiedlichsten lebensaltersspezifischen wie individuellen Aspekten und Lebensbedingungen (sowie teilweise Problemlagen) wahrgenommen werden und nicht isoliert in Hinblick auf einen (allfälligen) Drogenkonsum. Aus dem Grundsatz der Integration ergibt sich, dass der „professionellen“ Jugendarbeit eine zentrale Rolle und Koordinationsfunktion in Hinblick auf präventions- wie drogenspezifische Maßnahmen bei Jugendlichen zukommt. Doch auch in diesem Bereich müssen die erforderlichen Strukturen und Rahmenbedingungen durch Kompetenzförderung und Wissenstransfer sowie durch Vernetzung geschaffen werden. Die Frage nach etwaigen schon bestehenden Modellprojekten, die diesen Ansprüchen entsprechen wird in einem Folgeprojekt im Jahr 2002 nachgegangen.

Zum Schwerpunktthema „**Jugend und Alkohol**“ veranstaltete das BMSG im November 2001 gemeinsam mit der Alkohol-Koordinations- und Informationsstelle (AKIS) am Anton-Proksch-Institut (API) und dem Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBI Sucht) eine Experten/innentagung zum Thema „Jugend und Alkohol“. Das Ziel dieser Impulsveranstaltung war es, im Rahmen der Problematik – Jugend und Alkohol – in der Praxis aktive und erfahrene Experten/innen, insbesondere aus den Bereichen Wissenschaft, Prävention, Jugendarbeit, Wirtschaft, Sozialpartnerschaft, Behörden etc. zusammenzubringen und deren unterschiedliche Sichtweisen sowie offene Fragen zu erörtern. In Fortsetzung dieser Experten/innentagung wurde und wird im Jahr 2002 im Rahmen von virtuellen Arbeitskreisen (mittels Mailinglists) ein Vorschlagspapier über mögliche Maßnahmen erarbeitet.

Informationen zu diesen und anderen Projekten zur Thematik „außerschulische Jugendarbeit“ sind auf der Homepage des BMSG – Politikbereich „Jugend“ zu finden: <http://www.jugend.bmsg.gv.at>



## 3. Frauen

Karin Steiner, Eva Wallner, SFS-Sozialökonomische Forschungsstelle

<b>3.1.</b>	<b>Demografie</b> .....	150
3.1.1.	Wohnbevölkerung 2000.....	150
3.1.2.	Lebenserwartung 1970–2030.....	150
3.1.3.	Stellung im Haushalt .....	151
<b>3.2.</b>	<b>Bildung</b> .....	151
3.2.1.	Höchste abgeschlossene Schulbildung 1971–2000 .....	151
3.2.2.	Frauenanteile in Schultypen 1970–2000 .....	151
3.2.3.	Frauenanteile bei Studienabschlüssen 1970/71 bis 1998/99.....	154
<b>3.3.</b>	<b>Erwerbsleben</b> .....	155
3.3.1.	Erwerbsquoten 1971–2000 .....	155
3.3.2.	Erwerbsquoten nach Alter 2000 .....	155
3.3.3.	Erwerbsquote nach Schulbildung .....	155
3.3.4.	Erwerbsquoten der Frauen nach Zahl der Kinder und Haushaltsform 2000 .....	157
3.3.5.	Teilzeitquote der Frauen nach Haushaltsform und Zahl der Kinder .....	158
3.3.6.	Die häufigsten Lehrberufe von Frauen und Männern .....	158
3.3.7.	Frauenanteile nach Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen 2000.....	158
3.3.8.	Frauenanteile nach beruflicher Position 2000 .....	159
3.3.9.	Arbeitszeitformen .....	160
3.3.10.	Vorgemerkte Arbeitslose, Arbeitslosenquote 1980–2001 .....	162
<b>3.4.</b>	<b>Haus- und Betreuungsarbeit</b> .....	162
3.4.1.	Aufteilung der Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit auf Frauen und Männer 1992 .....	162
3.4.2.	Betreuung der Kinder innerhalb der Familien 1995.....	163
3.4.3.	Betreuung von älteren Menschen innerhalb der Familie .....	163
<b>3.5.</b>	<b>Erwerbseinkommen</b> .....	164
3.5.1.	Mittleres Bruttojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen.....	164
3.5.2.	Mittleres Nettojahreseinkommen der unselbständig Beschäftigten 1999.....	165
3.5.3.	Mittleres Nettojahreseinkommen der vollzeitbeschäftigten unselbständig Erwerbstätigen 1999 .....	165
3.5.4.	Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen – Gesamtbetrachtung.....	166
<b>3.6.</b>	<b>Sozialeinkommen</b> .....	167
3.6.1.	Höhe der Arbeitslosengeld- und Notstandshilfebezüge 2000 .....	167
3.6.2.	Nettomonatseinkommen von Pensionist/innen 1999.....	167
3.6.3.	Durchschnittliches Pensionszugangs- und -abgangsalter in der gesetzlichen Pensionsversicherung 1970–2000 .....	168
<b>3.7.</b>	<b>Armut und soziale Teilhabe</b> .....	168
3.7.1.	Armutgefährdungs- und Armutsrisiken .....	168
3.7.2.	Indikatoren für ökonomische und soziale Teilhabe.....	169
<b>3.8.</b>	<b>Resümee</b> .....	170



### 3. Frauen

#### Einleitung

Dieser Beitrag zum Kapitel „Frauen“ basiert auf der Studie „Geschlechtsspezifische Disparitäten“, die im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur von der Statistik Austria 2001/2002 erstellt wurde.

Es werden die wichtigsten Ergebnisse der Studie zusammengefasst. Zusätzlich veranschaulichen zahlreiche Grafiken die gegebenen Informationen. Zusammenfassende Tabellen sind im Internet abrufbar.

Das Datenmaterial der Studie „Geschlechtsspezifische Disparitäten“ geht über diesen Beitrag hinaus. Der umfangreiche Tabellenteil liefert zahlreiche Daten zu folgenden Themenbereichen: Demographische Strukturen und Lebensformen, Bildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen/Lebensstandard, Gesundheit, Freizeit, Familiäre Arbeitsteilung/Institutionelle Unterstützung sowie ein kurzer EU-Vergleich. Die Tabellen sind darüber hinaus in einem Textteil erläutert. Interessierte können die Studie „Geschlechtsspezifische Disparitäten“ unter der Telefonnummer 0800/20 20 74 oder via e-mail über die Homepage des BMSG, <http://www.frauen.bmsg.gv.at> (Rubrik „Publikationen“) anfordern oder unter der genannten Homepage selbst abrufen.

Die hier dargestellten Daten sollen es ermöglichen, gesellschaftsrelevante Aussagen über die geschlechtsspezifische Lebenssituation von Frauen und Männern in Österreich zu treffen.

#### 3.1. Demografie

##### 3.1.1. Wohnbevölkerung 2000

**Frauen überwiegen deutlich in den älteren Altersgruppen**

Im Jahr 2000 betrug die Bevölkerungszahl laut Bevölkerungsforschreibung 8,11 Millionen, davon waren 51% Frauen.

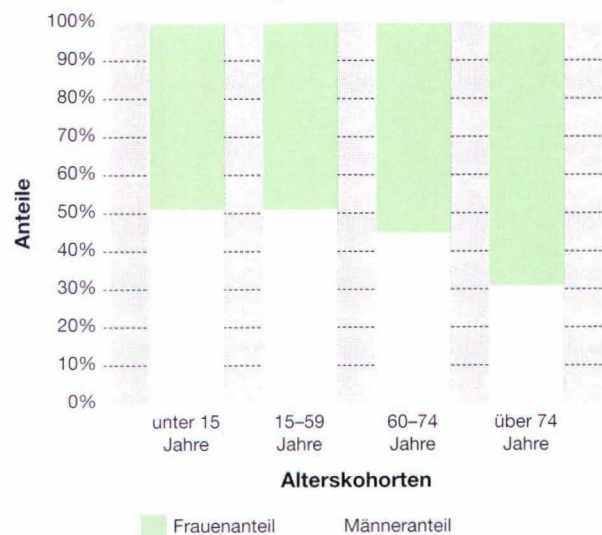
Unter den 60 bis 74jährigen ist der weibliche Bevölkerungsanteil um 20% höher, ab einem Alter von 75 Jahren liegt er sogar um mehr als die Hälfte über dem der Männer. Unter jüngeren Bevölkerungsgruppen sind Frauen hingegen in etwas geringerem Maße vertreten als Männer.

Das unterschiedliche Zahlenverhältnis von Frauen und Männern in den Altersgruppen ist auf folgende Faktoren zurückzuführen:

- eine um 5% höhere Geburtenrate unter Knaben,
- eine höhere Sterblichkeit junger Männer, die aber durch den hohen Anteil an männlichen Zuwanderern wieder ausgeglichen wird,
- die geringere Lebenserwartung von Männern gegenüber Frauen.

Der geringe Anteil an Männern in den älteren Altersgruppen geht teilweise noch auf die Kriegstoten des 2. Weltkriegs zurück. Die Zahl älterer Männer wird daher in den nächsten Jahren stärker steigen als die älterer Frauen. Trotzdem wird auch in den kommenden Jahrzehnten die Zahl von Frauen bei den älteren Menschen überwiegen.

#### Wohnbevölkerung 2000



Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsforschreibung

##### 3.1.2. Lebenserwartung 1970–2030

**Die Lebenserwartung beider Geschlechter stieg in den letzten 30 Jahren stark an; die Lebenserwartung der Frauen wird auch weiterhin höher sein als die der Männer.**

Zwischen 1970 und 2000 stieg die **Lebenserwartung der Frauen** von 73,4 Jahren auf **81,2 Jahre**, dies bedeutet also einen Anstieg um 7,8 Jahre. Die Lebenserwartung der **Männer** erhöhte sich von 66,5 Jahren auf **75,4 Jahre** und stieg daher um insgesamt 8,9 Jahre an.

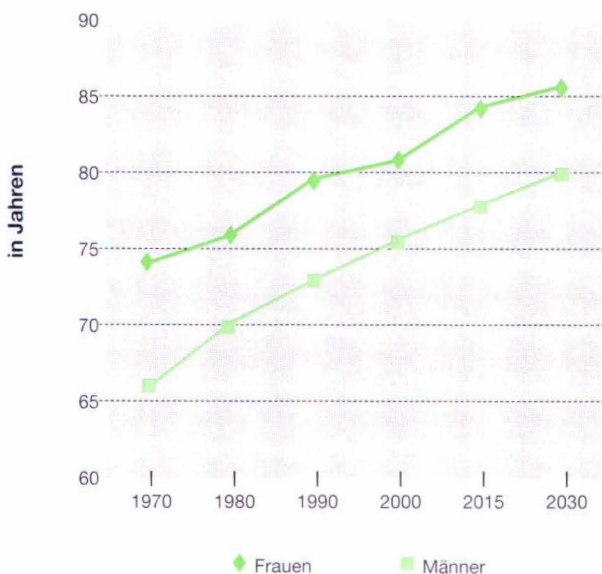
Die Entwicklung in den nächsten drei Jahrzehnten wird sowohl für Frauen als auch für Männer einen weiteren Anstieg bringen. **Frauen** wird bei Geburt im Jahr **2030** ein



Alter von **85,5 Jahren**, Männern ein Alter von **80 Jahren** vorausgesagt.

Die gegenüber den Männern längere Lebenserwartung der Frauen reduzierte sich von 1970 bis 2000 von 6,9 Jahren auf 5,8 Jahre und wird 2030 5,5 Jahre betragen.

### Lebenserwartung von Frauen und Männern bei Geburt 1970–2030



Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsfortschreibung

### 3.1.3. Stellung im Haushalt

#### Frauen überwiegen bei den Singlehaushalten und bei Alleinerziehenden

Ein Vergleich von Männern und Frauen nach ihrer Stellung im Haushalt für das Jahr 2000 ergibt **drei wesentliche Unterschiede**:

**Von allen Frauen lebt ein wesentlich geringerer Anteil (26%) noch im Haushalt der Eltern** als bei den Männern (34%).

Weiters liegt der **Anteil der Alleinerzieherinnen unter Frauen bei 6%**, bei Männern hingegen nur bei 1%.

**Unter den Alleinlebenden sind Frauen mit 15% stärker vertreten als Männer mit 10%.**

Männer führen somit im Gegensatz zu Frauen in einem wesentlich geringeren Ausmaß einen Haushalt alleine, da sie häufiger bei den Eltern bzw. in neu gegründeten Familien leben. Der Anteil der weiblichen Singlehaushalte ist auch deshalb deutlich höher als der der Männer, weil Frauen nach dem Tod ihres Partners auch in höherem

Alter eher in der eigenen Wohnung verbleiben, während Männer nach dem Tod der Partnerin eher zu ihren Kindern oder ins Heim ziehen. Der größte Anteil aller Singlehaushalte in Österreich ist jener von Frauen über 60 Jahren.

Jeweils ein Viertel der Männer und Frauen zählen zu den Verheirateten mit Kindern, jeweils ein Fünftel sind verheiratet und haben keine Kinder. Je 2% der Frauen und Männer zählen zu den Lebensgefährten/innen mit Kindern und 3% zu den Unverheirateten ohne Kinder. In Anstaltshaushalten einschließlich Gemeinschaftshaushalten leben 1% der Frauen und 2% der Männer.

## 3.2. Bildung

### 3.2.1. Höchste abgeschlossene Schulbildung 1971–2000

Die Bildungsabschlüsse bei beiden Geschlechtern und im überproportionalen Ausmaß bei Frauen haben sich in den letzten 30 Jahren erhöht

Hatten 1971 noch 73% der Frauen und 49% der Männer nur einen **Pflichtschulabschluss**, so waren es im Jahr 2000 bei den Frauen nur mehr 41% und bei den Männern 26%. Bei den Lehrabschlüssen konnten sich Frauen in den letzten 30 Jahren von 13 auf 26% steigern, die Männer von 36 auf 45%.

Absolventinnen im **berufsbildenden mittleren Schulwesen** konnten von 9 auf 13% aufholen, männliche Absolventen von 5 auf 7%.

Bei den Absolventen/innen von **höheren Schulen** (AHS, BHS) lag der Anteil 1971 bei den Frauen bei nur 5%, bei den Männern bei 7%. Im Jahr 2000 hingegen hatten je 15% der Männer und der Frauen entweder einen AHS- oder einen BHS-Abschluss.

Unter **Hochschulabsolventen/innen** ist bei Frauen und Männern ebenfalls ein Anstieg zu verzeichnen, wobei der Anteil an Akademiker/innen unter Männern immer noch höher ist als der unter Frauen. So hatten 1971 lediglich 1% der Frauen und 4% der Männer eine akademische Ausbildung. Im Jahr 2000 waren es bei den Frauen 6%, bei den Männern 8%.

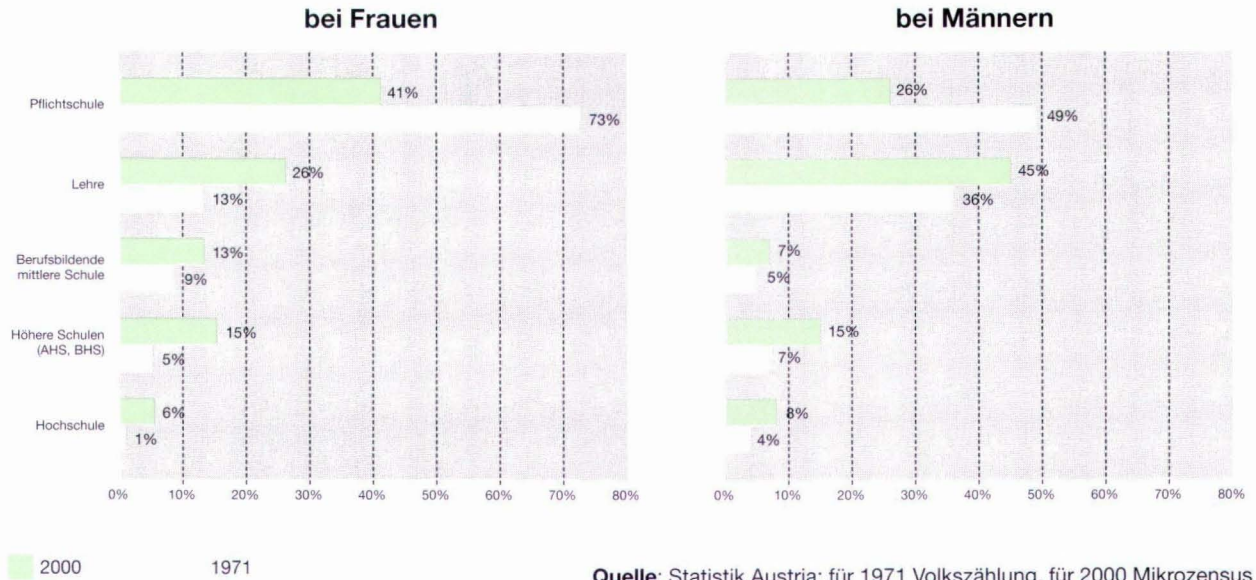
### 3.2.2. Frauenanteile in Schultypen 1970–2000

Bei der Wahl des Schultyps gibt es nach wie vor eine **starke Geschlechtersegregation**

a) Verteilung der Schülerinnen auf Schultypen:



### Höchste abgeschlossene Schulbildung 1971 und 2000



Ein Blick auf die Verteilung von Schülerinnen auf verschiedene Schultypen im Sekundärbereich (ohne allgemeinbildende Pflichtschulen) ergibt, dass im Schuljahr 2000/01 etwa 63% aller Schülerinnen eine AHS oder BHS besuchten, wobei die AHS-Schülerinnen den höheren Anteil von 39% gegenüber 24% BHS-Schülerinnen einnehmen. Berufsschülerinnen nehmen einen Anteil von 18% ein, berufsbildende mittlere Schulen werden von 14% der Mädchen besucht. Schülerinnen an lehrerbildenden mittleren und höheren Schulen nehmen einen Anteil von 4% ein.

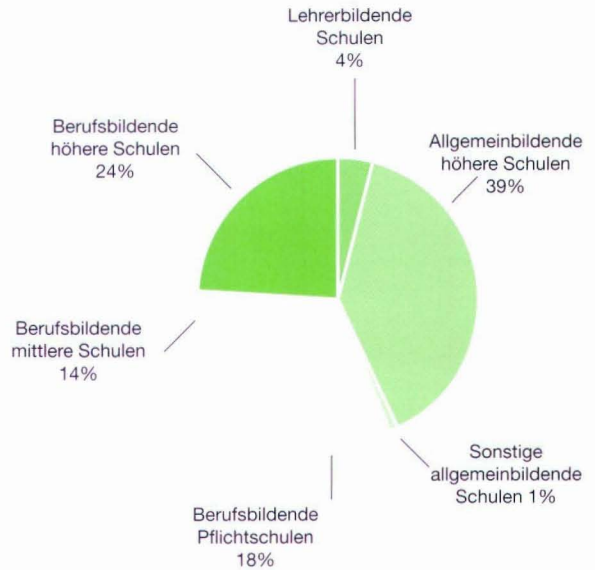
Die lehrerbildenden und berufsbildenden Akademien wurden in dieser Übersicht nicht berücksichtigt, da diese zum nichtuniversitären Tertiärbereich und nicht zur Sekundarstufe II zählen.

Während fast zwei Drittel (63%) aller Schülerinnen im Sekundärbereich eine AHS oder BHS besuchen, ist der Anteil bei den Burschen geringer (55%). Ein Drittel aller Burschen im Sekundärbereich steht in einem Lehrverhältnis, bei den Mädchen sind es 18%.

b) Frauenanteile nach Schultyp:

Während der Schuljahre 1970/71 bis 2000/01 hat sich der Frauenanteil an den **allgemeinbildenden höheren Schulen** von 45 auf 54% erhöht. An den **berufsbildenden Pflichtschulen** (Lehrlinge) betrug der Frauenanteil 1970 33% und ist bis 2000/01 etwa konstant geblieben (34%).

### Verteilung der Schülerinnen auf Schultypen 2000/01<sup>1)</sup>



<sup>1)</sup> ohne Pflichtschulen

Quelle: Schulstatistik

An **berufsbildenden mittleren Schulen** erhöhte sich der Frauenanteil unter den SchülerInnen von 51 auf 60%, an **berufsbildenden höheren Schulen** sogar von 31 auf 50%. In beiden Segmenten gibt es nach wie vor stark männlich und stark weiblich dominierte Bereiche.

Bei den berufsbildenden mittleren Schulen ist der Anstieg des Frauenanteils jedoch ausschließlich auf einen



Anstieg bei den land- und forstwirtschaftlichen mittleren Schulen zurückzuführen. In sämtlichen anderen Schultypen, ob traditionell frauen- oder männerdominiert, ist der Frauenanteil zurückgegangen.

Zu den **traditionellen Frauendomänen** zählen die wirtschaftsberuflichen Schulen, in denen der Frauenanteil zwischen den Schuljahren 1970/71 und 2000/01 von 100 auf 93% zurückging. An den sozialberuflichen Schulen ging dieser im selben Zeitraum von 94 auf 85% zurück. An kaufmännischen Schulen ist in den letzten 30 Jahren ebenso ein leichter Rückgang des Schülerinnen-Anteils von 68 auf 61% zu verzeichnen.

An technisch gewerblichen und kunstgewerblichen mittleren Schulen ist ein Rückgang von 39 auf 23% zu verzeichnen. Betrachtet man die **technischen und gewerblichen mittleren Schulen im engeren Sinn**, so ergeben sich noch niedrigere Frauenanteile. Der Frauenanteil lag im Schuljahr 1970/71 bei 13% und reduzierte sich bis zum Schuljahr 1997/98 auf 8%.

Ein anderes Bild zeichnet sich an **berufsbildenden höheren Schulen** ab:

So erhöhte sich der Schülerinnenanteil in allen Schulzweigen der berufsbildenden höheren Schulen bis auf die wirtschaftsberuflichen höheren Schulen, wo der Frauenanteil in den letzten 30 Jahren von 100 auf 94% zurückging. Dies geht insbesondere auf die Reformierung der vormals Höheren Lehranstalten für wirtschaftliche Frauenberufe zurück, die damit auch für Männer zugänglich wurden. An kaufmännischen Schulen stieg der Frauenanteil von 51 auf 62%, an land- und forstwirtschaftlichen Schulen von 31 auf 42%.

An technisch gewerblichen und kunstgewerblichen höheren Schulen, wo der Schülerinnenanteil vor 30 Jahren noch bei 3% lag, stieg dieser bis 2000/01 auf 24%. Doch ebenso wie in berufsbildenden mittleren Schulen zeigt auch hier eine Betrachtung **der technischen und gewerblichen höheren Schulen im engeren Sinne** einen deutlich geringeren Frauenanteil. 1970/71 lag der

### Männer- und frauendominierte Schultypen im Jahr 2000/01

Schultypen	frauendominiert	männerdominiert
<b>1) Berufsbildende Akademien</b>	84%	
<b>2) Lehrerbildende Akademien</b>	79%	
<b>3) Lehrerbildende Schulen</b>	78%	
a) Lehrerbildende mittlere Schulen		67%
b) Lehrerbildende höhere Schulen	96%	
<b>4) Berufsbildende mittlere Schulen</b>	60%	
a) Technisch und gewerbliche mittlere Schulen		77%
b) Kaufmännische mittlere Schulen	61%	
c) Wirtschaftsberufliche mittlere Schulen	93%	
d) Sozialberufliche mittlere Schulen	85%	
e) Land- und forstwirtschaftliche mittlere Schulen		52%
<b>5) Allgemeinbildende höhere Schulen</b>	54%	
<b>6) Berufsbildende höhere Schulen</b>	50%	50%
a) Technisch und gewerbliche höhere Schulen		77%
b) Kaufmännische höhere Schulen	62%	
c) Wirtschaftsberufliche höhere Schulen	94%	
d) Land- und forstwirtschaftliche höhere Schulen		58%
<b>7) Berufsbildende Pflichtschulen (Lehrlinge)</b>		66%

Quelle: Schulstatistik



Schülerinnenanteil in dieser Männerdomäne bei 2% und vergrößerte sich bis 1997/98 auf 9%.

An den lehrerbildenden mittleren Schulen reduzierte sich der Frauenanteil von 1970/71 bis 2000/01 von zwei Drittel auf ein Drittel. An lehrerbildenden höheren Schulen hingegen waren 1970/71 erst etwas mehr als die Hälfte Frauen, im Jahr 2000/01 zählten zu den Schüler/innen bereits fast ausschließlich Frauen (96%). An lehrerbildenden Akademien kam es zwischen 1970/71 und 2000/01 ebenfalls zu einem Anstieg des Frauenanteils von 64% auf 79%.

**Die Geschlechtersegregation im sekundären Bildungsbereich ist weiterhin vorhanden. Trotzdem haben Frauen generell von der Bildungsexpansion durchaus profitiert.**

### 3.2.3. Frauenanteile bei Studienabschlüssen 1970/71 bis 1998/99

**Bei fast allen Studienabschlüssen hat sich der Frauenanteil deutlich erhöht; es besteht aber weiterhin eine geschlechtsspezifische Segregation**

a) Verteilung der Studienabsolventinnen auf Studienrichtungen:

Bei der Betrachtung, wie sich alle Studienabsolventinnen im Studienjahr 1998/99 auf die verschiedenen Fakultäten bzw. Universitäten verteilen, nehmen Geistes- und Naturwissenschaftlerinnen mit einem Anteil von 45% den höchsten Stellenwert ein. Der hohe Prozentsatz erklärt sich vor allem dadurch, dass bei diesen Studienrichtungen der Anteil an Lehramtsstudien besonders hoch ist, die nach wie vor weiblich dominiert sind.

An zweiter Stelle liegen Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerinnen mit einem Anteil von 18%, an dritter Stelle die Juristinnen mit 14% und an vierter Stelle Medizinerinnen mit einem 9%-Anteil.

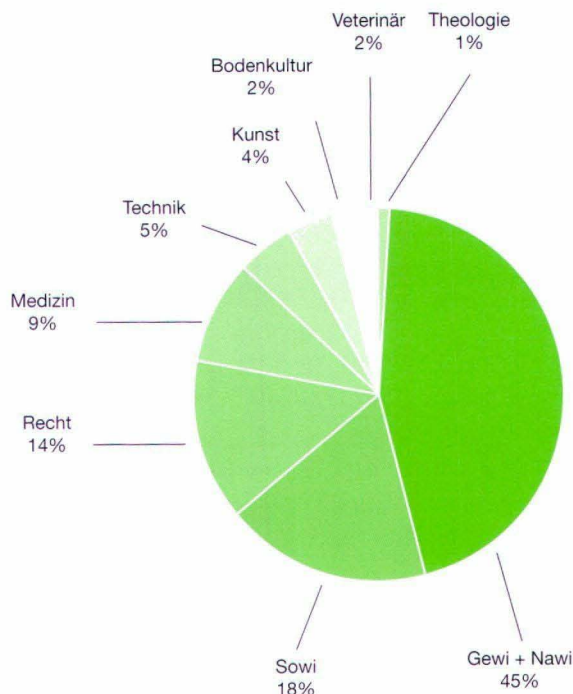
An fünfter Stelle liegen Technik-Absolventinnen. Absolventinnen der Kunsthochschulen liegen mit 4% an sechster Stelle. Je 2% nehmen Absolventinnen der Bodenkultur und Veterinärmedizin ein. Theologie-Absolventinnen liegen mit 1% an allen Studienabgängerinnen an vorletzter Stelle. Montanistik-Absolventinnen nehmen mit unter 1% den geringsten Anteil ein.

b) Frauenanteile nach Studienrichtung:

Insgesamt hat sich der **Frauenanteil unter Universitätsabsolventen/innen** von 1970/71 bis 1998/99 **von 25% auf 48% fast verdoppelt**. Obwohl bei den Absolventen/innen in allen Studienrichtungen der Frauenanteil deutlich angestiegen ist, ist auch im universitären Bereich noch immer eine geschlechtsspezifische Segregation sichtbar.

ten/innen in allen Studienrichtungen der Frauenanteil deutlich angestiegen ist, ist auch im universitären Bereich noch immer eine geschlechtsspezifische Segregation sichtbar.

### Studienabsolventinnen nach Studienrichtungen



Quelle: Hochschulstatistik

Auf rund **zwei Drittel** stiegen die Absolventinnenanteile an den Fakultäten für **Veterinärmedizin** sowie **Natur- und Geisteswissenschaften** an: Die stärksten Zuwächse konnte die Studienrichtung Veterinärmedizin von 12% im Jahr 1970/71 auf 68% im Jahr 1998/99 verzeichnen. An den traditionell bereits stark von Frauen besuchten Fakultäten Natur- und Geisteswissenschaften wuchs der Absolventinnenanteil von 47 auf 65%.

An den **medizinischen, juristischen und sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultäten** wuchsen die Frauenanteile unter den Absolventen/innen im Jahr 1998/99 auf **die Hälfte** an: An der medizinischen Fakultät stieg in den letzten 30 Jahren der Frauenanteil unter den Absolventen von 28 auf 55% an. Nahmen unter den Studienabschlüssen 1970/71 Juristinnen einen Anteil von nur 19% ein, so waren es im Studienjahr 1998/99 bereits 49%. Ein ähnliches Bild bot die sozialwissenschaftliche Fakultät, wo 1970/71 nur 16% aller Absolventen Frauen waren und 1998/99 bereits 46%.

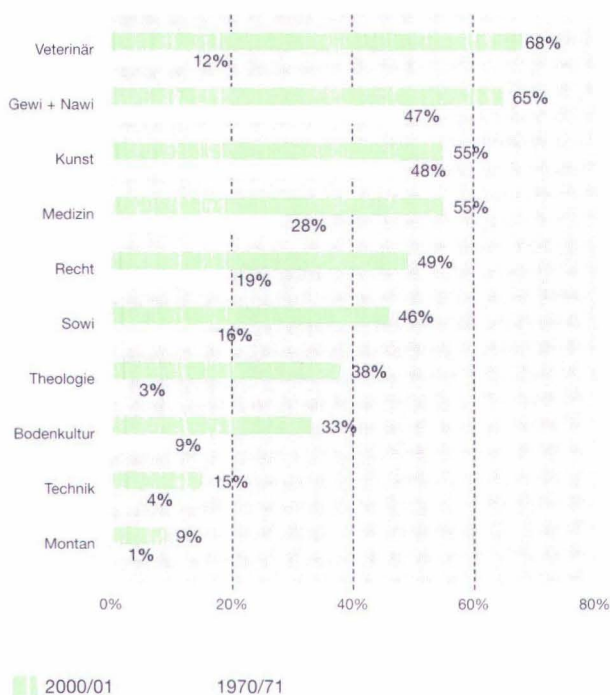
Auf **rund ein Drittel** wuchsen die Frauenanteile an den Universitäten für **Bodenkultur** und an den **theolo-**



**gischen Fakultäten:** Waren 1970/71 3% der Absolventen an der theologischen Fakultät Frauen, so stiegen deren Anteil bis 1998/99 auf 38% an. An den Universitäten für Bodenkultur waren 1970/71 9% Frauen, 30 Jahre später bereits 33%.

In den männerdominierten technischen Studienrichtungen stieg der Frauenanteil zwischen 1970/71 und 2000/01 von 4 auf 15%. In montanistischen Studienrichtungen vergrößerten sich der Frauenanteil von 1 auf 9%.

### Absolventinnenanteile der Studienabschlüsse 1970/71 und 1998/99



Quelle: Hochschulstatistik

## 3.3. Erwerbsleben

### 3.3.1. Erwerbsquoten 1971–2000

Die Erwerbsbeteiligung der Frauen ist in den letzten drei Jahrzehnten deutlich gestiegen, jene der Männer zurückgegangen

Der Anteil der weiblichen Erwerbspersonen am weiblichen Erwerbspotential ist zwischen 1971 und 2000 um insgesamt 13 Prozentpunkte angestiegen, während die männliche Erwerbsbeteiligung um 6 Prozentpunkte sank. Die Erwerbsquote der Männer liegt noch immer deutlich über jener der Frauen.

Die Erwerbsquote von Frauen stieg von 49% im Jahr 1971 auf 54% 1981, auf 58% 1991 und erreichte im Jahr 2000 62%. Diese Zunahme ergab sich trotz verlängerter

Ausbildungszeiten und früherem Ausscheiden aus dem Berufsleben. Dagegen führten diese beiden Faktoren bei den Männern zu einem Rückgang der Erwerbsquote von 86% 1971 auf 85% 1981 und auf 81% 1991 und erreichte im Jahr 2000 80%. Die deutliche Zunahme der Erwerbsbeteiligung bei den Frauen und der Rückgang bei den Männern haben die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung auffällig verkleinert.

### 3.3.2. Erwerbsquoten nach Alter 2000

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Erwerbsquote nehmen ab 30 zu

Eine Gegenüberstellung der weiblichen und männlichen Erwerbsquoten nach dem Alter zeigt eine starke berufliche Integration für beide Geschlechter zwischen dem 25. und dem 54. Lebensjahr. Die männliche Erwerbsbeteiligung ist jedoch deutlich höher als jene der Frauen. Die Erwerbsquoten der 25- bis 49-Jährigen liegt bei den Männern bei über 90% und bei den Frauen bei 77%.

Die markante Erhöhung der weiblichen Beschäftigung ab dem Alter von 25 Jahren ist vor allem auf die vermehrte Erwerbstätigkeit von Müttern zurückzuführen. In diesem Zusammenhang spielt auch die höhere weibliche Teilzeitbeschäftigung (einschließlich der geringfügigen Beschäftigung) eine wesentliche Rolle. 32% der erwerbstätigen Frauen und 4% der erwerbstätigen Männer sind teilzeitbeschäftigt.

Die höchste Erwerbsquote haben Frauen zwischen 30 und 39 (80%). Ab diesem Alter sinkt sie kontinuierlich. Gleichzeitig erhöht sich der Unterschied zur männlichen Erwerbsquote mit steigendem Alter. Während die Erwerbsquote von 25 bis 29-jährigen Frauen um 10 Prozentpunkte unter der von gleichaltrigen Männern liegt, beträgt der Unterschied bei 30-39-jährigen Frauen 16 Prozentpunkte, bei 40- bis 49-Jährigen 22 Prozentpunkte und bei 50- bis 54-Jährigen 23 Prozentpunkte.

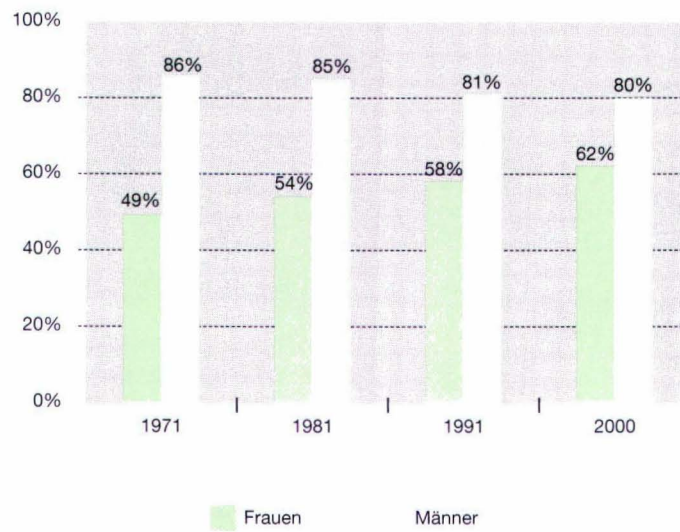
Ab dem Alter von 55 Jahren sinken besonders stark die weibliche aber auch die männliche Erwerbsbeteiligung aufgrund vorzeitiger Pensionierungen oder sonstigem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben (55-59-Jährige: Erwerbsquote bei Frauen 26%, bei Männern 64%). Bei den 60- bis 64-Jährigen sind gar nur 8% der Frauen und 17% der Männer erwerbstätig.

### 3.3.3. Erwerbsquote nach Schulbildung

Höhere Bildung geht bei beiden Geschlechtern – und überproportional bei Frauen – mit höherer Erwerbsbeteiligung einher



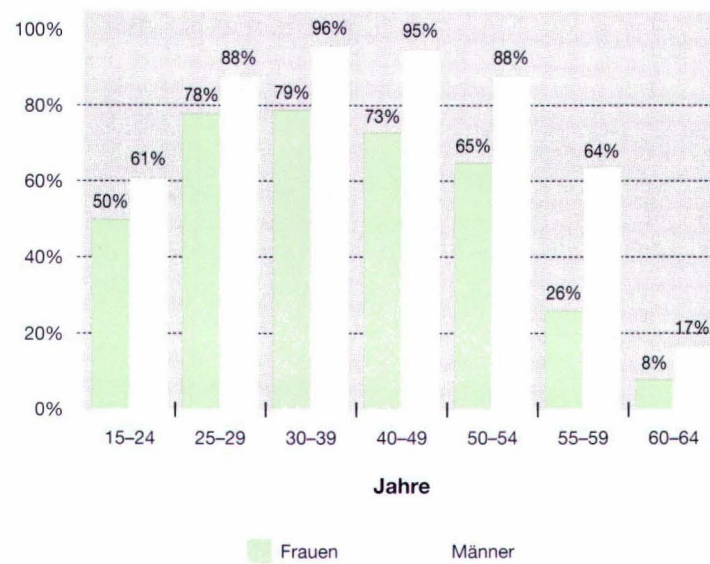
### Entwicklung der Erwerbsquoten <sup>1)</sup>



<sup>1)</sup> Anteil der Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Arbeitslose) an der 15 bis 64jährigen Wohnbevölkerung

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 2000, Volkszählungen

### Erwerbsquoten der 15 bis 64-jährigen Frauen und Männer; 2000



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 2000



Steigendes Ausbildungsniveau hat bei Frauen wie bei Männern eine höhere Erwerbsbeteiligung zur Folge. Die Bedeutung einer weiterführenden Ausbildung für die berufliche Tätigkeit oder das Verbleiben im Beruf ist für Frauen jedoch höher als für Männer.

**Die Erwerbsquote steigt bei Frauen mit zunehmender Qualifikation um 42 Prozentpunkte von 45% bei den Pflichtschul- auf 87% bei den Hochschulabsolventinnen.** Demgegenüber beträgt die Differenz bei den Männern 32 Prozentpunkte (Männer: von 62% bei Pflichtschulabsolventen auf 94% bei Hochschulabsolventen). Bei AbsolventInnen der Pflichtschule, einer Lehre oder einer berufsbildenden mittleren Schule liegt die Erwerbsquote von Frauen jeweils etwa 17 Prozentpunkte unter jener der Männer.

Die geschlechtsspezifischen **Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung werden mit dem Abschluss einer höheren Schule (AHS, BHS) oder mit einem Hochschulabschluss deutlich kleiner.** Zwischen weiblichen und männlichen Abgänger/innen einer höheren Schule (AHS, BHS) liegt die Differenz der Erwerbsquote bei 11 Prozentpunkten (Frauen 65%, Männer 76%), zwischen jenen von Hochschulabsolventen/innen ist der Unter-

schied mit 7 Prozentpunkten am geringsten (Frauen 87%, Männer 94%).

### 3.3.4. Erwerbsquoten der Frauen nach Zahl der Kinder und Haushaltsform 2000

**Die Erwerbsbeteiligung nimmt mit der Zahl der Kinder ab, ist aber bei Alleinerzieherinnen generell höher**

25- bis 49jährige Frauen ohne Kinder weisen höhere Erwerbsquoten auf als Frauen mit Kindern. Im Altersbereich zwischen 25 und 49 Jahren liegt die Erwerbsquote der Frauen ohne unter 15jährige Kinder bei 83% und bei Frauen mit einem Kind unter 15 bei 80%. Bei 2 Kindern sinkt die Frauenerwerbsquote spürbar auf 70% und bei 3 und mehr Kindern beträgt die Erwerbsquote 58%.

Alleinerzieher/innen haben eine deutlich höhere Erwerbsquote als Mütter in Ehe- und Lebensgemeinschaft. 25 bis 49jährige Alleinerzieherinnen mit einem Kind sind zu 90% erwerbstätig, mit 2 Kindern zu 84% und mit 3 und mehr Kindern zu 83%, während 25 bis 49jährige Mütter in Ehe- und Lebensgemeinschaft mit einem Kind unter 15 einer Erwerbsbeteiligung von 77%, mit 2 Kindern von 69% und ab 3 Kindern von 57% haben.

## Bildungsspezifische Erwerbsquoten



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 2000



### 3.3.5. Teilzeitquote der Frauen nach Haushaltsform und Zahl der Kinder 2000

#### Höhere Teilzeitquote bei unselbständig beschäftigten Ehefrauen/Lebensgefährtinnen mit Kindern als bei Alleinerzieherinnen

Der Anteil der Frauen in Teilzeitbeschäftigung hat sich in den letzten 25 Jahren mehr als verdoppelt. 1975 arbeiteten ca. 15% der erwerbstätigen Frauen weniger als 35 Stunden, 2000 waren es bereits 32%. Von den erwerbstätigen Männern sind 3% teilzeitbeschäftigt. 1975 waren es 1%.

Mehr als die Hälfte der in Partnerschaft lebenden Frauen mit Kindern geht einer Teilzeitbeschäftigung nach (53%). Geringer ist demgegenüber mit 36% die Teilzeitarbeitsquote der Alleinerzieherinnen mit Kindern.

Alleinerzieherinnen gehen unabhängig von der Anzahl der Kinder seltener einer Teilzeitbeschäftigung nach als in Partnerschaft lebende Frauen. So beträgt die Teilzeitquote der Ehefrauen/Lebensgefährtinnen mit einem Kind 52%, die der Alleinerzieherinnen 40%. Bei zwei Kindern sind erwerbstätige Ehefrauen/Lebensgefährtinnen zu 62% und Alleinerzieherinnen zu 55% teilzeitbeschäftigt. 65% der erwerbstätigen Ehefrauen/Lebensgefährtinnen mit 3 und mehr Kindern und 64% der Alleinerzieherinnen mit vergleichbarer Kinderzahl sind teilzeitbeschäftigt.

Teilzeitarbeit erscheint in erster Linie als weibliche Zuverdienstform zu einem männlichen Vollerwerbseinkommen, auch stellt die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen für Mütter oft die einzige Chance dar, auf dem Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen. Die Mehrheit der beschäftigten Mütter nach der Karenz arbeitet Teilzeit.

Teilzeitarbeit ist traditionellerweise mit einem eingeschränkten Berufs- und Tätigkeitsfeld verbunden und meist durch geringere Aufstiegsmöglichkeiten gekennzeichnet. Teilzeitarbeit wird vor allem in niedrig qualifizierten Bereichen angeboten.

### 3.3.6. Die häufigsten Lehrberufe von Frauen und Männern

#### Die Lehrberufswahl konzentriert sich bei sieben von zehn Mädchen auf fünf Lehrberufe, die in traditionell weiblichen Berufsfeldern liegen

Ein Vergleich der je fünf häufigsten Lehrberufe von Frauen und Männern ergibt, dass 68% aller Mädchen einen dieser fünf Lehrberufe ergreifen, bei den Burschen sind es vergleichsweise nur 30%. Mädchen beschränken sich auf ein geringeres Spektrum an Berufen als Burschen. Dieses Spektrum konzentriert sich auf traditionell weibliche

berufsfelder mit geringen Aufstiegschancen: **23% aller weiblichen Lehrlinge** schließen ihre Lehre als **Einzelhandelskauffrau**, **14%** als **Bürokauffrau**, **15%** als **Köchin bzw. Restaurantfachfrau**, **13%** als **Friseurin** und **3%** als Hotel- und Gastgewerbeassistentin ab. Nur ein Drittel ergreift andere Lehrberufe.

### Die fünf häufigsten Lehrberufe von Frauen 2000



Quelle: Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte

Bei den Burschen gibt es mit den Mädchen bezüglich der beliebtesten Lehrberufe lediglich eine Überschneidung, nämlich im Einzelhandel. Bei ihnen überwiegen traditionell männlich dominierte, insbesondere handwerkliche Berufe. Jeweils 7 Prozent der Burschen erlernen Tischler, Kfz-Mechaniker und Elektroinstallateur. Jeweils 4% schließen ihre Lehre als Maurer oder Einzelhandelskaufmann ab. Die übrigen 70% verteilen sich auf sonstige Lehrberufe.

### 3.3.7. Frauenanteile nach Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen 2000

#### Starke geschlechtmäßige Konzentration der Erwerbstätigen auf bestimmte Wirtschaftszweige

Viele Wirtschaftszweige sind entweder durch eine starke Frauen- oder Männerkonzentration gekennzeichnet.

Nur in der Minderheit der Wirtschaftszweige ist die Zahl der erwerbstätigen Männer und Frauen nicht sehr unterschiedlich. Nicht mehr als 60% der Beschäftigten entfallen auf ein Geschlecht im Handel, in der Land- und Forstwirtschaft, im Kredit- und Versicherungsbereich und im Realitätenwesen.

Sehr **hohe Frauenanteile** gibt es im Gesundheits-, Unterrichts- und Sozialbereich und im Gaststättenwesen. **Hohe Männeranteile** bestehen in der Sachgüterproduk-



## Anteil der erwerbstätigen Frauen in Wirtschaftszweigen

Wirtschaftszweige mit hoher Männerdominanz	Anteil der Frauenbeschäftigung im Wirtschaftszweig
Bauwesen	8%
Verkehr/Nachrichtenübermittlung	24%
Sachgütererzeugung	26%
öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung	37%
Wirtschaftszweige, in denen keine der Geschlechter mehr als 60% der Erwerbstätigen stellen	
Land- und Forstwirtschaft	46%
Kreditverrechnungswesen	48%
Realitätenwesen	51%
Handel	54%
Wirtschaftszweige mit hoher Frauendominanz	
Beherbergung/Gaststätten	64%
öffentliche Dienstleistungen (z.B. Gesundheit, Soziales)	68%
Unterrichtswesen	69%

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 2000

tion, im Bauwesen, im Verkehrsbereich und in der allgemeinen öffentlichen Verwaltung.

### Konzentration der erwerbstätigen Frauen auf bestimmte Berufsgruppen

Während Männer den Produktionssektor dominieren, sind Frauen stark im Dienstleistungssektor vertreten.

**Hohe Frauenanteile** von 67% gibt es bei Bürokräften, bei Erwerbstätigen in anderen Dienstleistungsberufen, im Verkauf (66%) sowie bei biowissenschaftlichen, gesundheits- und sonstigen Fachkräften (64%). Die Zuordnung der weiblichen Fachkräfte mit mittlerer Qualifikationsebene aus dem Gesundheitswesen zu den „biowissenschaftlichen- und Gesundheitsfachkräften“ ist für deren hohen Anteil bestimmend.

**Geringe Frauenanteile** bestehen mit 9% bei den Handwerksberufen, bei den technischen Fachkräften (13%) oder bei der Anlagen- und Maschinenbedienung (18%).

Einen **mittleren Frauenanteil** weisen der Tätigkeitsbereich Landwirtschaft (47%) sowie wissenschaftliche Berufe (50%) auf. Es ist jedoch zu beachten, dass die domi-

nierende Rolle der Frauen als Lehrerinnen im Bereich des Schulwesens weitgehend den verhältnismäßig hohen Anteil der als „Wissenschaftlerinnen“ erfassten weiblichen Erwerbstätigen erklärt.

Markante Unterschiede bestehen im Verhältnis von Führungskräften zu Hilfskräften. **Während der Anteil der Frauen bei den weiblichen Hilfskräften 62% beträgt, liegt er bei Führungskräften lediglich bei 28%.**

### 3.3.8. Frauenanteile nach beruflicher Position 2000

#### Mit höherer beruflicher Position nimmt der Frauenanteil ab

Obwohl sich die Bildungs- und Ausbildungsunterschiede zwischen Frauen und Männern in den letzten Jahrzehnten stark verringert haben, hat dies nicht die entsprechenden Konsequenzen am Arbeitsmarkt zur Folge. Eine hierarchische Gliederung der Berufswelt zeigt, dass



mit zunehmender Höhe der beruflichen Position der Frauenanteil abnimmt.

Bei den **Arbeiter/innen** sind mehr als die Hälfte der Hilfsarbeiterinnen (58%) Frauen, bei den Facharbeiter/innen sind Frauen lediglich zu 14% und bei den Vorarbeiter/innen oder Meister/innen zu 5% vertreten.

Auch bei den **Angestellten** mit einem insgesamt höheren Frauenanteil von 56% sinkt der Frauenanteil mit höherer Position. So werden 71% alle Hilfstätigkeiten von Frauen verrichtet. Bei hochqualifizierten Tätigkeiten beträgt der Frauenanteil 24%.

Bei den **Beamten/innen** und Vertragsbediensteten mit insgesamt 47% weiblichen Beschäftigten beträgt der Frauenanteil bei den Hilfsarbeitern/innen 46%, es zeigt sich jedoch bei den mittleren (55%) und höheren (56%) Aufgabenbereichen ein größerer Frauenanteil. Dieser ist durch die nahezu ausschließlich von Frauen besetzten Bereiche Erziehung und Gesundheit mitbestimmt. In den hochqualifizierten und führenden Positionen gehen diese Anteile allerdings wieder auf 24% zurück.

Die berufliche Qualifikation kann also von Frauen in geringerem Ausmaß als von Männern für den beruflichen

Aufstieg genutzt werden. Die oft zitierte „gläserne Decke“ scheint in sämtlichen Bereichen des Erwerbslebens für Frauen nach wie vor vorhanden zu sein.

### 3.3.9. Arbeitszeitformen

#### Ein Drittel der unselbstständig erwerbstätigen Frauen ist teilzeitbeschäftigt

Während insgesamt **32% der weiblichen Erwerbstätigen im Jahresdurchschnitt 2000 einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen**, trifft dies **lediglich für 4% der Männer** zu. Innerhalb der letzten 25 Jahre hat sich die Teilzeitquote der Frauen mehr als verdoppelt. Auch die Zahl der männlichen Teilzeitbeschäftigten stieg innerhalb dieses Zeitraums, allerdings weniger stark und von einem ungleich geringeren Niveau ausgehend.

60% der Frauen und mehr als vier Fünftel der Männer (81%) arbeiten 36 bis 40 Wochenstunden. Dies entspricht der gesetzlich oder kollektivvertraglich definierten Normalarbeitszeit.

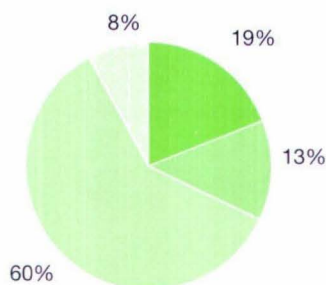
### Frauenanteile nach beruflicher Position

	Gesamtzahl der Beschäftigten 2000 in Tausend	Frauenanteil
<b>Arbeiter/innen</b>	1310	30%
Lehrlinge	80	21%
Hilfsarbeiter/innen	420	36%
Facharbeiter/innen	500	14%
Vorarbeiter/in, Meister/in	50	5%
<b>Angestellte</b>	1280	56%
Lehrlinge	30	70%
Hilfstätigkeit	140	71%
Gelernte Tätigkeit	350	68%
Mittlere Tätigkeit	360	64%
Höhere Tätigkeit	220	38%
Hochqualifizierte Tätigkeit	190	24%
<b>Beamten/innen und Vertragsbedienstete</b>	690	47%
Hilfsarbeiter, einfache Tätigkeit	180	46%
Facharbeitertätigkeit	50	5%
Mittlere Tätigkeit	200	55%
Höhere Tätigkeit	220	56%
Hochqualifizierte und führende Tätigkeit	40	24%

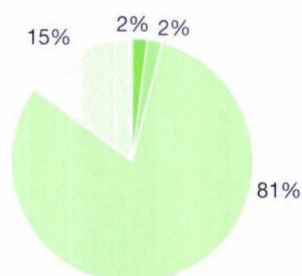
Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 2000



## Wöchentliche Arbeitszeit, Frauen 2000



## Wöchentliche Arbeitszeit, Männer 2000



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 2000

### Zwei Drittel der befristeten Arbeitsverhältnisse betreffen Frauen

Während 7% der Frauen einer befristeten Beschäftigung nachgehen, sind davon lediglich 3% der Männer betroffen. **Seit 1997 ist die Anzahl der befristeten Arbeitsverhältnisse bei Frauen angestiegen und bei Männern zurückgegangen.** Probezeit-Arbeitsverträge und keine Dauerstelle gefunden zu haben zählen bei Frauen wie bei Männern zu den Hauptgründen für ein zeitlich begrenztes Arbeitsverhältnis. Keine unbefristete Arbeitsstelle gefunden zu haben trifft mit zunehmendem Alter der Frauen bei diesen jedoch stärker zu und ist bei den 40 bis 49-Jährigen mit 52% – gegenüber Männern mit 32% – am weitesten verbreitet.

### Rufbereitschaft trifft Männer häufiger als Frauen

Rufbereitschaft betrifft 250.000 unselbstständig Erwerbstätigen. Das sind **4% der Frauen und 11% der Männer.** Rufbereitschaft kommt bei Frauen in allen Dienstverhältnissen jeweils bei führenden Tätigkeiten überdurchschnittlich oft vor. Hauptsächlich kommt Rufbereitschaft bei Frauen im Gesundheits- und Sozialdienst vor (z.B. mobile Krankenschwester). Im öffent-

lichen Dienst ist vor allem bei Männern Rufbereitschaft öfter anzutreffen z.B. bei Ärzten oder Exekutivbeamten und zwar bei Männern: 17% und bei Frauen: 6%.

### Schicht-, Turnus- und Wechseldienst betreffen 15% der Frauen und 18% der Männer

Die höchsten Anteile dieser Arbeitsform gibt es im Gesundheits- und Sozialwesen, im Produktionsbereich und im Beherbergungs- und Gastgewerbe. Ein Drittel der Frauen, die im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen beschäftigt sind, verrichtet regelmäßig einen solchen Dienst, etwas weniger häufig als Männer in diesem Berufsfeld.

Im Beherbergungs- und Gastgewerbe arbeitet jeweils ein Viertel der betroffenen Frauen und Männer in dieser Dienstform. Zu ca. 20%, wenn auch zu einem geringeren Anteil als ihre männlichen Kollegen, versehen Frauen im Produktionssektor zeitlich wechselnde Dienste.

### Abend- und Nachtarbeit von Frauen ist im Gastgewerbe und Gesundheitswesen besonders bedeutend

Insgesamt verrichten Frauen weniger häufig Abend- und Nachtarbeit als Männer. So stehen 13% der abends und 7% der nachts arbeitenden Frauen 19% abends und 13% nachts arbeitenden Männern gegenüber. Dies ist zum Teil auf das bis Mitte 2002 geltende Frauennachtarbeitsverbot zurückzuführen, das Abend- und Nachtarbeit von Frauen nicht in jeder Branche gleichermaßen zuließ.

Die hohe Frauenbeschäftigung in den Branchen Gaststättenwesen (64%), Gesundheitswesen (76%) hat dennoch eine beachtliche weibliche Präsenz bei Abend- und Nachtarbeit zur Folge. So ist fast die Hälfte der Frauen, die Abendarbeit verrichten, in einer dieser beiden Branchen beschäftigt (94.000 von insgesamt 209.000), im Fall von Nachtarbeit sind es mehr als die Hälfte der Frauen (62.000 von insgesamt 108.000).

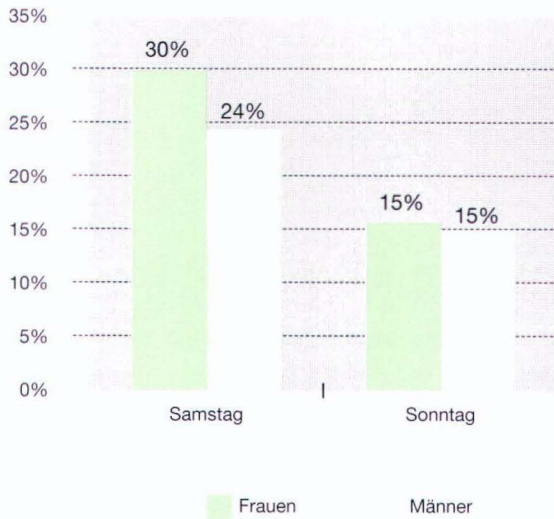
### 30% der Frauen arbeiten an Samstagen und 15% an Sonntagen

30% der erwerbstätigen Frauen und 24% der erwerbstätigen Männer arbeiten an Samstagen, jeweils rund 15% arbeiten sonntags.

Wie bei der Abend- und Nachtarbeit werden die branchenspezifischen Unterschiede auch bei Samstags- und Sonntagsarbeit für Frauen und Männer deutlich. So leisten vor allem im Handel Frauen öfter Samstagsarbeit (43%) als Männer (28%). Sonntagsarbeit ist besonders im Gesundheitswesen ein wichtiger Faktor, der Frauen sowohl anteilmäßig (29% zu 27%) als auch absolut gesehen (66.000 Frauen, 20.000 Männer) stärker betrifft als Männer.



### Wochenendarbeit März 2001



Quelle: Arbeitskräfteerhebung 2001

### 3.3.10. Vorgemerkte Arbeitslose, Arbeitslosenquote 1980–2001

#### Seit 1980 markanter Anstieg der Zahl der vorgemerkten Arbeitslosen

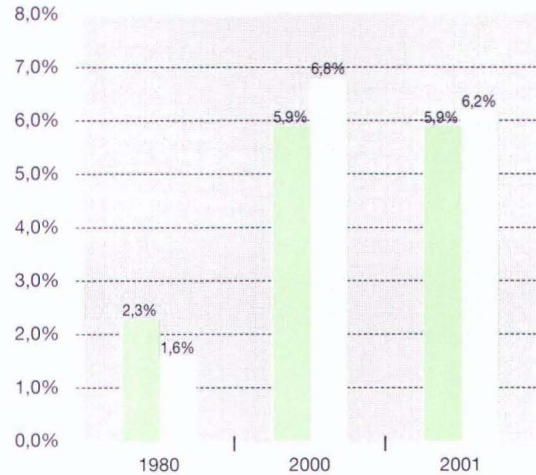
Zwischen 1980 und 1998 stieg die Arbeitslosenquote markant an, für Frauen um 5,2 Prozentpunkte auf 7,5% und für Männer um 5,3 Prozentpunkte auf 6,9%. Von 1998 bis 2000 ist die Arbeitslosenquote für beide Geschlechter rückläufig und lag im Jahresdurchschnitt 2000 mit 5,9% für Frauen nur mehr geringfügig über der Quote der Männer (5,8%). Seit 2000 steigt sie **bei den Männern** an und betrug **2001 6,2%**, **bei den Frauen** liegt sie konstant bei **5,9%**.

Die absolute Zahl der vorgemerkten arbeitslosen Frauen stieg von 1980 bis 1998 auf das Vierfache (108.000), jene der Männer auf nahezu das Fünffache (129.000). Von 1998 bis 2000 die Zahl der vorgemerkten Arbeitslosen bei Frauen und bei Männern kontinuierlich. Im Jahresdurchschnitt 2000 gab es mit 87.000 als arbeitslos vorgemerkten Frauen um 21.000 weniger als zwei Jahre zuvor, bei den Männern waren es mit 107.000 um 22.000 weniger. Seit 2000 steigt die Zahl der arbeitslos gemeldeten Personen. Im Jahr 2001 waren 88.000 Frauen und 115.000 Männer arbeitslos gemeldet.

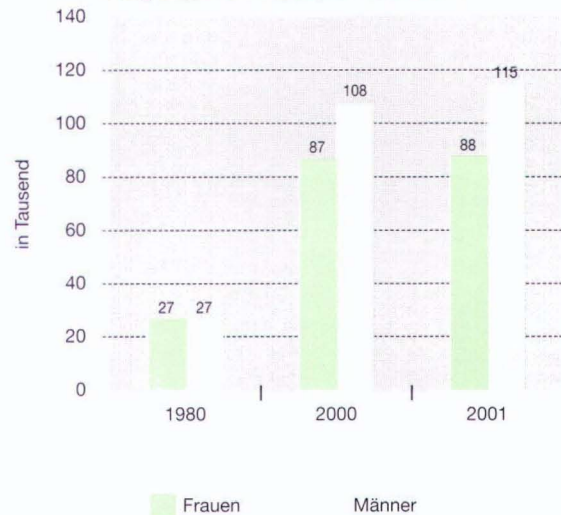
Liegt auch die Zahl der als arbeitslos vorgemerkten Frauen nunmehr unter jener der Männer, so legen Studien die Berücksichtigung einer **frauenspezifischen „Dunkelzif-**

fer“ nahe. Während sich Männer, wenn sie keine Beschäftigung haben in der Regel beim Arbeitsamt melden, verbleiben Frauen zum Teil im Haushalt.

### Arbeitslosenquote 1980–2001



### Vorgemerkte Arbeitslose 1980–2001



Quelle: AMS

## 3.4. Haus- und Betreuungsarbeit

### 3.4.1. Aufteilung der Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit auf Frauen und Männer (1992)

#### Die Mithilfe der Männer bei der Haus- und Familienarbeit steigt nicht mit der Erwerbstätigkeit der Frau

Haus- und Familienarbeit leisten die Frauen unabhängig von der Erwerbsbeteiligung in deutlich höherem Maß als Männer. Sie trägt im Tagesdurchschnitt bei erwerbs-



tätigen Frauen 6 Stunden und bei nichterwerbstätigen Frauen 9 Stunden. Demgegenüber verrichten Männer täglich eineinhalb Stunden Haus- und Familienarbeit. Diese Dauer ist gleich, egal ob Frauen im Erwerbsleben stehen oder nicht.

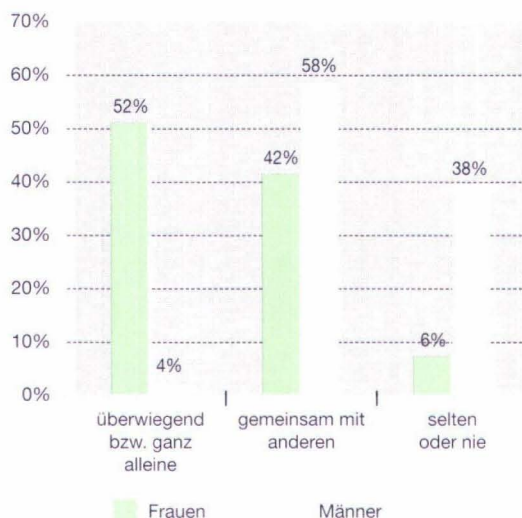
Bezogen auf die Arbeitswoche (Montag bis Freitag) absolvieren erwerbstätige Frauen im Durchschnitt mit 11 Stunden pro Tag das grösste Arbeitspensum; ihre Gesamtarbeitszeit (Erwerbsarbeit plus Haus- und Familienarbeit) ist um 45 Minuten pro Tag länger als die der Männer.

### 3.4.2. Betreuung der Kinder innerhalb der Familien (1995)

#### Familiäre Kinderbetreuung überwiegend durch Frauen

Wie die Versorgungsarbeit insgesamt ist auch die Kinderbetreuung im speziellen durch eine traditionelle Rollenaufteilung gekennzeichnet. **Mehr als die Hälfte aller Frauen ist für die Kinderbetreuung entweder ganz oder überwiegend alleine zuständig.** 42% haben die Möglichkeit, die Versorgungsaufgaben gemeinsam mit weiteren Personen wahrzunehmen, wobei es sich bei diesen „weiteren Personen“ in vielen Fällen um Großmütter handelt. Demgegenüber nehmen 38% der Männer selten oder nie Betreuungsaufgaben wahr, 58% beteiligen sich an den Versorgungsaufgaben und 4% sind in erster Linie für die Kinderbetreuung verantwortlich.

#### Kinderbetreuung innerhalb der Familie 1995



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1995

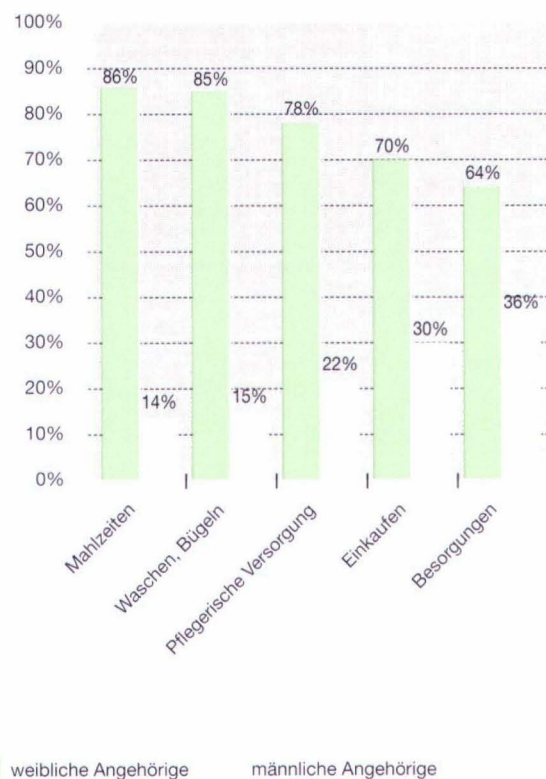
### 3.4.3. Betreuung von älteren Menschen innerhalb der Familie

#### Etwa drei Viertel der Betreuungsleistungen für ältere Menschen werden durch weibliche Angehörige (Partnerinnen, (Schwieger-)Töchter) erbracht

Unterstützung bei ihrer Hausarbeit und pflegerischen Versorgung erhalten betreuungsbedürftige Über-60-Jährige zu ca. drei Viertel von Familienangehörigen. Die unterstützenden Familienangehörigen sind überwiegend Frauen (fast drei Viertel), vor allem sind es die Töchter und Schwiegertöchter.

Geschlechtsspezifische Rollenmuster prägen nicht nur den Umfang, sondern auch die Art der Tätigkeit. In 86% der Fälle kochen Frauen für ihre älteren Angehörigen. Ähnlich hoch sind die Anteile beim Waschen, Bügeln, Aufräumen und bei der pflegerischen Versorgung. Bei Besorgungen oder Erledigungen ist mit noch immer 64% der Anteil an weiblicher Arbeit am kleinsten.

#### Hilfeleistungen von Angehörigen für ältere Menschen



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1998



### 3.5. Erwerbseinkommen

#### 3.5.1. Mittleres Bruttojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen 1999

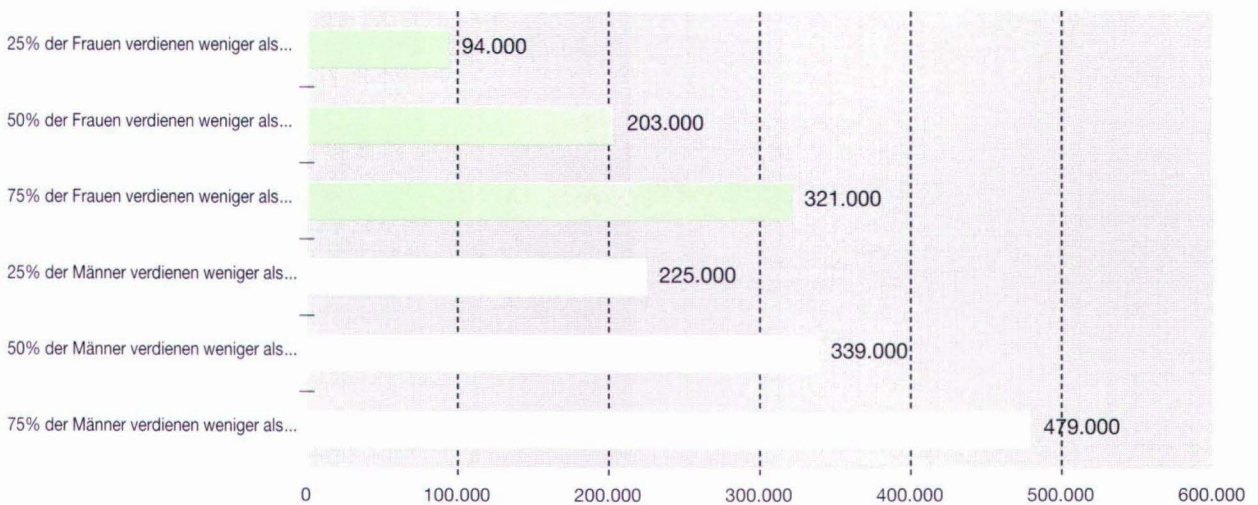
Das mittlere Bruttojahreseinkommen der Frauen liegt bei 60% des mittleren Bruttojahreseinkommens der Männer

Das Bruttoeinkommen hängt von der Arbeitszeit, der beruflichen Position und der jeweiligen Entlohnung der beruflichen Position ab.

Unselbständig erwerbstätige Frauen sind wesentlich öfter teilzeitbeschäftigt als Männer (33% versus 3%), ihre durchschnittliche jährliche Beschäftigungsdauer ist um 8 Tage kürzer als die der Männer. Sie sind im Vergleich zu Männern im stärkerem Ausmaß in den unteren und im geringeren Ausmaß in den oberen Berufsfeldern beschäftigt, aber auch bei ähnlicher beruflicher Position werden Frauen oft schlechter entlohnt als Männer.

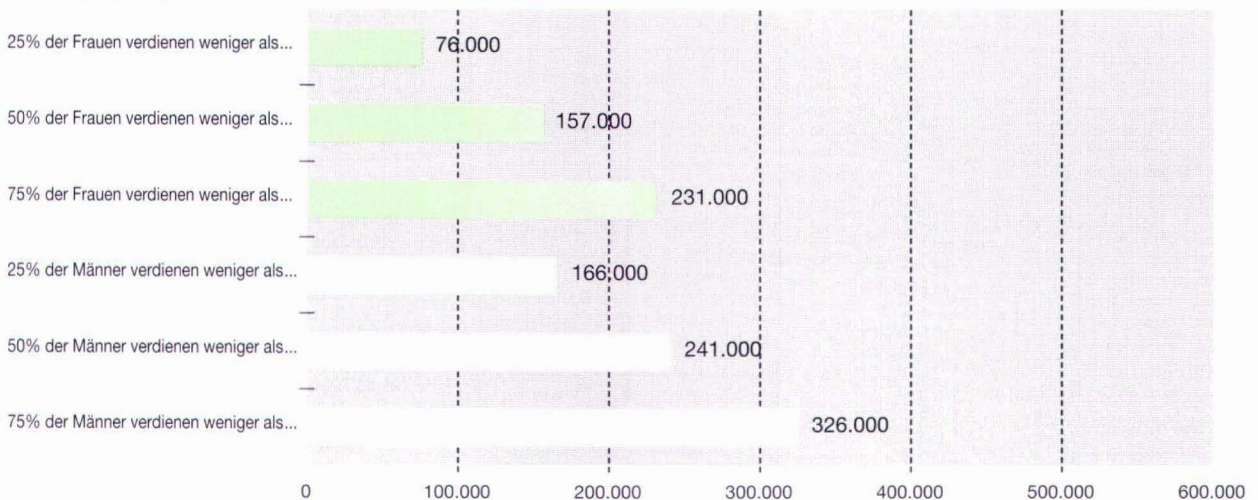
Alle diese Faktoren haben zur Folge, dass das mittlere Bruttoeinkommen der Frauen nur 60% von dem der Männer ausmacht. Die Einkommen von mehr als drei Viertel aller unselbständig erwerbstätigen Frauen liegen unter dem mittleren Einkommen der Männer, während mehr als drei Viertel der Männereinkommen über dem mittleren Einkommen der Frauen liegen.

#### Bruttojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen 1999, nach Geschlecht und Quartilen in ÖS



Quelle: Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik

#### Nettojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen 1999, nach Geschlecht und Quartilen



Quelle: Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik



### 3.5.2. Mittleres Nettojahreseinkommen der unselbständig Beschäftigten 1999

Das mittlere Nettojahreseinkommen der Frauen liegt bei 65% des männlichen Nettojahreseinkommens

Die Progression der Einkommensteuer verringert die Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern auf Nettobasis. Der Anteil der nicht arbeitszeitbereinigten Median-Nettoeinkommen von Frauen an dem der Männer erhöht sich gegenüber dem Einkommensvergleich auf Bruttoebene um 5 Prozentpunkte (von 60% auf 65%). Auch beim Nettovergleich zeigt sich, dass die Einkommen von mehr als drei Viertel der Frauen unter dem Medianeinkommen der Männer und mehr als drei Viertel der Männer über dem Medianeinkommen der Frauen liegen.

### 3.5.3. Mittleres Nettojahreseinkommen der vollzeitbeschäftigten unselbständig Erwerbstätigen 1999

Das mittlere Nettojahreseinkommen von vollzeitbeschäftigten Frauen beträgt 82% von dem der Männer

Um in etwa die Wirkungen der kürzeren Arbeitszeiten von Frauen auf ihre Einkommenssituation abschätzen zu

können, werden im Folgenden die Einkommen der vollzeitbeschäftigten Frauen und Männern verglichen. Bei einer arbeitszeitbereinigten Betrachtungsweise reduziert sich das Einkommensminus der Frauen um ca. die Hälfte (von 35 Prozentpunkten auf 18 Prozentpunkte). Erklärungen für die verbleibende Einkommensdifferenz sind die unterschiedlichen beruflichen Positionen von Frauen und Männern, aber auch die unterschiedliche Bewertung von frauen- und männertypischen Arbeiten in ähnlichen beruflichen Positionen. D.h. die generell im Durchschnitt um ein Drittel niederen Einkommen der Frauen sind zur Hälfte kürzere Arbeitszeiten und zur anderen Hälfte auf unterschiedliche berufliche Positionen bzw. unterschiedliche Bewertungen der Arbeitstätigkeiten zurückzuführen.

Frauen sind stärker in den unteren Berufspositionen und schwächer in den oberen Berufspositionen vertreten (siehe 3.8.). Während der Frauenanteil bei Hilfsarbeiter/innen 58% und bei Angestellten mit Hilfstätigkeit bei 71% liegt, beträgt er bei Facharbeiter/innen 14% und bei Angestellten mit hochqualifizierter Tätigkeit bei 24%.

Werden Frauen und Männer in ähnlichen beruflichen Positionen miteinander verglichen, so beträgt das Einkommensminus von vollzeitbeschäftigten Frauen gegenüber dem Medianeinkommen von Männern zwischen 3% und 29%.

## Mittleres Nettomonatseinkommen in ÖS der Vollzeiterwerbstätigen nach Schulbildung im Jahr 1999



Quelle: Statistik Austria, Konsumerhebung



## Einkommensdifferenz der Median-nettoeinkommen zwischen vollzeitbeschäftigten Frauen und Männern

<b>Arbeiter/innen</b>	
Hilfsarbeit	19%
angelernete Arbeit	28%
Facharbeit	29%
<b>Angestellte</b>	
ungelernte Tätigkeit	18%
gelernte Tätigkeit	21%
mittlere Tätigkeit	11%
höhere Tätigkeit	15%
hochqualifizierte Tätigkeit	27%
<b>Beamte und Vertragsbedienstete</b>	
einfache Tätigkeit	3%
mittlere Tätigkeit	20%
höhere Tätigkeit	9%
<b>Insgesamt</b>	<b>18%</b>

Quelle: Statistik Austria, Konsumerhebung 1999/2000

Bei den Arbeiter/innen und Angestellten **steigen die Einkommensdifferenzen mit dem beruflichen Rang**. So beträgt der Einkommensunterschied zwischen Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern 19% und der zwischen Facharbeiterinnen und Facharbeitern 29%. Bei weiblichen Angestellten, die keine hochqualifizierte Tätigkeit ausüben, liegt der Einkommensunterschied gegenüber Männern in ähnlichen Positionen zwischen 11% und 21%, während er bei Angestellten mit hochqualifizierter Tätigkeit auf 27% ansteigt.

Bei den Beamten und Vertragsbediensteten ist die Einkommensdifferenz bei mittleren Tätigkeiten am höchsten (20%) und sinkt auf 9% bei höheren Tätigkeiten.

Generell beträgt die Einkommensdifferenz beim Median-

einkommen zwischen vollzeiterwerbstätigen Männern und Frauen 18%.

Ein Vergleich der mittleren Nettomonatseinkommen von vollzeiterwerbstätigen Frauen und Männern nach ihrer **höchsten abgeschlossenen Schulbildung** ergibt folgendes Bild: Den höchsten Einkommensnachteil (27% weniger) haben Frauen gegenüber Männern mit Pflichtschulniveau. Gefolgt werden sie von Hochschulabsolventinnen, die um 26% weniger verdienen als ihre männlichen Kollegen. An dritter Stelle bei Einkommensnachteilen liegen Lehrabsolventinnen, die um 23% weniger verdienen als ihre Kollegen. Mit BHS-Matura verdienen Frauen um 20% weniger als Männer. Mit BMS-Abschluss sind es 17%, die Frauen weniger als Männer verdienen. Die geringsten Einkommensnachteile haben AHS-Maturantinnen (6%) und Absolventinnen von hochschulverwandten Lehranstalten (3%).

### 3.5.4. Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen – Gesamtbetrachtung

Frauen verdienen weniger als Männer. Wird vom tatsächlichen Bruttoeinkommen ausgegangen, so beträgt das Medianeinkommen der Frauen 60% von dem der Männer. Wird das entsprechende Nettoeinkommen verglichen, so steigt wegen der Steuerprogression der Anteil des Frauenmedianeinkommens an dem der Männer auf 65%. Werden nur Vollzeitbeschäftigte miteinander verglichen, so reduziert sich diese Differenz auf die Hälfte (von 35% auf 18%). Bei einer Gesamtsicht kann etwa die Hälfte von dem um ein Drittel niederen Frauenmediannettoeinkommen auf kürzere Arbeitszeiten und die andere Hälfte auf niedrigere berufliche Positionen der Frauen und auf unterschiedliche Bewertungen von frauentypischen und männertypischen Tätigkeiten auch innerhalb vergleichbarer berufliche Positionen zurückgeführt werden.

## Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen: brutto, netto und bei Vollzeitbeschäftigung

	Männer	Frauen	Anteil des mittleren Fraueneinkommens an dem der Männer
Bruttomedianeinkommen <sup>1)</sup>	339.000	203.000	60%
Nettomedianeinkommen <sup>2)</sup>	241.000	157.000	65%
Nettomedianeinkommen der Vollzeitbeschäftigten <sup>3)</sup>	246.000	202.000	82%

Quelle: Lohnsteuerstatistik, Konsumerhebung

<sup>1)</sup> 50% verdienen mehr als ... und 50% verdienen weniger als .....S

<sup>2)</sup> vom Bruttojahreseinkommen werden die Sozialversicherungsbeiträge und die Lohnsteuer abgezogen

<sup>3)</sup> es werden nur die Einkommen von denjenigen Personen erfasst, die mindestens 35 Stunden wöchentlich arbeiten



### 3.6. Sozialeinkommen

#### 3.6.1. Höhe der Arbeitslosengeld- und Notstandshilfebezüge 2000

Die mittleren Arbeitslosen- und Notstandshilfebezüge liegen bei Frauen um ein Viertel unter denen der Männer

Das mittlere Arbeitslosengeld von Frauen lag im Jahr 2000 bei 8.800,- öS, das der Männer bei 11.800,- öS. Der Median-Bezug der Frauen entspricht einem Anteil von 75% an dem der Männer. Der Median der Notstandshilfe, den die Frauen erhalten, lag bei 6.500,- öS der der Männer bei 8.300,- öS.

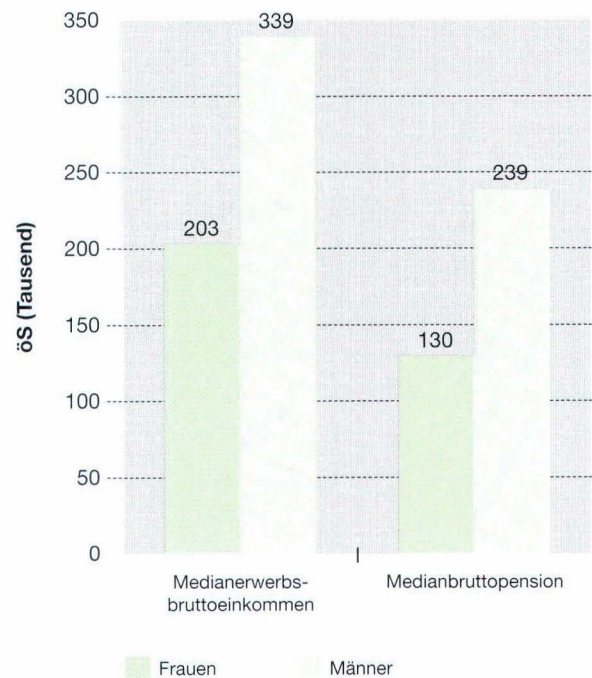
#### 3.6.2. Nettomonatseinkommen von Pensionisten/innen 1999

Die Einkommensunterschiede verstärken sich in der Pension

Die Pensionshöhe hängt sowohl vom Verlauf der Erwerbseinkommen als auch von der Anzahl der Versicherungsjahre ab. Frauen haben niedrigere Erwerbseinkommen als Männer, weniger Versicherungszeiten und zum Teil bei unzureichenden Erwerbszeiten maximal einen Anspruch auf Hinterbliebenenpension. Trotz diverser ausgleichender Regelungen (Hinterbliebenenpension, Anrechnung von Kinderbetreuungszeiten, Ausgleichszulagen) sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Pensionen höher als bei den Erwerbseinkommen. Während das Medianbruttoerwerbseinkommen von Frauen 60% von dem der Männer ausmacht, **macht das Medianbruttopensionseinkommen der Frauen in Summe (inkl. etwaiger Doppelpensionen) 54% von dem der Männer aus.**

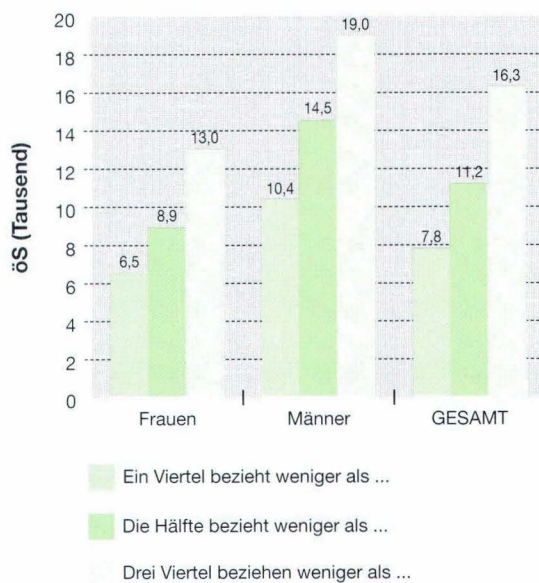
Ein Viertel der Männer erhält weniger als 10.400,- öS netto, ein Viertel der Frauen weniger als 6.500,- öS netto. Die Hälfte der Männer beziehen weniger als 14.500,- öS und die Hälfte der Frauen weniger als 8.900,- öS. 75% der Männer beziehen weniger als 19.000,- öS drei Viertel der Frauen weniger als 13.000,- öS. D.h. mehr als drei Viertel der Frauen erhalten eine Pension unter dem Medianeinkommen der Männer, während weniger als ein Viertel der Männerpensionen unter dem Medianeinkommen der Frauen liegen.

### Erwerbs- und Pensionseinkommen nach Geschlecht, 1999



Quelle: Lohnsteuerstatistik

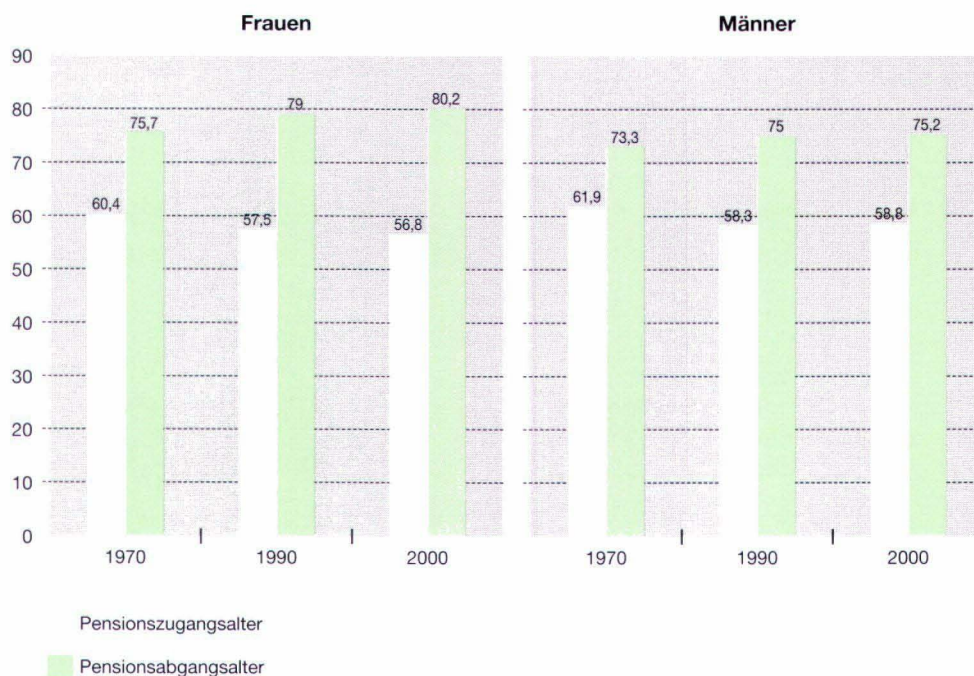
### Nettomonatseinkommen von PensionistInnen im Jahr 1999



Quelle: Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik



## Durchschnittliches Pensionszugangs- und -abgangsalter 1970–2000 (Alters- und Invaliditätspension gemeinsam)



Quelle: BMSG

### 3.6.3. Durchschnittliches Pensionszugangs- und abgangsalter in der gesetzlichen Pensionsversicherung 1970–2000

Die durchschnittliche Bezugsdauer von Alters- und Invaliditätspensionen hat sich bei Frauen und Männern in den letzten 30 Jahren stark erhöht

Das Pensionszugangsalter bei Männern und bei Frauen hat sich von 1970 bis 2000 um mehr als 3 Jahre verringert, die Lebenserwartung hingegen erhöht, was zu einer Verlängerung der durchschnittlichen Pensionsdauer geführt hat.

In den letzten 30 Jahren sank bei Frauen und Männern das effektive Pensionszugangsalter um 3 bis 4 Jahre. Das durchschnittliche Sterbealter stieg bei Pensionistinnen um 4,5 Jahre und bei Pensionisten um 2 Jahre.

Obwohl Frauen bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen 5 Jahre früher als Männer eine vorzeitige Alterspension wegen langer Versicherungsdauer in Anspruch nehmen können, liegt das effektive Pensionsanfallsalter von Frauen bei Direktpensionen (Alters- und Invaliditätspension) im Jahre 2000 mit 56,8 Jahren nur um 2 Jahre unter dem der Männer (58,5 Jahre). Gründe dafür sind zum einen die wegen der gesamtgesellschaft-

lichen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung kürzeren Erwerbstätigen der Frauen und die dadurch erschwerten Zugänge zur vorzeitigen Alterspension wegen langer Versicherungsdauer. Weiters ist der Anteil der Frauen bei den Zugängen zur Invaliditätspension sehr niedriger.

Das durchschnittliche Sterbealter der Pensionistinnen ist mit 80,2 Jahre um 5 Jahre höher als das der Männer.

Aufgrund des um 5 Jahre niedrigeren gesetzlichen Pensionsanfallsalters und aufgrund der höheren Lebenserwartung ist die Differenz zwischen Pensionszugangsalter und Pensionsabgangsalter bei Frauen um etwa 7 Jahre länger als bei den Männern.

## 3.7. Armut und soziale Teilhabe

### 3.7.1. Armutsgefährdungs- und Armutsrisiken

Frauen sind von Armutsgefährdung und akuter Armut stärker betroffen als Männer

Im Folgenden wird zwischen Armutsgefährdung und akuter Armut unterschieden. Armutsgefährdung wird ausschließlich über Einkommensrisiken beschrieben. Da



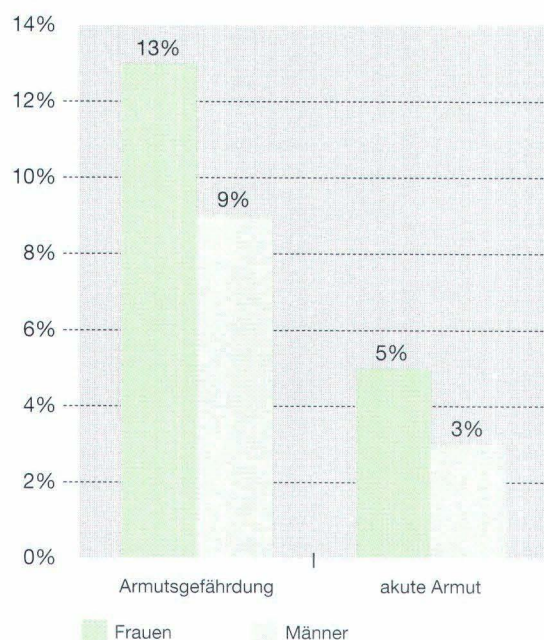
persönliche Einkommen nur zum Teil Rückschlüsse auf die tatsächlichen Lebensverhältnisse zulassen, werden für die Beurteilung von akuter Armut neben der Einkommenssituation auch Einschränkungen bei lebensnotwendigen Bedürfnissen herangezogen. Das Gesamteinkommen eines Haushalts wird auf ein fiktives Pro-Kopf-Einkommen für jedes Haushaltsmitglied umgerechnet. Entsprechend den Empfehlungen des Europäischen Statistischen Amtes (EUROSTAT) gelten Personen als armutsgefährdet, deren gewichtetes Pro-Kopf-Haushaltseinkommen unter einem Schwellenwert von 60% des Medians des Pro-Kopf-Einkommens liegt. Dieser Schwellenwert betrug 1999 130.000,- öS jährlich für einen Einpersonenhaushalt.

**Während 13% der Frauen armutsgefährdet sind, trifft dies für 9% der Männer zu.** Davon sind 5% der Frauen und 3% der Männer von akuter Armut betroffen.

Die Armutsgefährdung und das Risiko akuter Armut hängt vor allem vom Einkommen ab. Frauen sind durch die niedrigen Erwerbseinkommen und die deutlich geringeren Pensionsbezüge und wegen ihres sehr hohen Anteils unter den Alleinerziehenden wesentlich stärker betroffen.

Die **höchsten Armutsgefährdungsraten** bestehen bei alleinlebenden weiblichen Pensionisten/innen (31%), bei Haushalten mit mehreren Pensionisten/innen (20%), bei weiblichen Singles im Erwerbsalter (19%), bei Personenhaushalten mit 3 und mehr Kindern (17%), bei männlichen Singles im Erwerbsalter (14%) und bei Alleinerzieherinnen (13%).

### Armutsgefährdungs- und Armutsrisiken 1999



Quelle: IFS, Europäisches Haushaltspanel 2001

### 3.7.2. Indikatoren für ökonomische und soziale Teilhabe

Die Gegenüberstellung der ökonomischen und sozialen Teilhabe von Frauen und Männern zeigt eine deutliche Benachteiligung von Frauen an der Erwerbsbeteiligung und beim Einkommen. Demgegenüber sind in den Bereichen Wohnen, Haushaltsbesitz, soziale Kontakte, mangelhafter Gesundheitszustand und Unzufriedenheit mit der finanziellen Situation geringe geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen.

Während 45% der Frauen vollzeit- und 23% teilzeitbeschäftigt sind, liegt die **Erwerbsbeteiligung** der Männer mit 81% Vollzeit- und 3% Teilzeitbeschäftigung wesentlich höher.

Markante Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen bei den **Nettoerwerbseinkommen**. So verdient laut Haushaltspanel ein Drittel aller erwerbstätigen Frauen (33%) unter 10.000,- öS monatlich, demgegenüber fanden sich nur 3% der Männer in dieser Einkommensklasse. Über 20.000,- öS pro Monat bezogen lediglich 12% der Frauen, jedoch 35% der Männer. Frauen äußerten stärker Unzufriedenheit mit ihrer finanziellen Situation (Frauen: 16%, Männer: 13%).

Aufgrund der vorherrschenden Lebensform in Partnerschaften ergibt sich bei Frauen und Männern ein fast identes Bild bei **Wohnen und Haushaltsbesitz**. Jedoch wird damit keine Aussage über die Eigentumsverhältnisse an diesen Gütern getroffen, die nicht erhoben wurden. 80% der Frauen und 81% der Männer verfügen über eine Wohnung der Kategorie A, je 4% der Frauen und Männer leben in einer Substandardwohnung. 80% der Frauen und 89% der Männer leben in Haushalten mit mindestens einem Auto; 43% der Frauen (48% der Männer) verfügen zu ihren Haushalten über einen Heimcomputer und 71% der Frauen (77% der Männer) über einen Videorecorder.

Auch die **Intensität sozialer Kontakte** von Frauen und Männern ist in etwa gleich stark ausgeprägt. So pflegen 70% der Frauen und 73% der Männer Kontakt zu Freunden. Der Anteil der Männer an Klubmitgliedern ist jedoch um 22 Prozentpunkte höher als jener der Frauen (Frauen: 35%, Männer: 57%). Dies mag mit der traditionell stärkeren Verbundenheit von Männern zu Sport- und Freizeitvereinen in Zusammenhang stehen.

Ein mäßig bis sehr schlechter **Gesundheitszustand** wird von 31% der Frauen und von 26% der Männer angegeben.



### 3.8. Resümee

Die **geschlechtsspezifischen Ungleichheiten** zwischen Frauen und Männern bestehen weiter fort und werden **besonders im Berufsleben, bei den Einkommensdisparitäten und bei der Beteiligung von Versorgungs- und Familienarbeit** sichtbar. Trotz deutlich verstärkter Teilnahme im Erwerbsleben und gestiegenem Ausbildungsniveau kennzeichnen geringere Aufstiegschancen, geringere Einkommen, geringere Pensionsbezüge sowie ein höheres Armutsgefährdungsrisiko die geringeren Partizipationsmöglichkeiten von Frauen.

Innerhalb der letzten dreißig Jahre **stieg das Qualifikationsniveau von Frauen deutlich an**. So verdoppelte sich der Frauenanteil unter den Universitätsabsolventinnen, wesentlich mehr Mädchen besuchen eine höhere Schule und deutlich weniger Frauen verfügen nur mehr über einen Pflichtschulabschluss. Besonders im Lehrbereich ist jedoch nach wie vor eine deutliche Geschlechtersegregation vorhanden. So dominieren Berufsfelder wie Handel, Büro und Gastronomie das Bild der weiblichen Lehrberufe. Während der letzten 30 Jahre **stieg auch die Integration der Frauen in den Arbeitsmarkt** deutlich an. Die Erwerbsquote der Frauen liegt im Jahresdurchschnitt 2000 bei 62%, 1971 betrug sie lediglich 49%.

Die Höherqualifizierung der Frauen und die verstärkte Teilnahme am Erwerbsprozess stehen mit der Entwicklung des Arbeitsmarktes und einer Reihe sozial- und arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen in Zusammenhang, die innerhalb der letzten drei Jahrzehnte gesetzt wurden. So führte während der letzten Jahrzehnte der Bedarf an Arbeitskräften im privaten und öffentlichen Dienstleistungsbereich zu einer Ausweitung der Frauenbeschäftigung, die Familienrechtsreform ermöglichte verheirateten Frauen die Aufnahme einer Beschäftigung ohne Zustimmung des Ehegatten, das Gleichbehandlungsgesetz schrieb die Gleichbehandlung von Frauen und Männern bei der Festsetzung des Entgelts, der Beförderung sowie der Bewerbung vor und die sogenannte Bildungsexpansion wirkte zugunsten höherer Schulabschlüsse von Frauen. Auch die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung beeinflusste die Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt.

Dennoch besteht weiterhin eine **horizontale Segregation**, Frauen sind weiterhin auf bestimmte Bereiche und Branchen des Arbeitsmarktes konzentriert. Auch die **vertikale Segregation**, die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Einkommen und der Besetzung von Positionen innerhalb der betrieblichen Hierarchie, besteht fort. So fand die höhere schulische Qualifikation in Verbindung mit der gestiegenen Erwerbsbeteiligung von Frauen weder im beruflichen Aufstieg noch bei den Ein-

kommen ihre Entsprechung. Dem quantitativen Anstieg von Frauenerwerbsarbeit stehen weiterhin Benachteiligungen und Ungleichbehandlungen gegenüber.

Nach wie vor **konzentriert sich die Erwerbstätigkeit von Frauen trotz höherer Qualifikation der Frauen auf Tätigkeiten mit geringeren oder mittleren Qualifikationsanforderungen** in Dienstleistungsbranchen wie Handel, Gesundheits- oder Gaststättenwesen. Dies kann zum einen auf die weiterhin bestehenden geschlechtsspezifischen Muster während der Ausbildung zurückgeführt werden, die einschlägige Berufswege in diesen Branchen nahe legen. Zum anderen führte die Expansion des Dienstleistungssektors zur Zunahme der Beschäftigungsmöglichkeiten in den genannten traditionell weiblichen Berufsfeldern, wobei ein Großteil der neu geschaffenen Arbeitsplätze durch Teilzeitarbeit (einschließlich geringfügiger Beschäftigung) bestimmt ist. Prognosen gehen davon aus, dass sich der Strukturwandel in diese Richtung weiter fortsetzt. Teilzeitarbeit betrifft in allererster Linie Frauen. Im Jahr 2001 erreichte die weibliche Teilzeitquote mit 34% einen Spitzenwert, die männliche Teilzeitbeschäftigung liegt demgegenüber bei 4%.

Da Frauen noch immer für einen Großteil der häuslichen Versorgungsarbeit zuständig sind, wird von ihnen **Teilzeitbeschäftigung** in bestimmten Lebenssituationen als die adäquate Beschäftigungsform angesehen bzw. bietet Teilzeitbeschäftigung die einzig mögliche Erwerbsform an. Problematisch ist v.a., dass Teilzeitbeschäftigungen überwiegend **in Tätigkeitsbereichen angeboten** werden, **die geringe Qualifikationen erfordern**. Im Jahr 2000 war die Hälfte der teilzeitarbeitenden Frauen als Hilfskraft beschäftigt. Die genannten Branchen mit hoher weiblicher Teilzeitbeschäftigung liegen in der Einkommenshierarchie unter dem Durchschnitt. Die geringeren Erwerbseinkommen bestimmen in der Folge auch die Pensionsbezüge, die generell deutlich unter jenen der Männer liegen. Ein weiteres Merkmal weiblicher Teilzeitbeschäftigung in den frauendominierten Branchen des Dienstleistungssektors stellt die mangelnde Berufsperspektive dar. Verkäuferinnen, Bürohilfskräfte oder Helferinnen im Gesundheitswesen haben kaum berufliche Aufstiegschancen.

Die vertikale Segregation des Arbeitsmarktes ist für einen Großteil der Arbeitnehmerinnen feststellbar. So beträgt der **Anteil der Frauen in der Berufsgruppe der Hilfskräfte 62% und lediglich 28% der Führungskräfte** sind Frauen.

**Die deutlichen Einkommensunterschiede** entstehen nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Stellung in der betrieblichen Hierarchie, sie sind auch zwischen den Geschlechtern **bei gleicher Ausbildung und annähernd gleicher Wochenarbeitszeit** feststellbar. Insgesamt betragen die Einkommensnachteile bei Vollerwerbstätigkeit der Frauen 18 Prozentpunkte. Die erworbenen Qualifika-



tionen können von Frauen in geringerem Ausmaß als bei Männern für den beruflichen Aufstieg genützt werden.

Maßgeblich beeinflusst wird die geschlechtsspezifische Schlechterstellung von Frauen jedoch auch von der Form der **gesamtgesellschaftlichen Arbeitsteilung**, die Frauen im starken Ausmaß die Versorgungsarbeit zuweist. Eine große Zahl der Mütter ist für die Kinderbetreuung entweder ganz oder überwiegend zuständig. Auch die Betreuung älterer Menschen im Haushalt erfolgt zum großen Teil durch Frauen. Die weibliche Gesamtarbeitszeit, also Erwerbs- und Versorgungsarbeit ist höher als jene der Männer. Die Übernahme der Versorgungsarbeit durch Frauen begünstigt weiters die Nachfrage von Frauen nach Teilzeitarbeitsplätzen.

Die strukturellen Benachteiligungen, die Frauen durch die asymmetrische Integration in den Arbeitsmarkt sowie durch die gesamtgesellschaftliche Arbeitsteilung erwachsen, wirken auch auf die Pensionseinkommen und beeinflussen darüber in der Folge das höhere Armutsgefährdungsrisiko von Frauen. Geringere Erwerbseinkommen sowie Lücken im Versicherungsverlauf durch Versorgungsarbeit und Kinderbetreuung bewirken, dass die **Pensionsbezüge der Frauen** im Mittel **deutlich unter jenen der Männer** liegen. So betrug das mittlere Nettomonatseinkommen von Pensionistinnen 1999 8.900,- öS, das von Pensionisten 14.500,- öS. **Frauen** haben ein um die Hälfte **höheres Armutsgefährdungsrisiko** als Männer (Frauen 13%, Männer 9%).



## 4. Männer

Der Fortschritt des gesellschaftlichen und sozialen Wandels seit Beginn der Sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts hat auch eine umfassende Neugestaltung der Beziehungen zwischen den Geschlechtern bewirkt. Die Frauen- und Emanzipationsbewegung kann mit Recht von sich sagen, dass sie mit der Neudefinition des weiblichen Selbstverständnisses zugleich auch berechtigt **die Weiterentwicklung männlichen Rollenverhaltens** und die Suche nach neuer männlicher Identität gefordert und hiemit auch Anstoß zur Entwicklung einer eigenen Männerbewegung gegeben hat. Die fragwürdig gewordenen männlichen Identitäts- und Rollenbilder verlangen nach Auseinandersetzung und positiver Neubestimmung, die „Emanzipation“ der Männer.

Emanzipation – auch jene der Frauen – kann nur dann gelingen, wenn beide Geschlechter sich emanzipieren, beide sich mit fragwürdig gewordenen Identitäts- und Rollenbildern auseinandersetzen und zu neuem Rollenverhalten und neuer positiver Identität finden. Aufgabe der Männer ist es daher, sich dem gesamtgesellschaftlichen Wandel der Rollenverteilung nicht zu verschließen, sondern aktiv an dieser Entwicklung mitzuarbeiten.

Derzeit besteht jedoch ein **Spannungsverhältnis zwischen den neuen Anforderungen** an die Männer **und dem Mangel an Neubestimmung der männlichen Rolle** und Identität.

Die im März 2001 gegründete **Männerpolitische Grundsatzabteilung soll dazu beitragen, dieses Spannungsverhältnis aufzulösen** und hat die Aufgabe, die neuen gesellschaftlichen Anforderungen, das neue Rollenverhalten und Identitätsprofil sowie die tatsächlichen sozialen und ökonomischen Bedingungen der Männer in Kontakt mit der Wissenschaft zu erforschen. Hierbei gibt es, gerade beim Mann als Vater und Partner sowie beim männlichen Kind und Jugendlichen, viele Anknüpfungspunkte mit der Frauen-, Jugend- und Familienpolitik. Der Abteilung obliegt auch die Begutachtung von Gesetzes- und Verordnungsentwürfen, sowie die Zusammenarbeit mit Männerberatungsbüros und männerrelevanten Vereinen, um die Koordination dieser Institutionen zu erreichen.

### Enqueten und Tagungen

Zur ersten Bestandsaufnahme aktueller männlicher Probleme wurde im Oktober 2001 die Enquete **„Der gebrauchte Mann? – Männliche Identität im Wandel“** (Referenten: Univ. Prof. Dr. Theodor Tomandl, Frau Christine Bauer-Jelinek, RA Dr. Günther Tews, Univ. Prof. Dr. Dr. Paul M. Zulehner, Mag. Martin Christandl, Dr. Allan Guggenbühl, Dr. Karin Jaeckel) durchgeführt. Im Februar 2002 fand als Einstieg zum Thema Männer-

gesundheit die **„Arbeitstagung Männergesundheit“** (Moderator: ao. Univ. Prof. Dr. med. Reinhard Krepler, Ärztlicher Direktor – AKH Wien) statt, die die Strukturierung und die Aufgaben künftiger Männergesundheits-Kompetenzzentren an den Universitätskliniken sowie die zur Gründung dieser Zentren erforderlichen politischen Maßnahmen zum Inhalt hatte.

Das Seminar **„Vaterschaft heute: Chancen und Risiken im Familienentwicklungsprozess – Anregungen für Familienpolitik und Interventionen“** (Referent: Prof. Dr. Dr. Dr. Wassilios E. Fthenakis, Bayrisches Staatsinstitut für Frühpädagogik) wurde auf Einladung vom Herrn Bundesminister gemeinsam mit der BMSG-internen Steuerungsgruppe „Audit Intern“ im Mai 2002 abgehalten. Ziel dieser Tagung war es, Männer zu motivieren, sich ihrer Aufgabe als Väter bewusster zu werden und die Väterkarenz vermehrt in Anspruch zu nehmen.

### Publikationen

Die wissenschaftliche Erforschung der Grundlagen von Einheit und Divergenz der Geschlechter im Sinne einer Geschlechtertheorie ist die Voraussetzung, dem Ziel der Geschlechterpartnerschaft Schritt für Schritt näher zu kommen und damit dem Dilemma des Geschlechterkampfes zu entgehen.

Daher wurde mit der Erstellung einer wissenschaftlichen Publikation zum Thema „Geschlechtertheorie“ begonnen, in der – auch kontroverielle – Beiträge von Wissenschaftlern, vornehmlich aus dem grund- und integrativwissenschaftlichen Bereich, zu den Prämissen der Geschlechterdebatte gesammelt und Ende des Jahres 2002 der Öffentlichkeit präsentiert werden.

### Wissenschaftliche Studien

Mit folgenden vornehmlich empirischen Studien soll die Lage des **„Mannes in Österreich“** wissenschaftlich erforscht werden:

#### „Männliche Identität im Wandel?“

Inwieweit sich die Rolle der Männer (analog zu Frauenrollen) tatsächlich verändert und weiter entwickelt hat und weiterhin in Veränderung begriffen ist, blieb von der Wissenschaft weitgehend unerforscht, die bisherigen Studien über Männer sind lediglich Querschnittstudien. Mit der Studie „Männliche Identität im Wandel?“ soll diese Forschungslücke geschlossen und insbesondere festgestellt werden, ob **auch Konstanten in den Geschlechterbeziehungen feststellbar sind**. Dieses als Längsschnittstudie angelegte Projekt wird Ende 2002 fertiggestellt.

#### „Neue Risikogruppe männliche Scheidungsoffer – finanzielle und volkswirtschaftliche Implikationen“



Diese empirische Studie erhebt die Männern aus Unterhaltspflichten nach Scheidung oder Trennung erwachsenen finanziellen Kosten und die daraus resultierenden persönlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen. Weiters werden die familien- und eherechtlichen Bestimmungen sowie das Exekutions- und Steuerrecht (ausgewählter) EU-Staaten verglichen.

#### „Erster österreichischer Männergesundheitsbericht mit besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsvorsorge“

Wie statistische Erhebungen zeigen, hat sich zwar der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten verbessert und die Lebenserwartung erhöht. Dennoch ist die Lebenserwartung der österreichischen Männer im Jahr 2000 immer noch deutlich geringer als jene der Frauen. Die Wissenschaft begründet dies damit, dass **Männer nur dann auf Krankheitssymptome reagieren, wenn diese mit ihrem männlichen Selbstbild vereinbar** sind, weshalb Männer Symptome physischer und psychischer Krankheiten nicht so deutlich wahrnehmen wie Frauen und nicht so rasch gewillt sind, einen Arzt aufzusuchen.

Da auch der Wiener Männergesundheitsbericht des Jahres 1999 feststellt, dass bei der männlichen Gesundheit und Lebenserwartung durch Prävention sehr viel erreicht werden könnte, soll diese Studie erstmals umfassend erheben, inwiefern Leben und Gesundheit der österreichischen Männer durch Krankheiten, Risikofaktoren und Belastungssituationen gefährdet sind und zugleich die Ursachen und Motive dieses männlichen Gesundheitsverhaltens und deren Auswirkungen erforscht werden. Die bestehenden und wünschenswerte weitere präventive Maßnahmen für Männer sollen erhoben werden.

#### „Männerarbeit in Österreich“

In den letzten Jahren ist infolge der zunehmenden gesellschaftlichen Sensibilisierung eine Reihe von Beratungseinrichtungen für Männer entstanden und einige bereits länger bestehende kleinere Einrichtungen konnten sich besser etablieren. Die **Nachfrage nach spezieller Unterstützung für Männer** ist gestiegen. Neben Männerberatungsstellen sowie geförderten Familienberatungsstellen mit dem Schwerpunkt Männer existieren in Österreich weitere sehr unterschiedliche Initiativen mit unterschiedlichen Zielsetzungen.

**Ziel** der in Arbeit befindlichen Forschungsarbeit **ist es**, all jene formal **organisierten Einrichtungen**, Organisationen, Vereine und sonstigen Initiativen, **die Männer** bei deren Problemen **unterstützen, beraten und informieren**, zu eruieren und deren Tätigkeit im Rahmen einer Ist-Zustands-Analyse **zu erfassen** und darzustellen. Weiters soll ein Vergleich zu Deutschland und der Schweiz erstellt und eine **Soll-Zustandsanalyse** durchgeführt werden,

die konkrete Handlungsvorschläge an die politisch Verantwortlichen enthält.

#### „Risikofaktoren, die Suizide von Männern begünstigen“

Österreich weist nach den amtlichen Statistiken hinter Finnland und Ungarn die höchste Selbstmordrate Europas auf. Im Jahr 1999 begingen 1555 Personen Selbstmord, der **Anteil der Männer** war knapp **dreimal so hoch** (1126 Personen) wie jener der Frauen (429 Personen). Pro 100.000 Einwohner begingen somit durchschnittlich knapp 29 Männer Selbstmord. Auffällig ist, dass Frauen zwar dreimal so viele Suizidversuche wie Männer unternehmen, sich jedoch tatsächlich fast viermal so viele Männer wie Frauen selbst töten. Weiters zeigt die Statistik, dass Männer aller Altersgruppen gefährdet sind.

Da in den bisher durchgeführten Forschungsprojekten nur einige spezifische Altersgruppen untersucht wurden, werden mit dieser Studie alle Risikofaktoren aller Lebensphasen der österreichischen männlichen Bevölkerung analysiert.

#### Auswirkungen von bzw. Entwicklungsstörungen bei Vaterentbehnung

Die Zahl der Kinder, die durch Trennung oder Scheidung der Eltern von einem Elternteil – meist dem Vater – getrennt aufwachsen, hat sich durch die Zunahme der Ehescheidungen während des letzten Jahrzehnts kontinuierlich erhöht. Zugleich steigt die Zahl jener Kinder, die in sogenannten Alleinerzieherfamilien aufwachsen. **Drei Jahre nach Beendigung der Ehe sehen 75 Prozent der Kinder ihren Vater nicht einmal mehr regelmäßig und 40 Prozent überhaupt nicht** mehr.

Da nach den Grundprinzipien der Psychologie der Vater für die Entwicklung der Psyche des Kindes zum Erwachsenen lebenslange Bedeutung besitzt, bewirkt die Vaterentbehnung des Kindes auch langfristige psychische Folgen für den späteren Erwachsenen.

Ziel dieser Studie ist die umfassende Analyse bereits vorhandener internationaler Literatur zu diesem Thema, damit künftige Forschungsprojekte über Entwicklungsstörungen und/oder Folgen bei Vaterentbehnung zielgerichtet ausgeschrieben und vergeben werden können.

#### **Information und Rechtsberatung**

An die Männerpolitische Grundsatzabteilung werden viele Ersuchen um Rechtsauskünfte gerichtet. Insbesondere zu den Problembereichen Unterhalt und Besuchsrechtsverletzung werden Ersuchen um Hilfestellung bearbeitet.







## 5. Familien\*)

5.1.	Vereinbarkeit von Familie und Beruf .....	176
5.2.	Regionale Familienpolitik .....	178
5.3.	Gewalt in der Familie .....	178
5.4.	Ehe- und Scheidungsrecht .....	179
5.5.	Medizinisch assistierte Fortpflanzung .....	181

\*) siehe auch den Abschnitt III/6 „Familienleistungen“ auf Seite 99ff.



## 5. Familien/familienpolitische Aktivitäten

### 5.1. Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die Vereinbarkeit von Betreuungsaufgaben und Erwerbstätigkeit ist heute eine der wichtigsten gesellschafts- und familienpolitischen Herausforderungen: Wer seine Kinder betreut oder ältere Familienmitglieder pflegt, benötigt besondere Rahmenbedingungen, um familiäre Aufgaben und berufliche Pflichten besser vereinbaren zu können. Zu den notwendigen **strukturellen Voraussetzungen** gehören ein ausreichendes Angebot an pädagogisch wertvollen, erreichbaren und erschwinglichen öffentlichen und privaten Kinderbetreuungsplätzen, Angebote zur Aus- und Weiterbildung zur Erleichterung des beruflichen Erst- und Wiedereinstiegs sowie familienfreundliche Bedingungen in der Arbeitswelt.

Das immer noch gewichtige Problem der Vereinbarkeit der Lebensbereiche Familie und Beruf betrifft in der Praxis vor allem die Frauen und Mütter. Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf waren deshalb bisher meist auf die Frauen ausgerichtet, als im Mittelpunkt des Interesses die Flexibilität in Bezug auf Arbeitsverträge, Arbeitszeit und Arbeitsort sowie Kinderbetreuungseinrichtungen standen. All diese Aspekte sind zwar nach wie vor relevant, doch hat sich gezeigt, dass für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei den Frauen auch günstige Rahmenbedingungen für Männer erfordern, ihre familiären und beruflichen Pflichten miteinander in Einklang zu bringen. Eine Voraussetzung zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellt deshalb auch die **partnerschaftliche Aufteilung der Haus- und Familienarbeit** und damit die verstärkte Mitarbeit von Männern und Vätern auch bei der Kinderbetreuung und -erziehung dar. Untersuchungen weisen in diesem Zusammenhang auf das sich im Wandel begriffene Geschlechterverhältnis sowie das sich ändernde Selbstverständnis von Familie und neue Rollenbilder hin: Väter wollen sich aktiver als je zuvor innerhalb der Familie engagieren.

#### Familienkompetenzen

In einer sich rasch verändernden Arbeitswelt spielen die sogenannten „**Schlüsselqualifikationen**“ wie beispielsweise: Kommunikationsfähigkeit, Organisationsfähigkeit, Flexibilität, Belastbarkeit/Stressresistenz, Konfliktlösungsfähigkeit, Teamfähigkeit, u.v.m. eine immer wichtigere Rolle. Unternehmen geben heute mehr Geld denn je dafür aus, die sozialen, kommunikativen oder organisatorischen Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter/innen durch entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen zu verbessern.

Mit dem Projekt „**Familienkompetenzen – Schlüssel für mehr Erfolg im Beruf**“ des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen wird der Blick bewusst auf die Tatsache gelenkt, dass derartige Kompetenzen innerhalb der Familie intensiv und praxisnah in der Phase der Kinderbetreuung trainiert werden. Das Projekt bietet Frauen und Männern mit Kindern die Möglichkeit, sich fit für den Wiedereinstieg ins Berufsleben zu machen.

Die Teilnehmer/innen absolvieren ein mehrstufiges Programm. Dazu gehören eine Potenzialanalyse, die – in der Familienarbeit trainierte – Schlüsselkompetenzen der Teilnehmer/innen nachweist. Das Ergebnis wird durch ein Zertifikat bestätigt. Damit wird einerseits das Selbstbewusstsein der Wiedereinsteiger/innen gestärkt und ein wichtiger Wettbewerbsvorteil bei Bewerbungen bzw. beim Wiedereinstieg ermöglicht.

Das seit September 2000 in Österreich an neun Familienberatungsstellen angebotene Projekt erfreut sich laut Evaluierung großer Beliebtheit. Rund 200 Teilnehmer/innen nutzten bisher diese Wiedereinstiegshilfe und bestätigten, dass ihnen das Wissen um ihre Kompetenzen im Bewerbungsgespräch nützlich war.

#### Familienpolitik in der Wirtschaft

Unbestritten ist heute die Tatsache, dass politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen gefragt sind, um den Wünschen und Bedürfnissen von jungen Eltern und pflegenden Angehörigen Rechnung zu tragen. Die notwendigen familienfreundlichen Maßnahmen von Seiten der Unternehmen lassen sich jedoch nicht durch gesetzliche Auflagen und Einschränkungen zu Lasten ihrer wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit erzwingen. Es geht vielmehr darum, die **Eigeninitiative der Wirtschaft** für familienfreundliche Maßnahmen zu **aktivieren**. Betrieben muss verdeutlicht werden, dass sich familienfreundliche Maßnahmen auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht rechnen. Damit wird ein nachhaltiger Wandel hin zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf erreicht.

Das Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen führt zwei konkrete Projekte zur Entwicklung und Unterstützung einer familienfreundlichen Arbeitswelt durch:

#### Audit FAMILIE & BERUF

Mit dem „Audit FAMILIE & BERUF“ wird der Wirtschaft ein qualifiziertes Instrument angeboten, mit dessen Hilfe Unternehmen aller Branchen und Betriebsgrößen in einem internen Prozess, in dem Ziele und Maßnahmen einer familienorientierten Personalpolitik definiert und umgesetzt werden können. Dabei werden Defizite im Un-



ternehmen aufgezeigt und Entwicklungs- und Veränderungsstrategien bestimmt.

Nach Durchführung des unternehmensinternen Auditierungsprozesses erfolgt eine Überprüfung von einem ausgebildeten Audit-Gutachter; nach positiver Begutachtung kann das Unternehmen das Grundzertifikat erhalten, das für drei Jahre gilt. Danach wird das Unternehmen neuerlich geprüft.

Die **Familienfreundlichkeit eines Unternehmens** wird auf Basis eines Kriterienkatalogs **bewertet**. Dieser Katalog bezieht sich auf die neun zentralen Handlungsfelder einer familienfreundlichen Unternehmenspolitik: Arbeitszeit, Arbeitsabläufe und Arbeitsinhalte, Arbeitsort, Information- und Kommunikation, Führungskompetenz, Personalentwicklung, Entgelt und geldwerte Leistungen, flankierender Service für Familien und Betriebsspezifika.

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bietet das „Audit FAMILIE & BERUF“ seit April 1999 allen Unternehmen Österreichs an. Mittlerweile haben rund **40 Unternehmen das Audit durchgeführt** und wurden mit dem Grundzertifikat **ausgezeichnet**. Zwei der zehn Pilotunternehmen konnte nach drei Jahren bereits das Zertifikat „Audit FAMILIE & BERUF“ verliehen werden. Für das Jahr 2002 wurde aufgrund verstärkter Werbung ein Zuwachs von 30 bis 50 auditierten Unternehmen erwartet. Die Evaluierung des Audits zeigte, dass es in den Unternehmen zur Thematisierung von Familienfreundlichkeit und zu erhöhter Motivation der Mitarbeiter/innen kam.

### Internes Audit Familie & Beruf

Anhand der Erfahrungen mit dem Unternehmens-Audit wurde auch im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen selbst ein „Internes Audit Familie & Beruf“ eingerichtet. Dabei wird das Schwergewicht auf die **Gestaltung von Stellenausschreibungen** (Teilzeitarbeit in Führungspositionen, Berücksichtigung von Familienkompetenzen), die Forcierung von **Weiterbildung für karentzierte Mitarbeiter/innen** (Unfallversicherung), die Möglichkeiten der **Telearbeit** und die Bewusstseinsbildung für eine verstärkte Inanspruchnahme der Väterkarenz gelegt. Außerdem wurde eine **Bedarfserhebung über Serviceangebote** (Betreuung, andere Dienste) für die Bediensteten durchgeführt. Nach der Beratungsphase bekam **auch das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen das Grundzertifikat verliehen**.

### Bundeswettbewerb „Frauen und familienfreundlichster Betrieb“

Schon seit Mitte der 90er Jahre **führen mehrere österreichische Bundesländer Wettbewerbe** zur Auszeich-

nung der frauen- und familienfreundlichsten Betriebe des jeweiligen Landes **durch**. Seit 1999 wird vom Familienministerium jährlich ein bundesweiter Wettbewerb ausgeschrieben. Dabei werden aus den Gewinnern der Landeswettbewerbe die Bundessieger von einer Expertenjury ausgewählt und ausgezeichnet.

Die Kriterien des Bundeswettbewerbs „Frauen- und familienfreundlichster Betrieb“ beziehen sich auf **die zentralen Handlungsfelder** der Unternehmenspolitik, in denen Frauen und Mitarbeiter/innen mit Kindern durch spezielle Angebote und Leistungen gezielt **unterstützt werden können**. Je mehr dieser Bereiche von einem Unternehmen abgedeckt werden und je intensiver die Unterstützung ist, desto frauen- und familienfreundlicher ist der Betrieb einzuschätzen.

Die Bewertung erfolgt in den Kategorien: privatwirtschaftliche Unternehmen (wobei zwischen Klein-, Mittel- und Großbetrieben unterschieden wird), Non Profit-Unternehmen, öffentlich-rechtliche Unternehmen.

Die Teilnehmer am Bundeswettbewerb „Frauen- und familienfreundlichster Betrieb“ werden auf Basis von 11 Kriterien beurteilt, denen verschiedene Prioritätsstufen zukommen. Diese Kriterien sind:

Anteil von Frauen in Führungspositionen, Frauen-Weiterbildungsquote im Unternehmen, Flexibilität der Arbeitszeit, Anteil der Teilzeitjobs, Flexibilität des Arbeitsortes, Quote der Wiedereinsteiger/innen im Unternehmen, Vorbereitung des Wiedereinstiegs durch das Unternehmen, Maßnahmen des Unternehmens im Bereich Kinderbetreuung, Materielle Zusatzleistungen des Unternehmens für Familien, Unternehmensinterne Anlaufstelle für Frauen- u. Familienfragen, Frauen und Familien in Unternehmensphilosophie & Personalpolitik.

### EU-Projekt

Für das Haushaltsjahr 2002 hat der Programmausschuss beschlossen, Aktionen durchzuführen und zu finanzieren, die dem Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ gewidmet sind.

Zweck der Aufforderung zur Einreichung von Vorschlägen ist die Finanzierung grenzüberschreitender Maßnahmen, mit dem Ziel, für **größere Synergien zwischen den nationalen Gleichstellungspolitiken** zu sorgen und einen zusätzlichen Nutzen auf Gemeinschaftsebene zu erreichen.

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen ist dieser Aufforderung seitens der Generaldirektion für Beschäftigung und Soziales nachgekommen und hat gemeinsam mit den Partnerländern Deutschland, Italien, Frankreich und Ungarn als stiller



Partner einen Projektvorschlag zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf anhand des Modellprojekts einer nationalen Koordinierungsstelle eingereicht.

## 5.2. Regionale Familienpolitik

Familienpolitik gewinnt auf regionaler Ebene immer mehr Bedeutung, und hier geht es vor allem darum, ein Klima für kinder- und familienfreundlichkeit herzustellen.

Eine zukunftsfähige Familienpolitik muss auch die Lebensräume der Familien und ihre Gestaltung miteinbeziehen. Neben bestmöglichen Rahmenbedingungen **sollte** deshalb auch **die einzelne Familie in ihrer unmittelbaren Lebensumgebung im Blickfeld stehen**. Denn die Lage der Familie hängt ganz wesentlich davon ab, inwieweit ihre Bedürfnisse auf der örtlichen und regionalen Ebene berücksichtigt werden. Aus diesem Grund gewinnt Familienpolitik auf lokaler Ebene immer mehr an Bedeutung. Gerade Gemeinden können mit ihrer Verantwortung für Städtebau, Umwelt, Verkehr, soziale Infrastruktur, Flächennutzung usw. viel dazu beitragen, dass Alltagsorganisation und Freiraumgestaltung im Interesse der Familien mit Kindern und ihren älteren Angehörigen sind. Die Zukunftsfähigkeit der Gemeinde hängt auch davon ab, ob Familien mit Kindern an einem Ort gerne leben und ob es ihnen gelingt, Familienaufgaben und den konkreten Alltag zu bewältigen. Örtliche Familienpolitik kann daher einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass das Humanvermögen durch adäquate Rahmenbedingungen für Familien gebildet wird, was wiederum ein wichtiger Faktor für die nachhaltige Entwicklung einer Region und die Qualität eines Wirtschaftsstandortes ist. Familien- und Kinderfreundlichkeit ist somit ein entscheidendes Thema für die Politik auf allen Ebenen, der Bundes-, der Länder- und Gemeindeebene.

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen entwickelt daher ein Audit für eine familien- und kinderfreundliche Gemeinde, um die Vielfalt der Maßnahmen kommunaler Familienpolitik in einen bundesweitem Überblick zu strukturieren und die Weiterentwicklung dieser zu motivieren.

### Audit familien- und kinderfreundliche Gemeinde

Das Audit soll der Gemeinde ermöglichen, objektiv ihre Familien- und Kinderfreundlichkeit zu beurteilen und – je nach Bedarf – gezielt weiterzuentwickeln. Es ist also ein Instrument, mit dem die Gemeinden selbst ihre Familien- und Kinderfreundlichkeit messen können und Anregungen für Familienorientierung gewinnen können. Dabei wird zuerst einmal eine umfassende und objektive Bestandsaufnahme in der eigenen Gemeinde gemacht und alle Rahmenbedingungen auf Familien- und Kinderfreundlichkeit untersucht. Dabei sind allfällige Defizite herauszufinden und daraus Konsequenzen abzuleiten.

Bei erfolgreicher Durchführung des Audits erhält die Gemeinde das Zertifikat „Familien- und kinderfreundliche Gemeinde“, **ein österreichweit anerkanntes Gütesiegel für kommunale Familienpolitik**.

Damit das Audit auch praktisch und für alle österreichischen Gemeinden einsetzbar ist, erfolgt die Entwicklung dieses Audits unter Mitwirkung von **9 Modellgemeinden** verschiedener Größe, aus verschiedenen Bundesländern. In einer umfangreichen Handlungsmatrix werden die unterschiedlichen Bedürfnisse in den unterschiedlichsten Lebensphasen einer Familie berücksichtigt.

Ab Februar 2003 soll das Audit für eine „familien- und kinderfreundliche Gemeinde“ allen österreichischen Gemeinden zur Verfügung stehen.

## 5.3. Gewalt in der Familie

Gewalt in der Familie ist seit vielen Jahren ein zentraler Arbeitsschwerpunkt des Ressorts – sowohl im Bereich der Weiterentwicklung und Förderung von Interventions- als auch von Präventionsmaßnahmen.

Um die österreichischen und internationalen Entwicklungen im Fachbereich zu dokumentieren, Erfolge in der Arbeit gegen Gewalt darzustellen und weiteren Handlungsbedarf aufzuzeigen, wurde ein umfassender Bericht beauftragt, der im Herbst 2000 unter dem Titel „**Gewalt in der Familie**“ veröffentlicht wurde. Der Bericht ist im Internet unter [www.bmsg.gv.at/bmsg/relaunch/familie](http://www.bmsg.gv.at/bmsg/relaunch/familie) abrufbar und behandelt zum einen die vieldiskutierten Themenschwerpunkte Gewalt gegen Kinder und Gewalt gegen Frauen. Darüber hinaus wurden Bereiche aufgegriffen, über die bislang wenig Auseinandersetzung stattgefunden hat – wie etwa Gewalt gegen ältere Menschen, gegen Behinderte, Gewalt unter Geschwistern und Gewalt gegen Männer.

Gewaltbereichsübergreifende praktische Aktivitäten finden in der vom Sozialressort unterstützten **Plattform gegen die Gewalt in der Familie** statt. Diese Plattform ist das einzige österreichweite Netzwerk, in dem 26 Hilfseinrichtungen aus den Bereichen „Gewalt gegen Kinder“, „Gewalt gegen Frauen“, „Gewalt an/unter Jugendlichen“, „Gewalt gegen ältere Menschen“ und „Geschlechtsspezifische Burschen- und Männerarbeit“ zusammenarbeiten. Neben den gemeinsamen gewaltbereichsübergreifenden Projekten führen die in der Plattform vernetzten Vereine regionale Präventionsprojekte durch.

Eine weitere wichtige Maßnahme gegen Gewalt ist die im aktuellen Regierungsprogramm beschlossene Einrichtung von **Prozessbegleitung für Kinder und Jugendliche**, die Opfer von (sexueller) Gewalt geworden



sind. Auf der Grundlage der in einem Modellprojekt entwickelten Standards wurde im Jahr 2000 begonnen, psychosoziale und juristische Prozessbegleitung für Gewaltopfer in ganz Österreich aufzubauen. Da in diesem sensiblen Bereich die Qualitätssicherung und die Kooperation zwischen den involvierten Berufsgruppen besonders wichtig sind, finanziert das Sozialressort seit 2001 Fortbildungen für Prozessbegleiter/innen, interdisziplinäre Seminare und den Aufbau regionaler Kooperationsforen.

Obwohl sich das **Züchtigungsverbot** (JWG, ABGB) auch gegen die Ausübung von psychischer Gewalt richtet, gab es bislang wenig Auseinandersetzung mit dieser Gewaltform. Um den Stellenwert des Themas zu unterstreichen und für die Problematik zu sensibilisieren, hat das Ressort **Enqueten** veranstaltet und die Ergebnisse in einem Tagungsbericht veröffentlicht.

Seit den Novellen des JWG und des Ärztegesetzes können bei einem Verdacht auf Gewalt in der Familie rascher als früher adäquate Kinderschutzmaßnahmen ergriffen werden. Zur Umsetzung der Gesetzesnovellen wurden u.a. **Kinderschutzgruppen mit multidisziplinären Teams an Krankenanstalten** organisiert. Durch die Aktivitäten des Ressorts wurde die Anzahl dieser Einrichtungen in knapp zwei Jahren von fünf auf 22 erhöht. Der entwickelte „Leitfaden für Kinderschutzgruppen“ dient dem weiteren Ausbau der Gruppen.

Nachdem sich das Internet als neues Kommunikationsmedium durchgesetzt hat, ist dem Ressort der **Jugend-schutz im Internet** ein wichtiges Anliegen. Mit der Veranstaltung der Enquete „Jugendschutz im Internet – eine Herausforderung?“ im April 2001 und mit der Unterstützung eines Projekts im Rahmen des EU-Programms „Safer use of the Internet“ wurden Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung in diesem Bereich gesetzt.

Unter der Prämisse, dass der Opferschutz bei sämtlichen Aktivitäten gegen Gewalt Priorität haben muss, wurde 1997 mit Projekten zur Arbeit mit Gewalttätern begonnen. Im Jahr 2001 wurde das „**Modellprojekt zur Arbeit mit sexuell missbrauchenden Männern**“ der Informationsstelle für Männer in Wien abgeschlossen. In der wissenschaftlichen Evaluation durch das Institut für Psychologie der Universität Wien wurden u.a. Grundlagen für die Diagnostik von Sexualtätern erarbeitet. Der Forschungsbericht „Opferschutz durch Rückfallsprävention. Das Wiener sozialtherapeutische Programm für Sexualtäter“ wurde im September 2002 herausgegeben.

Vertreter/innen des Ressorts arbeiten in diversen Fachgremien – so z.B. im **Gewaltpräventionsbeirat** des Bundesministeriums für Inneres – mit, um Vorschläge für den Umgang mit Gewalt in der Familie zu erarbeiten und weiterzuentwickeln. Diese Arbeit wird, ebenso wie die Mitwirkung an entsprechenden Gesetzesvorlagen bzw. Novellierungen weitergeführt.

## 5.4. Ehe- und Scheidungsrecht

Mit dem im Jahr 2000 in Kraft getretenen Eherechts-Änderungsgesetz 1999 wurde das Scheidungs- und das Scheidungsfolgenrecht den geänderten gesellschaftlichen Entwicklungen angepasst. Zu den zentralen gesellschaftspolitischen Hintergründen für diese Reform zählten die Forderung nach der vollständigen Ersetzung des Verschuldensprinzips durch das **Zerrüttungsprinzip** sowie nach der ausdrücklichen Verankerung der **Mitwirkungspflicht beider Ehegatten an der Hausarbeit** und nach einer scheidungsrechtlichen Sanktion eines Verstoßes gegen diese Verpflichtung. Mit der ausdrücklichen Einführung der **Mediation** in Scheidungs- und Trennungsfällen hat das Eherechts-Änderungsgesetz darüber hinaus den wissenschaftlich fundierten Erfahrungen aus dem im Jahr 1994 gemeinsam durchgeführten Projekt des Justiz- und Familienministeriums zur Erprobung dieser Konfliktregelungsmethode im Familienrecht Rechnung getragen.

Aufbauend auf dem gesetzlichen Eheleitbild (§ 89 ABGB), demzufolge die persönlichen Rechte und Pflichten der Ehegatten im Verhältnis zueinander grundsätzlich gleich sind, wird nun das gesellschaftlich weitgehend akzeptierte Leitbild der partnerschaftlichen Gestaltung der ehelichen Lebensgemeinschaft durch eine stärkere Verankerung der **Pflicht zur gleichen Verteilung der Aufgaben in der Ehe** verdeutlicht. Die Ehegatten sollen ihre eheliche Lebensgemeinschaft, besonders die Haushaltsführung, die Erwerbstätigkeit, die Leistung des Beistandes und die Obsorge, unter Rücksicht aufeinander und auf das Wohl der Kinder – mit dem Ziel der vollen Ausgewogenheit ihrer Beiträge – einvernehmlich gestalten (§ 91 Abs.1 ABGB). Ausgehend von dem in dieser Zielformulierung ausgedrückten „Gleichbeteiligungsgrundsatz“ wurde nunmehr eine **Mithilfepflicht** des einen Ehegatten **an der Haushaltsführung** durch den nicht erwerbstätigen und daher primär verpflichteten Ehegatten eingeführt (§ 95 ABGB).

Verlangte das Gesetz vor der Reform generell eine einvernehmliche Gestaltung der ehelichen Lebensgemeinschaft (§ 91 ABGB), so kann nunmehr ein Ehegatte vom **Einvernehmensgrundsatz** abgehen, wenn seine persönlichen Gründe, besonders dessen Wunsch nach Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, als gewichtiger anzusehen sind als ein gegenteiliges, unter Umständen auch wichtiges Anliegen des anderen Ehegatten oder der Kinder. Klargestellt ist allerdings, dass sich die Ehegatten in einem solchen Fall um ein Einvernehmen über die Neugestaltung der ehelichen Lebensgemeinschaft zu bemühen haben (§ 91 Abs.2 ABGB). War vor der Reform ein – ökonomisch abhängiger, unterhaltsberechtigter – Ehegatte während aufrechter Ehe „nur“ berechtigt, dass ihm ein Unterhalt in natura gewährt wird (anteilige



Lebenshaltungskosten z.B. für Wohnen etc. sowie Taschengeld), so kann nun auch bei aufrechter Haushaltsgemeinschaft Unterhalt ganz oder teilweise in Geld verlangt werden, sofern ein solches Verlangen insbesondere im Hinblick auf die eigene finanzielle Lage des Unterhaltsfordernden nicht unbillig wäre (§ 94 Abs. 3 ABGB).

Das Eherechts-Änderungsgesetz hält am Nebeneinander von Verschuldens- und Zerrüttungsgrundsatz des vormaligen Scheidungsrechts fest, indem die früheren „absoluten“ Scheidungsgründe – „Ehebruch“ und „Verweigerung der Fortpflanzung“ (§§ 47 und 48 EheG) – als eigenständige Bestimmungen beseitigt und statt dessen in den allgemeinen Scheidungstatbestand „**schwere Eheverfehlungen**“ (§ 49 EheG) integriert wurden. Mit der demonstrativen Hervorhebung des besonders ehezerstörend wirkenden Ehebruchs sollte die gesellschaftspolitisch unverzichtbare Bedeutung des Ehebruchs als zentraler Scheidungsgrund aufrechterhalten werden, darüber hinaus sollte mit der ausdrücklichen Qualifizierung der Zufügung körperlicher Gewalt oder schweren seelischen Leides als schwere Eheverfehlungen dem besonderen gesellschaftlichen **Unwert von Gewalt in der Ehe** – die schon nach ständiger Judikatur als schwere Eheverfehlung galt – demonstrativ Ausdruck verliehen werden. Mit der Einordnung aller schweren Eheverfehlungen unter das Zerrüttungsprinzip soll jeder schuldhafte Verstoß gegen die persönlichen ehelichen Pflichten („schwere Eheverfehlungen“) als Scheidungsgrund nur dann in Betracht kommen, wenn dadurch die Ehe so tief zerrüttet ist, dass die Wiederherstellung einer der Ehe entsprechenden Lebensgemeinschaft nicht erwartet werden kann.

Mit dem Eherechts-Änderungsgesetz wurde eine neue Kategorie eines nahehelichen, **verschuldensunabhängigen Unterhaltsanspruches** (§ 68a EheG) eingeführt: Ergänzend zu der Regelung, wonach lediglich der an der Scheidung allein oder überwiegend schuldige Ehegatte dem anderen Unterhalt zu leisten hat, hat nun ein Ehegatte – unabhängig von der Verschuldensfrage – dem anderen Ehegatten unter bestimmten Bedingungen **Unterhalt nach dessen Lebensbedarf** zu gewähren: Zum einen soweit und solange, als es einem geschiedenen Ehegatten aufgrund der Pflege und Erziehung eines gemeinsamen Kindes nicht zugemutet werden kann, sich seinen Unterhalt selbst zu beschaffen. Solange das Kind das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird die Unzumutbarkeit der wirtschaftlichen Selbsterhaltung des kinderziehenden Elternteils gesetzlich angenommen. Bei einer gerichtlichen Festsetzung des Unterhaltsanspruches ist die Dauer der Unterhaltsverpflichtung grundsätzlich bis zum fünften Lebensjahr des Kindes zu befristen; verlängerbar längstens auf drei weitere Jahre. Das Gericht kann von einer zeitlichen Befristung des Unterhaltsanspruches absehen, wenn etwa aufgrund einer

besonderen Betreuungsbedürftigkeit des Kindes der Zeitpunkt der Selbsterhaltungsfähigkeit des kindbetreuenden Ehegatten nicht absehbar ist.

Ein geschiedener Ehegatte hat – unabhängig von der Verschuldensfrage – dem anderen Unterhalt nach dessen Lebensbedarf auch dann zu gewähren, wenn sich der unterhaltsbedürftige Ehegatte auf Grund der einvernehmlichen Gestaltung der ehelichen Lebensgemeinschaft der **Haushaltsführung** respektive der **Pflege und Erziehung eines gemeinsamen Kindes** oder der **Betreuung eines Angehörigen** eines der Ehegatten gewidmet hat und es ihm wegen der damit zusammenhängenden Gründe (z.B. mangelnde berufliche Aus- und Fortbildung, Dauer der Ehe, Alter oder Gesundheitszustand) an **Erwerbsmöglichkeiten mangelt** und ihm daher nicht zuzumuten ist, die für seinen Lebensunterhalt nötigen Mittel selbst ganz oder teilweise aufzubringen.

Wird der Unterhaltsanspruch gerichtlich festgelegt, so ist die Dauer der Unterhaltsverpflichtung grundsätzlich auf drei Jahre zu befristen, vorausgesetzt es ist zu erwarten, dass der geschiedene Ehegatte danach in der Lage sein wird, seinen Unterhalt durch eine zumutbare Erwerbstätigkeit zu sichern. Allerdings vermindert sich entweder der Unterhaltsanspruch oder besteht überhaupt nicht, soweit die Unterhaltsgewährung wegen eines schwerwiegenden Grundes unbillig wäre, etwa weil die unterhaltsbedürftige Person einseitig besonders schwerwiegende Eheverfehlungen begangen oder die Bedürftigkeit grob schuldhaft herbeigeführt hat. Je gewichtiger die genannten Gründe sind, desto eher ist vom bedürftigen, geschiedenen Ehegatten zu verlangen, dass er seinen Unterhalt durch eine andere Erwerbstätigkeit, ungeachtet deren Zumutbarkeit, oder aus dem Stamm seines Vermögens deckt.

Mit der Einführung dieses neuen Unterhaltstypus sollen **Härtefälle** als Folge des vormaligen Ehescheidungsfolgenrechts **gemildert** werden, indem nunmehr zwischen demjenigen Ehegatten, der aus familiären Gründen, z.B. der zwischen den Ehegatten vereinbarten sogenannten „**Hausfrauenehe**“ oder/und wegen der Betreuung der aus der Ehe stammenden Kinder oder von Familienangehörigen, auf eine Berufsausübung verzichtet oder eine außerhäusliche Erwerbsarbeit aufgegeben hat, und dem anderen Ehegatten, der durch die Leistung des anderen seine beruflichen Ambitionen ungehindert verfolgen konnte, im Fall der Ehescheidung ein gewisser Interessenausgleich herzustellen versucht wird.

Hinsichtlich der **Aufteilung des ehelichen Vermögens** nach Scheidung wurde durch das Eherechts-Änderungsgesetz 1999 klargestellt, dass auch die in die Ehe eingebrachte, durch Erbschaft oder Schenkung erworbene Ehwohnung in die Aufteilungsmasse (zumindest) einzubeziehen (nicht notwendigerweise aufzuteilen) ist,



wenn der andere Ehegatte oder ein gemeinsames Kind zur Sicherung ihrer Lebensbedürfnisse auf die Weiterbenützung angewiesen sind. Desgleichen wird der Hausrat in die Vermögensaufteilung einbezogen, vorausgesetzt, dass der andere Ehegatte auf dessen Weiterbenützung angewiesen ist.

### Anzahl von Ehescheidungen

1989	1993	1996	1999	2000	2001
15.489	16.299	18.079	18.512	19.552	20.582

### Anzahl von scheidungsbedingten Kindern (bis 19 Jahre)

1989	1993	1996	1999	2000	2001
15.489	16.299	18.079	18.512	18.044	18.961

### 5.5. Medizinisch assistierte Fortpflanzung

Mit dem Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) wurde Ehegatten und Partnern einer bestehenden eheähnlichen Lebensgemeinschaft die Möglichkeit der medizinisch assistierten Fortpflanzung eröffnet. Medizinisch unterstützte Fortpflanzungen sollen nur bei Aussichts- oder Erfolglosigkeit anderer möglicher und vertretbarer Behandlungen („Fertilitätsbehandlungen“) und grundsätzlich nur **mit Eizellen und Samen des Wunschelternpaars** (homologes System) **durchgeführt werden**. Die Insemination mit dem Samen eines Dritten ist zulässig (heterologes System). Die „Eizellenspende“, die „Spermenspende“ bei einer In-vitro-Fertilisation und die „Leihmutterchaft“ sind unzulässig.







## 6. Pflegebedürftige Menschen

6.1.	Pflegegeldbezieher und -bezieherinnen .....	184
6.2.	Soziale Dienste für pflegebedürftige Menschen .....	184
6.3.	Berufsbilder und Ausbildungen im Pflege- und Behindertenbereich.....	185
6.4.	Beratung für Pflegende.....	186



## 6. Pflegebedürftige Menschen

### 6.1. Pflegegeldbezieher - und bezieherinnen

Im März 2002 erhielten insgesamt 278.721 Personen Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz. Bei Zuordnung in die sieben Stufen ergibt sich folgendes Bild:

#### Pflegegeldbezieher März 2002 (nach dem Bundespflegegeldgesetz)

Bereiche	Stufen							Gesamt
	1	2	3	4	5	6	7	
PV + UV	49.390	93.463	42.931	37.506	19.150	5.355	3.471	251.266
%-Vert.	19,66%	37,20%	17,09%	14,39%	7,62%	2,13%	1,38%	100,00%
Sonstige	4.236	10.686	4.842	3.892	2.558	777	464	27.295
%-Vert.	15,52%	39,15%	17,74%	14,26%	9,37%	2,85%	1,70%	100,00%
Gesamt	53.626	104.149	47.773	41.398	21.708	6.132	3.935	278.721
%-Vert.	19,24%	37,37%	17,14%	14,85%	7,79%	2,20%	1,41%	100,00%

**Anmerkung:** Bei den angeführten Zahlen handelt es sich um Pflegegeldbezieher/innen, die eine laufende Leistung erhielten. Die Zahl der anspruchsberechtigten Pflegegeldbezieher/innen liegt um rund 10.000 Fälle höher (Differenz durch Ruhensfälle bei Krankenhausaufenthalt).

**Quelle:** Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

2001 betrug der **Aufwand des Bundes** für Leistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz insgesamt 19,635 Mrd.öS (€ 1,427 Mrd).

Rund **51.200 Personen (Stand 12/00)** erhalten ein **Pflegegeld der Länder**, davon sind rund **2/3 Frauen**. Die Verteilung der Bezieher/innen von Pflegegeld nach den landesgesetzlichen Regelungen auf die einzelnen Stufen ergibt sich aus folgender Tabelle:

#### Aufwand des Bundes für Leistungen nach dem BPGG 2001 in Mio. öS (in Klammer: Mio. €)

Entscheidungsträger:	
Sozialversicherungsträger	17.750 (1.290)
Bundespensionsamt	559 (40,6)
ÖBB	613 (44,5)
Post	363 (26,4)
BSB: KOVG, HVG	166 (12,0)
Landeshauptmann:	
OFG	11 (0,8)
Landeslehrer	173 (12,6)
<b>Summe</b>	<b>19.635 (1.427)</b>

**Quelle:** Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

#### Pflegegeldbezieher der Länder (Stand 12/00)

Stufe	Bezieher
1	9.608
2	15.602
3	10.601
4	6.516
5	4.579
6	2.866
7	1.440
<b>Gesamt</b>	<b>51.212</b>

**Quelle:** Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge

Im Jahr 2000 wurden im Bereich der **Länder 3,68 Mrd.öS (€ 267,43 Mio)** für Leistungen nach den Landespflegegeldgesetzen aufgewendet.



## 6.2. Soziale Dienste für pflegebedürftige Menschen

Die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art.15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen (Pflegevorsorgevereinbarung) enthält als wesentliches Ziel die Verpflichtung der Länder zum Auf- und Ausbau der sozialen Dienste bis zum Jahr 2010.

Mit den Ländern wurde vereinbart, den qualitativen und quantitativen Ausbau der sozialen Dienste zu evaluieren. Als Zeitpunkt für diese **Evaluierung** wurde die Halbzeit im Planungshorizont, die Jahre 2002/03, ins Auge gefasst. Ziel dieser Studie ist es, die in den Ländern bislang gesetzten Umsetzungsschritte und deren Ergebnisse zu erheben, systematisch aufzubereiten und damit einen Einblick in die Effekte der Pflegevorsorgevereinbarung zu gewinnen. Die Ergebnisse der Studie werden voraussichtlich Ende des Jahres 2003 vorliegen.

### 6.2.1. Beschäftigte im Bereich Pflege und Betreuung

Im Hinblick auf soziale, pflegerische und medizinische Dienstleistungen als einer der Bereiche des Nationalen Aktionsplanes für Beschäftigung (NAP) bei der Schaffung neuer Arbeitsplätze wurde vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen eine Studie über „**Beschäftigte im Bereich Pflege und Betreuung**“ erstellt, die im Frühjahr 2002 veröffentlicht wurde. Ziel der Studie war es, festzustellen, wie viele Personen im Bereich Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Österreich zum Stichtag 31.12.1999 tätig waren und wie sich die Zahl der Beschäftigten seit 1993 verändert hat.

Die wesentlichsten Ergebnisse für den Altenbereich sind folgende:

- Der Personalstand in den **ambulanten Diensten** belief sich Ende 1999 auf etwa **14.200 Personen** (Angaben von 76% aller Trägerorganisationen) **oder 5.400 Vollzeitäquivalente** (Angaben von 57% aller Trägerorganisationen). Das bedeutet eine Erhöhung der Anzahl der Beschäftigten in diesem Bereich um etwa ein Drittel im Vergleich zu 1993.
- In den **Alten- und Pflegeheimen** waren 1999 rund **32.700 Personen** (d.s. rund 28.200 Vollzeitäquivalente) beschäftigt. In den Einrichtungen, die seit 1993 existieren, beträgt der Beschäftigtenzuwachs insgesamt 23% bezogen auf die Anzahl der Personen bzw. 18% bezogen auf Vollzeitäquivalente.

- Sowohl bei den ambulanten Diensten als auch bei den Alten- und Pflegeheimen ist ein Trend zu **qualifizierter Pflege und Betreuung** zu verzeichnen (Rückgang des angelernten Personals, Zuwachs beim auszubildenden Pflege- und Betreuungspersonal).
- Nachdem zwischen 70% und 90% der betreuten Personen Pflegegeldempfänger sind, kann insgesamt auf einen **Beschäftigungseffekt** durch die Einführung des Pflegegeldes geschlossen werden.

## 6.3. Berufsbilder und Ausbildungen im Pflege- und Behindertenbereich

Die Trennung in Gesundheits- und Sozialbereich spiegelt sich auch in den verschiedenen Zuständigkeiten für die Berufsausbildung wider.

Der Bund ist für die Regelung von Berufsbild und Ausbildung des diplomierten Krankenpflegepersonals und der Pflegehelfer zuständig. Die Regelung von Ausbildungseinrichtungen, die als "Schule" im Sinne des Art.14 B-VG zu qualifizieren sind, fällt ebenfalls in die Bundeskompetenz (z.B. Fachschulen für Sozialberufe nach dem Schulorganisationsgesetz oder Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz).

Die Regelung von Berufsbild und Ausbildung der Altenbetreuer, Familienhelfer und Heimhilfen fällt dagegen in die Zuständigkeit der Länder. Bisher haben die Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark und Wien entsprechende Gesetze erlassen.

Im Zusammenhang mit den Ausbildungen und Berufsbildern im Pflege- und Behindertenbereich sind eine Reihe von Problemen aktuell, wie insbesondere mangelnde Einheitlichkeit, mangelnde gegenseitige Anerkennung und mangelnder Berufsschutz.

Zum Thema „**Berufsbilder und Ausbildungen im Pflege- und Behindertenbereich**“ wurde über Ersuchen der Landessozialreferentenkonferenz vom Mai 2001 unter der Federführung des BMSG eine Arbeitsgruppe eingerichtet. **Ziel** ist es, zu **einheitlichen Ausbildungen und Berufsbildern im Pflege- und Behindertenbereich** zu gelangen.

Bei der Landessozialreferentenkonferenz vom April 2002 wurde der Zwischenbericht zustimmend zur Kenntnis genommen und die Arbeitsgruppe ersucht, die Arbeiten mit dem Ziel weiterzuführen, bis Ende des Jahres 2002 einen Entwurf für eine **Vereinbarung gem. Art.15a B-VG** vorzulegen.



#### 6.4. Beratung für Pflegende

Als Maßnahme zur Qualitätssicherung wird seit Jänner 1998 vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen das **PFLEGETELEFON – BERATUNG für PFLEGENDE** angeboten. Dieses Informationsangebot richtet sich an alle privaten Pflegepersonen und an alle, die von Problemen der Pflege betroffen sind.

Die Beratung kann **österreichweit kostenlos und vertraulich** unter der **Tel.Nr.0800 – 20 16 22** in Anspruch genommen werden.

Die statistischen Auswertungen der telefonisch, persönlich oder schriftlich eingelangten Anfragen ergaben für das **Jahr 2000 3.200** und für das **Jahr 2001 2.740 durchgeführte Beratungen**. Deutlich dokumentiert wurde der sehr hohe Informationsbedarf zu den wichtigsten Themenbereichen Pflegegeld, Betreuungsmöglichkeiten zu Hause, sozialrechtliche und sozialversicherungsrechtliche Angelegenheiten, Kurzzeitpflege und stationäre Weiterpflege.



## 7. Einkommensarmut und akute Armut in Österreich

**Michael F. Förster**, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung  
**Karin Heitzmann**, Abteilung für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien

7.1. Einleitung .....	188
7.2. Armutsgefährdung und akute Armut 1999.....	189
7.3. Entwicklungstrends seit 1994 .....	193
7.4. Langzeitarmut in Österreich.....	194
7.5. Armut trotz Erwerbstätigkeit .....	196
7.6. Rolle der Sozialleistungen für die Armutslinderung .....	202
7.7. Armutsgefährdung im europäischen Vergleich .....	205



## 7.1. Einleitung

Die Bekämpfung von Armut erlangte nicht nur in Österreich, sondern europaweit eine große und zunehmende Bedeutung, was durch die im letzten Jahr erstmals in allen EU Mitgliedsländern erstellten „Nationalen Aktionspläne zur sozialen Einschließung Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung“ dokumentiert ist. In Österreich werden im Rahmen des „Berichtes über die soziale Lage“ seit 1996 regelmäßig Befunde zur Armutsgefährdung und akuten Armut vorgelegt, welche auf Analysen des europäischen Haushaltspanels<sup>1</sup> beruhen. Diese seit 1996 jährlich verfügbaren Daten erlauben eine detaillierte und vergleichbare Bestandsaufnahme der Risiken, die mit finanziellen Einschränkungen und Einschränkungen in anderen zentralen Lebensbereichen einhergehen.

Dabei zeigt es sich, dass Armutsgefährdung in Österreich im Schnitt über die zweite Hälfte der wenigen neunziger Jahre etwa zwischen 900.000 und 1,1 Millionen Personen betraf. Von diesen Personen waren etwa 300.000 bis 500.000 von akuter Armut betroffen. Es kam nur zu geringen Schwankungen, sowohl hinsichtlich des Ausmaßes als auch der Zusammensetzung der armutsgefährdeten Bevölkerung. Allerdings handelt es sich bei den betroffenen Menschen nicht immer um denselben Personenkreis, da es einen überwiegenden Teil der gefährdeten Personen gelingt, diesen Zustand – zumindest vorübergehend – zu verlassen. Das heißt aber gleichzeitig, dass ein größerer Teil der österreichischen Bevölkerung überhaupt zumindest einmal mit Einschränkungen konfrontiert war, nämlich etwa 2,2 Millionen Personen hinsichtlich geringen Einkommens und davon an die 930.000 Personen hinsichtlich zusätzlicher Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen während eines Zeitraumes von fünf Jahren.

Das folgende Kapitel setzt die Berichterstattung der vergangenen Jahre fort und aktualisiert diese mit den jetzt verfügbaren provisorischen Daten für das Einkommensjahr 1999 für Österreich, sowie für das Jahr 1998 für die anderen 14 EU Mitgliedsländer. In einem ersten Schritt werden globale Armutsindikatoren präsentiert sowie ein Profil der österreichischen Bevölkerung in Armutsgefährdung und akuter Armut vorgelegt. In einem zweiten Schritt wird der Frage des Ausmaßes der Langzeitarmut in Österreich nachgegangen. Ein spezieller Abschnitt widmet sich der Frage der Armut trotz Erwerbstätigkeit, ein im internationalen Kontext zunehmend diskutiertes Problem. Anschließend wird der Beitrag der Sozialleistungen zur Armutsverminderung untersucht. Ab-

schließend werden die österreichischen Ergebnisse in einen europäischen Kontext gestellt<sup>2</sup>.

Die folgenden Analysen und Ergebnisse untersuchen, den letztjährigen Berichterstattungen folgend, **Armutsgefährdung** im allgemeinen sowie **akute Armut** im speziellen. Dabei wird **Armutsgefährdung**, den Gepflogenheiten und Empfehlungen des Europäischen Statistischen Zentralamtes (EUROSTAT) entsprechend, ausschließlich über Einkommensrisiken definiert: Personen, deren gewichtetes Pro-Kopf-Haushaltseinkommen unter einem Schwellenwert von 60% des Medianwertes des österreichischen Pro-Kopf-Einkommens liegt, gelten als armutsgefährdet. Dieser Schwellenwert betrug 1999 ca. 9.000,- € (129.000,- öS) jährlich für einen Einpersonenhaushalt.

Von **akuter Armut** wird gesprochen, wenn zu den oben beschriebenen beschränkten finanziellen Verhältnissen auch Einschränkungen zur Abdeckung grundlegender Lebensbedürfnisse treten. Dies wird dann angenommen, wenn – zusätzlich zu geringem Einkommen – eine der fünf folgenden Situationen auftritt:

- Substandardwohnung;
- Rückstände bei Zahlungen von Mieten und Krediten;
- Probleme beim Beheizen der Wohnung;
- Unmöglichkeit, abgenutzte Kleidung durch neue Kleider zu ersetzen;
- Unmöglichkeit, zumindest einmal im Monat nach Hause zum Essen einzuladen.

Akute Armut umfasst also die am meisten gefährdete Untergruppe innerhalb der armutsgefährdeten Bevölkerung.

Für die **Berechnung der Armutsgefährdungsschwelle** werden zunächst die gesamten verfügbaren Einkommen aller Haushaltsmitglieder zusammengezählt: Löhne und Gehälter, Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Kapitalerträge, Pensionen und andere monetäre Sozialleistungen abzüglich Einkommenssteuern und Sozialversicherungsabgaben. Danach wird dieses Haushaltseinkommen nach der Anzahl der Personen im Haushalt gewichtet, und zwar unterschiedlich für Erwachsene und Kinder. Diese Gewichtung ist notwendig, da Einsparungseffekte bei Mehrpersonenhaushalten auftreten (z.B. bei Wohnungs- oder Nahrungsmittelkosten). Im Einklang mit der europäischen Armutsberichterstattung verwendet das vorliegende Kapitel die von EUROSTAT und der OECD seit Beginn der neunziger Jahre gebräuchliche und empfohlene Gewichtung, welche die erste erwachsene Person im Haushalt mit 1 gewichtet, jede weitere erwachsene Person mit 0,5, und jedes Kind mit

<sup>1</sup> Eine detaillierte Beschreibung und Diskussion des ECHP findet sich in BMAGS (2000, S. 88)

<sup>2</sup> Die ersten Abschnitte sowie jener über die Effekte der Sozialleistungen beziehen sich dabei auf die provisorischen Daten für das Einkommensjahr 1999, welche sich im Zuge der Harmonisierung mit den europäischen Daten noch geringfügig ändern können. Die anderen Abschnitte beziehen sich auf die bereits mit EUROSTAT abgestimmten Daten für das Einkommensjahr 1998.



### Armutsgefährdungsschwellen für unterschiedliche Haushaltstypen, 1999

Haushaltszusammensetzung	Jahreswerte, öS	Jahreswerte, €	Monatswert, €
Einpersonenhaushalt	128.900	9.370	780
Ein Erwachsener + 1 Kind	167.600	12.180	1.020
Zwei Erwachsene	193.400	14.050	1.170
Zwei Erwachsene + 1 Kind	232.000	16.860	1.410
Zwei Erwachsene + 2 Kinder	270.700	19.680	1.640
Zwei Erwachsene + 3 Kinder	309.400	22.490	1.870

Quelle: IFS (2002), Europäisches Haushaltspanel (ECHP/PDB), 6. Welle, eigene Berechnungen

Bemerkung: Armutsgefährdungsschwellen in Netto-Jahreswerten, Zahlen auf 100er-Stellen (öS) bzw. 10er-Stellen (€) gerundet.

0,3. Es wird also beispielsweise angenommen, dass ein Haushalt mit drei erwachsenen Personen doppelt soviel Haushaltseinkommen benötigt wie ein Einpersonenhaushalt, um dasselbe Wohlfahrtsniveau zu erreichen. Daraus ergeben sich für 1999 folgende **Armutsgefährdungsschwellen**:

Diese Methode der Haushaltseinkommengewichtung wird in der österreichischen Berichtserstattung erst seit dem Vorjahr verwendet. In der Vergangenheit wurden zusätzlichen Haushaltsmitgliedern höhere Gewichte zugeteilt (0,7 jeder weiteren erwachsenen Personen und 0,5 jedem Kind). Im letzten Sozialbericht (BMSG, 2001, S.199) wurde darauf hingewiesen, dass die alte, nicht standardisierte Gewichtungsmethode das Armutsrisiko einiger Bevölkerungsgruppen höher ausgewiesen hätte – im wesentlichen jenes von Kindern und Jugendlichen und Haushalten mit zwei oder mehr Kindern – und das Risiko älterer Bevölkerungsgruppen geringer<sup>3</sup>. Außerdem würde die Gesamtbetroffenheit bei Verwendung der alten Skala geringfügig niedriger ausfallen als bei Verwendung der neuen Skala. Diese Besonderheit gilt es auch bei der diesjährigen Berichterstattung zu beachten.

## 7.2. Armutsgefährdung und akute Armut 1999

1999 waren etwa **880.000 Personen** in Österreich von Armutsgefährdung betroffen, dies entspricht 11% der Gesamtbevölkerung. Ein Drittel dieser Personen – etwa **310.000 Österreicher und Österreicherinnen** – mussten darüber hinaus mit spürbaren Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen leben: akute Armut betrifft damit ca. 4% der Bevölkerung. Im Durchschnitt liegt das verfügbare Einkommen der Personen in Armutsgefährdung um etwa ein Sechstel unterhalb der Armutsschwelle.

Wie setzt sich diese von Armutsgefährdung und akuter Armut betroffene Bevölkerung zusammen und welche Faktoren stellen besondere Risiken dar? Im folgenden wird ein Profil der Armut dargestellt, wobei sowohl demografische (Geschlecht, Alter, Haushaltsform), sozio-ökonomische (Schulbildung, Wohnort, Staatsbürgerschaft) sowie arbeitsmarktspezifische (Beschäftigungssituation, Beschäftigungsintensität im Haushalt) Dimensionen berücksichtigt werden. Dabei werden drei Maßzahlen verwendet: die **Betroffenheit** (Anzahl der Personen, die armutsgefährdet oder akut arm sind); das **Risiko** („Armutsrate“, d.h. der Prozentsatz der Armen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe); und die **Intensität** („Einkommenslücke“, d.h. wie weit entfernt sich das Durchschnittseinkommen der Armen von der Armutsschwelle befindet)<sup>4</sup>.

### Demografische Kriterien

Das **Armutsgefährdungsrisiko von Frauen ist mit 13% höher als jenes von Männern (9%)**: während etwa eine halbe Million Frauen armutsgefährdet sind, betrifft dies „lediglich“ 340.000 Männer. 200.000 Frauen und 110.000 Männer sind als akut arm zu bezeichnen. Jüngere und ältere Menschen haben geringere oder keine Erwerbschancen und daher ein höheres Armutsgefährdungsrisiko als Erwachsene. Vor allem für Senior/inn/en besteht ein erhöhtes Risiko (17%). Dem entsprechend haben auch Haushalte mit Pensionen ein überdurchschnittliches Armutsgefährdungsrisiko, wobei dies auf Einpersonenhaushalte noch stärker zutrifft als auf Mehrpersonenhaushalte mit Pensionen. Etwa ein Viertel der Einpersonenhaushalte mit Pensionen lebt unter der Armutsgefährdungsschwelle (140.000 Personen), darunter 68.000 Personen in akuter Armut. Allerdings liegt das **Durchschnittseinkommen dieser Personen der Armutsschwelle wesentlich näher als**

<sup>3</sup> Dies hängt für letztere vor allem damit zusammen, dass die Höhe des Ausgleichszulagenrichtsatzes in der Pensionsversicherung etwas über der Armutsgefährdungsschwelle nach alter Skala, aber etwas unter dieser Schwelle nach neuer Skala liegt.

<sup>4</sup> Für die Interpretation der Absolutzahlen („Betroffenheit“) gilt zu beachten, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen – wie etwa Bürger/-innen aus dem EU-Ausland – im Europäischen Haushaltspanel deutlich und im Laufe der Jahre zunehmend unterrepräsentiert sind.



## Indikatoren für Armutsgefährdung und akute Armut 1999, demografische Merkmale

	armutsgefährdete Bevölkerung			Bevölkerung in akuter Armut		
	Anzahl (in Tsd.)	Armutsrate (%)	Einkommens- lücke (%)	Anzahl (in Tsd.)	Armutsrate (%)	Einkommens- lücke (%)
<b>Insgesamt</b>	<b>876</b>	<b>11,0</b>	<b>17</b>	<b>313</b>	<b>3,9</b>	<b>17</b>
<b>Geschlecht</b>						
Männer	340	8,9	17	110	2,9	17
Frauen	536	13,0	17	204	4,9	17
<b>Alter</b>						
Kinder und Jugendliche (<20)	227	12,4	16	87	4,8	16
Junge Erwachsene (20–29)	75	9,0	31	28	3,4	27
Erwachsene (30–49)	172	7,4	20	58	2,5	21
Ältere Erwachsene (50–59)	85	7,9	21	33	3,1	(21)
Senior/inn/en (60+)	316	17,0	12	107	5,7	12
<b>Haushaltsform</b>						
EPH mit Pension	138	27,5	10	68	13,5	10
MPH mit Pension	149	16,6	12	30	3,3	(15)
EPH ohne Pension u. ohne Kinder	84	16,1	38	37	7,1	(33)
MPH ohne Pension u. ohne Kinder	45	3,5	21	9	0,7	(41)
Alleinerziehende mit Erwerbseinkommen	53	13,7	19	32	8,3	(16)
Alleinerziehende ohne Erwerbseinkommen	17	50,2	48	7	20,8	42
Alleinerziehende gesamt	70	16,7	26	39	9,3	21
MPH mit 1 Kind	59	4,7	19	10	0,8	(19)
MPH mit 2 Kindern	159	8,1	15	71	3,6	12
MPH mit 3 und mehr Kindern	169	15,8	13	50	4,7	15

Quelle: IFS (2002), ECHP/PDB, 6. Welle, eigene Berechnungen

Bemerkung: Armutsrate ist die Anzahl der Armen in Prozent der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Einkommenslücke ist die Differenz zwischen dem Durchschnittseinkommen der Armen und der Armutsschwelle, in Prozent dieser Schwelle. EPH = Einpersonenhaushalt, MPH = Mehrpersonenhaushalt. Daten beziehen sich auf Personen in den genannten Haushaltsformen. Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen und können daher statistischen Schwankungen unterliegen.

**im Durchschnitt<sup>5</sup>.** Mehrpersonenhaushalte mit Pensionen haben eine überdurchschnittliche Armutsgefährdungsrate, aber eine unterdurchschnittliche Rate der akuten Armut.

Aber auch Einpersonenhaushalte ohne Pensionen und ohne Kinder haben ein größeres Risiko in Armutsgefährdung zu geraten. Es betrifft etwa 84.000 Personen, davon sind 37.000 Personen in akuter Armut. Darüber hinaus ist dieser Personenkreis mit besonders hohen Einkommenslücken konfrontiert (mehr als ein Drittel der Armutsschwelle).

Die **Haushaltsformen** mit dem **geringsten Risiko der Armutsgefährdung** und **akuten Armut** in Österreich sind **Mehrpersonenhaushalte ohne Pensionen mit keinen, einem oder zwei Kindern**. Immerhin mehr als

die Hälfte der österreichischen Bevölkerung lebt in einer dieser Haushaltsformen. Ihre Armutsgefährdungsrate beträgt zwischen 4% und 8%.

**Demgegenüber sind kinderreiche Familien und Alleinerziehende** mit einem **überdurchschnittlichen Risiko** konfrontiert; Alleinerziehende im besonderen auch hinsichtlich der akuten Armut. Armutsgefährdung betrifft 170.000 Personen in kinderreichen Familien sowie 70.000 Alleinerziehende. Die besonders problematische Situation für Alleinerziehende hängt auch mit fehlenden Erwerbschancen zusammen. Während 50% der Alleinerziehenden, die keiner Erwerbsarbeit nachgehen, armutsgefährdet waren, betrug diese Rate 14% – also etwas über dem Gesamtdurchschnitt – für Alleinerziehende mit Erwerbsarbeit. Alleinerziehende ohne Erwerbseinkommen haben auch wesentlich höhere

<sup>5</sup> Dieser relativ niedrige Wert ist, wie oben beschrieben, wesentlich auf das Niveau der Ausgleichszulage für Pensionist/inn/en zurückzuführen, welches knapp unter der Armutsgefährdungsschwelle liegt.



Einkommenslücken. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie stellt also für Alleinerziehende einen besonders wichtigen Aspekt dar.

Für eine systematische Betrachtung der Armutsgefährdung ist es wichtig, sowohl das **Risiko (Armutsrate)** als auch die **Intensität (Einkommenslücke)** zu berücksichtigen, da für einige Bevölkerungsgruppen ein überdurchschnittliches Risiko durch eine hohe Einkommenslücke noch verschärft wird (z.B. Alleinerziehende), für andere hingegen durch eine niedrige Einkommenslücke gemildert wird (z.B. ältere Personen). Eine gleichzeitige Analyse dieser beiden Indikatoren für die Armutsgefährdung nach Alter und Geschlecht ergibt folgendes Bild: wie oben beschrieben, folgt das Armutsgefährdungsrisiko nach dem Alter einer u-förmigen Funktion, d.h. das **Risiko für Kinder und Jugendliche** einerseits sowie für **Senior/inn/en** andererseits **ist höher als jenes für Erwachsene**. Dabei sind allerdings große Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu beobachten: das u-förmige Bild ist für Frauen wesentlich stärker ausgeprägt, v.a. ältere Frauen haben ein signifikant höheres Armutsgefährdungsrisiko.

Gleichzeitig verfolgt der **Indikator für Einkommenslücken** ein gegenteiliges Bild (eine umgekehrte u-Funktion), d.h. die Intensität der Armutsgefährdung ist für Erwachsene (v.a. junge Erwachsene) höher als für jüngere und ältere Bevölkerungsgruppen. Ein simpler „Gesamtarmutsindikator“, der die Armutsrate mit der Einkommenslücke multipliziert, würde daher für junge Erwachsene einen wesentlichen höheren Wert aufweisen (2,9) als für ältere Personen (2,1), obwohl letztere ein weit höheres Armutsgefährdungsrisiko zu vergegenwärtigen haben. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen.

Auch für Budgetimplikationen ist eine gleichzeitige Betrachtung der Armutsrate und der Einkommenslücke von Wichtigkeit. So stellt die Anzahl armutsgefährdeter junger Erwachsener nur etwa ein Viertel der Anzahl armutsgefährdeter Senioren dar. Da aber gleichzeitig die Einkommenslücke junger Erwachsener fast drei Mal so hoch ist wie jene der älteren Bevölkerung, würde das Budget, welches notwendig wäre um die Einkommenslücke zu schließen, nicht wesentlich geringer sein.

### Sozio-ökonomische und arbeitsmarktspezifische Kriterien

Eine **geringe Schulbildung** (höchstens Pflichtschulabschluss) erhöht das Risiko der Armutsgefährdung und der akuten Armut etwa um die Hälfte. Gleichzeitig sind die etwa 370.000 armutsgefährdeten Personen mit

geringer Schulbildung mit einer unterdurchschnittlichen Einkommenslücke konfrontiert. Eine höhere Schulbildung (Universitätsabschluss o.ä.), aber auch ein Lehrabschluss und mittlerer Schulabschluss, senken Armutsrisiken.

Der Wohnort beeinflusst das Armutsgefährdungsrisiko, und in geringerem Ausmass jenes der akuten Armut. Armutsgefährdung ist im ländlichen Bereich überdurchschnittlich vertreten, während sie in Wien und vor allem in Kleinstädten (über 10.000 Einwohner) unterdurchschnittlich ist<sup>6</sup>. Dieser geographische Unterschied besteht im Falle der akuten Armut kaum; das akute Armutsrisiko und die damit verbundene Einkommenslücke ist in Wien sogar etwas höher als anderswo.

Keine österreichische oder EU-Staatsbürgerschaft in Österreich zu besitzen, verdoppelt das Risiko der Armutsgefährdung auf etwa 21%, jenes der akuten Armut auf etwa 8%. Auch unter Nicht-EU-Bürger/-inne/n besteht ein geschlechtsspezifisches Differenzial, d.h. die Armutsraten für Frauen liegen über denjenigen für Männer.

Der Umstand, **gar nicht** oder **nur eingeschränkt einer Erwerbsarbeit** nachzugehen, führt in fast allen Fällen zu **erhöhten Risiken der Armutsgefährdung und akuten Armut**. So sind Arbeitslose mit über dem Durchschnitt liegenden Armutsraten konfrontiert. Allerdings existieren erhöhte Risiken ausschließlich für jene zwei Drittel der Arbeitslosen, die mehr als 6 Monate, also langfristig, arbeitslos sind. Langzeitarbeitslose haben zudem eine sehr hohe Rate der akuten Armut (17%) und eine überdurchschnittliche Einkommenslücke. Auch Behinderung<sup>7</sup> ist mit einem erhöhten Armutsrisiko, allerdings aber nicht mit überdurchschnittlichen Einkommenslücken verbunden. Andererseits scheint Karenzgeldbezug nicht mit erhöhten Armutsgefährdungsraten einherzugehen, eher im Gegenteil.

Sobald Personen einer Beschäftigung nachgehen, reduziert sich das Risiko der Armutsgefährdung und akuten Armut etwa auf die Hälfte. Dies ist vor allem bei Vollzeitbeschäftigten der Fall. Aber auch Teilzeitbeschäftigte mit einem maximalen Arbeitsvolumen von 34 Wochenstunden haben ein etwas geringeres Armutsrisiko, wenn gleich die Einkommensdifferenz zur Armutsschwelle vor allem im Falle akuter Armut relativ hoch ist. Sowohl bei Teilzeit- als auch bei Vollzeitbeschäftigten liegt das Armutsrisiko der Männer über jenem der Frauen.

Da Armut auf Basis des gesamten Haushaltswohlstandes gemessen wird, werden auch Armutsrisiken für

<sup>6</sup> Dabei gilt es zu beachten, dass für die Analyse eine einheitliche nationale Armutsschwelle herangezogen wird, die keinerlei regionale Unterschiede in Preisen (z.B. Mietpreisen) berücksichtigt.

<sup>7</sup> Die Daten beruhen auf Selbsteinschätzung der Interviewten.



**Indikatoren für Armutsgefährdung und akute Armut 1999, sozioökonomische und arbeitsmarktspezifische Merkmale**

	armutsgefährdete Bevölkerung			Bevölkerung in akuter Armut		
	Anzahl (in Tsd.)	Armutsrate (%)	Einkommens- lücke (%)	Anzahl (in Tsd.)	Armutsrate (%)	Einkommens- lücke (%)
<b>Insgesamt</b>	<b>876</b>	<b>11,0</b>	<b>17</b>	<b>313</b>	<b>3,9</b>	<b>17</b>
<b>Schulbildung</b>						
Pflichtschule	371	15,9	165	146	6,3	15
Lehre/mittlere Schule	225	8,1	17	73	2,6	19
Matura	66	6,7	28	27	2,7	29
HS/Universität/FS	24	5,5	26	8	1,7	18
<b>Wohnort</b>						
ländlicher Bereich	515	12,1	15	177	4,2	16
10 Tausend > 1 Mio.	152	8,7	20	52	3,0	12
Wien	164	9,8	16	74	4,4	20
<b>Staatsbürgerschaft</b>						
Österreicher/innen + EU	80,5	10,6	17	290	3,8	16
Nicht-EU-Bürger/innen	71	21,5	16	24	7,2	25
<b>Eingeschränkte Erwerbsbeteiligung</b>						
< 6 Monate arbeitslos	13	7,7	(11)	7	4,0	(14)
langzeitarbeitslos	35	30,9	22	20	17,2	(27)
Arbeitslose gesamt	48	17,1	19	26	9,4	(24)
Karenz	2	2,9	(10)	1	1,5	(13)
Behinderung	20	21,5	(14)	7	7,0	(8)
<b>Teilzeit/Vollzeit</b>						
teilzeitbeschäftigt (< 35 St.)	53	8,1	23	18	2,8	(27)
vollzeitbeschäftigt	131	4,9	21	35	1,3	17
Beschäftigte insgesamt	184	5,5	21	53	1,6	20
<b>Haushaltsbeschäftigungsintensität</b>						
Ohne Beschäftigung	78	25,4	30	40	13,0	31
teilweise Beschäftigung	194	7,9	17	69	2,8	15
volle Beschäftigung	60	4,0	30	7	0,7	(30)
<b>Bevölkerung im Erwerbsalter insgesamt</b>	<b>332</b>	<b>7,8</b>	<b>22</b>	<b>119</b>	<b>2,8</b>	<b>22</b>

Quelle: IFS (2002), ECHP/PDB, 6. Welle, eigene Berechnungen

Bemerkung: Armutsrate ist die Anzahl der Armen in Prozent der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Einkommenslücke ist die Differenz zwischen dem Durchschnittseinkommen der Armen und der Armutsschwelle, in Prozent dieser Schwelle. Die Daten beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung, außer für „Schulbildung“ (Personen über 14 Jahre) und „eingeschränkte Erwerbsbeteiligung“, „Teilzeit/Vollzeit“ und „Haushaltsbeschäftigungsintensität“ (Bevölkerung im Erwerbsalter, d.h. Personen zwischen 20 und 59 Jahren). Kategorien für „eingeschränkte Erwerbsbeteiligung“ sind nicht ausschließlich und können überlappen. Daten beziehen sich auf Personen in den genannten Haushaltsformen. Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen und können daher statistischen Schwankungen unterliegen.

drei verschiedene Konstellationen von Beschäftigungsintensivität innerhalb von Haushalten im erwerbsfähigen Alter untersucht: i) „vollbeschäftigte“ Haushalte (alle Erwachsenen sind vollzeitbeschäftigt); ii) „teilweise beschäftigte“ Haushalte (es existiert zumindest eine Teilzeitbeschäftigung) iii) und „beschäftigungslose“ Haushalte (es besteht kein Beschäftigungsverhältnis).

Der Anteil des ersten und dritten Haushaltstyps ist in Österreich, wie auch in vielen anderen Ländern, auf Kosten des zweiten („traditionellen“) Haushaltstyps über die Jahre leicht angestiegen. Auch unter diesem Aspekt der Haushaltsbetrachtung zeigt sich, dass Personen im Erwerbsalter, die in Haushalten ohne jegliches Beschäftigungsverhältnis leben, ein sehr hohes Armutsrisiko



haben, während bereits teilweise Beschäftigung im Haushalt zu einem unterdurchschnittlichen Armutsrisiko führt.

**Beschäftigung** – sowohl im Individual- als auch im Haushaltszusammenhang – stellt also einen gewissen Schutz gegen Armutsrisiken dar. Dennoch leben 180.000 Beschäftigte im Alter zwischen 20 und 59 Jahren in Armutsgefährdung, darunter 50.000 in akuter Armut. Dies stellt immerhin mehr als ein Fünftel der armutsgefährdeten Bevölkerung (bzw. ein Sechstel der Bevölkerung in akuter Armut) dar. Abschnitt 5 widmet sich daher der Frage der „**Armut trotz Erwerbsarbeit**“.

Eine **Zusammenfassung des Armutsprofils** in Österreich für das Jahr 1999 ergibt für die folgenden Bevölkerungsgruppen überdurchschnittliche Armutsrisiken (d.h. Armutsgefährdungsraten über 20% und akute Armutsraten über 7%): Alleinerziehende ohne Erwerbseinkommen, Pensionsbezieher/-innen in Einpersonenhaushalten, Nicht-EU-Bürger/-innen, Langzeitarbeitslose, Personen im Erwerbsalter in Haushalten ohne jede Beschäftigung, sowie Personen mit einer Behinderung. Von diesen Personengruppen haben allerdings ausschliesslich jene ohne Erwerbsarbeit darüber hinaus auch überdurchschnittlich hohe Einkommenslücken: ihr Durchschnittseinkommen liegt zwischen einem Drittel und der Hälfte unterhalb der Armutsschwelle (gesamt-

österreichischer Durchschnitt: ein Sechstel). Bezüglich dieser Einkommensdifferenz zur Armutsschwelle haben Nicht-EU-Bürger/-innen und Personen mit einer Behinderung keine überdurchschnittliche Einkommenslücken und, im besonderen, Pensionshaushalte haben sehr niedrige Einkommenslücken (etwa ein Zehntel).

### 7.3. Entwicklungstrends seit 1994

Im Laufe der **Fünfjahresperiode 1994 bis 1999** belief sich die **Armutsgefährdungsrate** in Österreich auf **11% bis 13% der Gesamtbevölkerung**. Innerhalb der Armutsgefährdung kam es in diesem Zeitraum zu einem Rückgang des Anteils an akuter Armut von etwa 40% auf etwa ein Drittel. Dies weist auf eine leichte Verbesserung im Bereich des Mangels in zentralen Lebensbereichen hin.

Was die Zusammensetzung der armutsgefährdeten Bevölkerung betrifft, kam es im Zeitverlauf zu keinen größeren Änderungen. Lediglich bei der Betrachtung der Alterszusammensetzung kann ein kontinuierliches Ansteigen des Anteils der älteren Personen beobachtet werden.

Wie hat sich das relative Armutsgefährdungsrisiko der oben beschriebenen besonders gefährdeten Bevöl-

#### Entwicklung des relativen Armutsgefährdungsrisikos für ausgewählte Bevölkerungsgruppen, 1994–1999

	1994	1999	Änderung 1994–1999
Erwerbsbevölkerung	85	71	-14
Männer	88	81	-7
Frauen	111	118	6
Kinder und Jugendliche (<20)	122	113	-9
Senioren (60+)	83	104	21
Seniorinnen (60+)	139	189	50
EPH mit Pension	192	249	57
MPH mit Pension	102	150	48
Alleinerziehende ohne Erwerbseinkommen	445	456	11
Alleinerziehende gesamt	170	152	-18
MPH mit 3 und mehr Kindern	140	143	3
Nicht-EU-Bürger/-innen	259	195	-64
Pensionen mit Behinderung	96	195	99
langzeitarbeitslos	251	280	29
Arbeitslose gesamt	140	156	16
in Haushalten ohne Beschäftigung	256	231	-25

Quelle: IFS (2002), ECHP/PDB, 6. Welle, eigene Berechnungen

Bemerkung: „Relatives Risiko“ ist die gruppenspezifische Armutsgefährdungsrate dividiert durch die Armutsgefährdungsrate der Gesamtbevölkerung, multipliziert mit 100. EPH = Einpersonenhaushalt, MPH = Mehrpersonenhaushalt.



kerungsgruppen entwickelt? Dies wird anhand des Indexindikators „relatives Risiko“ dargestellt, der die Armutsraten bestimmter Bevölkerungsgruppen auf die Gesamtarmutsrate (=100) bezieht. Ein Wert von 200 für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe bedeutet also, dass deren Armutsrate doppelt so hoch ist wie jene der Gesamtbevölkerung.

Sowohl 1994 als auch 1999 bestand ein Unterschied im Armutsgefährdungsrisiko zwischen Männern und Frauen; jenes der Frauen lag um ein Viertel über jenem für Männer. Für die Erwerbsbevölkerung insgesamt (Personen im Alter zwischen 20 und 59 Jahren) verringerte sich das bereits unterdurchschnittliche Armutsgefährdungsrisiko leicht. Das heißt, dass Personen unter 20 und über 60 Jahren ein überdurchschnittliches Risiko zu vergegenwärtigen haben. Dies betrifft vor allem ältere Frauen, welche eine fast doppelt so hohe Gefährdungsrate haben wie die Gesamtbevölkerung. Jenes für ältere Männer bewegt sich trotz leichtem Anstiegs immer noch um den Gesamtschnitt. Dies ist auch im Anstieg des relativen Risikos für Ein- als auch Mehrpersonenhaushalte, in denen Pensionsbezieher/-innen leben, reflektiert.

Alleinerziehende ohne Erwerbseinkommen haben weiterhin das höchste relative Risiko: ihre Armutsgefährdungsrate ist viereinhalb mal so hoch wie für die Gesamtbevölkerung. Bei zwei anderen besonders gefährdeten Gruppen ist das relative Risiko seit 1994 allerdings zurückgegangen: Nicht-EU-Bürger/-innen und Personen in Haushalten ohne Beschäftigung. Diese Personengruppen sind aber weiterhin mit einem doppelt so hohen Armutsgefährdungsrisiko wie die Gesamtbevölkerung konfrontiert. Das Risiko für Personen mit

Behinderung hat sich von Durchschnittswerten verdoppelt. Langzeitarbeitslose haben ein mehr dreimal so hohes Armutsgefährdungsrisiko wie die Gesamtbevölkerung.

Es kam also zwischen 1994 und 1999 zu keinen einheitlichen und generalisierten Entwicklungen, was das relative Armutsgefährdungsrisiko betrifft. Viele Gruppen waren ansteigenden, andere rückgehenden Trends ausgesetzt. Es kann jedoch festgestellt werden, dass während der gesamten Sechsjahresperiode die **gleichen Risikogruppen mit überdurchschnittlichen Armutsgefährdungsraten** konfrontiert waren.

### 7.4. Langzeitarmut in Österreich

Bereits im letzten Sozialbericht wurde ein detaillierter Überblick über die **Dynamik von Armutsgefährdung und akuter Armut** gegeben (BMSG 2001, S. 203–207). Dabei wurde aufgezeigt, dass Armutsphasen unterschiedlich lange dauern können: viele Menschen sind nur vorübergehend – oft nur bis zu einem Jahr – von Armutsgefährdung und akuter Armut betroffen, eine kleine Gruppe von Personen allerdings dauerhaft über mehrere Jahre hinweg. Zur Einschätzung und Beurteilung der Wirksamkeit sozialpolitischer Maßnahmen ist es bedeutsam zu wissen, inwieweit und für welche Personengruppen **Armut und Armutsgefährdung** ein **vorübergehendes** oder ein **dauerhaftes** Problem darstellt. Im folgenden werden aktualisierte Informationen zur statischen bzw. durchschnittlichen (berechnet aus den Jahresdurchschnittswerten zwischen 1994 bis 1998), zur periodischen (dazu zählen Personen, die zumindest einmal im Fünfjahreszeitraum von Armutsgefährdung bzw.

Durchschnittliche, vorübergehende und Langzeitarmut und -armutsgefährdung, 1994–1998



Quelle: IFS (2002), ECHP/PDB, 5. Welle, eigene Berechnungen

Bemerkung: Durchschnittliche Armut ist der Durchschnitt der statischen Armutsraten während der Fünfjahresperiode 1994 bis 1998. Periodische Armut: zumindest einmal während des Zeitraumes von Armut betroffen. Langzeitarmut: Während zumindest vier Jahre zwischen 1994 und 1998 arm. Zahlen in Prozent der Gesamtbevölkerung.



akuter Armut betroffen waren), und zur Langzeitarmsut präsentiert. Personen, die in zumindest **vier von fünf Jahren betroffen waren**, werden im folgenden als **langzeitarmsut** definiert. Dies entspricht den jüngsten Empfehlungen des Europäischen Statistischen Zentralamtes, EUROSTAT.

Zwischen 1994 und 1998 befanden sich in Österreich etwa **400.000** Personen (5%) in **Langzeitarmsutgefährdung**, **100.000** davon in **akuter Langzeitarmsut**. Insgesamt waren etwa 2,2 Millionen Menschen, das ist mehr als ein Viertel der Gesamtbevölkerung, zwischen 1994 und 1998 zumindest einmal von Armsutgefährdung betroffen. 930.000 Personen, oder mehr als ein Zehntel der Gesamtbevölkerung waren im selben Zeitraum zumindest einmal akut armsut. Im Schnitt über die fünf Jahre bedeutet dies eine durchschnittliche Armsutgefährdung von 12% oder 980.000 Personen, bzw. von 5% oder 400.000 Personen, die in akuter Armsut lebten.

Eine Aufschlüsselung der Langzeitarmsut nach Bevölkerungsgruppen weist zum einen **Frauen als überproportional häufig** von durchschnittlicher, periodischer und Langzeitarmsutgefährdung<sup>8</sup> betroffen aus. Sie haben ein um 50% höheres Risiko langzeitarmsut zu sein als Männer. Auch ihre periodische und durchschnittliche Betroffenheit ist zwischen einem Fünftel und einem knappen Drittel höher. Im Hinblick auf **unterschiedliche Altersgruppen** sind es vornehmlich **Personen über 60 Jahre** die einen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung überproportionalen Anteil an durchschnittlicher und Langzeitarmsutgefährdung aufweisen. Kinder

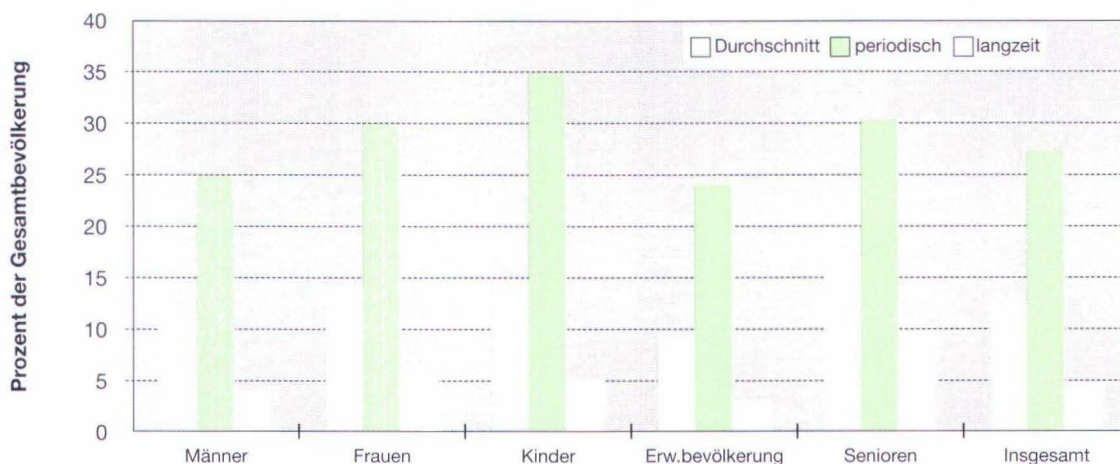
und Jugendliche bis 20 Jahre waren am häufigsten während der Fünfjahresperiode armsutgefährdet. Personen im **erwerbsfähigen Alter** (20 bis 59 Jahre) wiesen demgegenüber die **geringsten Armsutquoten** auf.

**Verweildauer in Armsutgefährdung und akuter Armsut**

Wird die Verweildauer, und damit die Anzahl der Jahre, die in Armsut verbracht wurden, analysiert, zeigt sich, dass die  **Hälfte aller Personen**, die in den Jahren **1994 bis 1998 von akuter Armsut** betroffen waren, für **nur ein Jahr** dieser Situation ausgesetzt war. Etwa jede sechste im Beobachtungszeitraum akut arme Person war zumindest vier Jahre lang betroffen. Die Ergebnisse für die armsutgefährdete Bevölkerung sind ähnlich; wiewohl der Anteil der Langzeitarmsutgefährdeten deutlich höher liegt: 22 von 100 armsutgefährdeten Menschen in Österreich erfuhren in vier oder fünf Jahren materiellen Mangel. Im österreichischen Schnitt dauern Perioden der Armsutgefährdung und akuten Armsut etwa 2 Jahre an.

Personen, die über längere Zeit hinweg Armsutgefährdung oder akute Armsut erfahren haben, nehmen einen bedeutenden Teil an den Gesamtjahren ein, die die österreichische Bevölkerung zwischen 1994 und 1998 in akuter Armsut bzw. Armsutgefährdung verbracht hat. Knapp ein Sechstel der insgesamt von akuter Armsut betroffenen Bevölkerung ist langzeitarmsut, diese nehmen allerdings mehr als ein Drittel der Gesamtzeit, die in Armsut verbracht wurde, in Anspruch. Im Falle der Armsutgefährdung sind es sogar 45 %<sup>9</sup>.

**Durchschnittliche, periodische und Langzeitarmsutgefährdung nach Geschlecht und Altersgruppen, 1994–1998**



Quelle: IFS (2002), ECHP/PDB, 5. Welle, eigene Berechnungen

Bemerkung: Durchschnittliche Armsut ist der Durchschnitt der statischen Armsutraten während der Fünfjahresperiode 1994 bis 1998. Periodische Armsut: zumindest einmal während des Zeitraumes von Armsut betroffen. Langzeitarmsut: Während zumindest vier Jahre zwischen 1994 und 1998 armsut. Zahlen in Prozent der Gesamtbevölkerung.

<sup>8</sup> Die Resultate für die Bevölkerung in akuter Armsut weichen nur geringfügig von jenen für die armsutgefährdete Bevölkerung ab und werden daher im folgenden nicht wiedergegeben.

<sup>9</sup> Für die Beurteilung etwaiger Allokationen eines Armsutbekämpfungsbudgets sind die Zahlen in der zweiten und vierten Spalte maßgeblich.



**Verweildauer und Anteil an Gesamtjahren in Armutsgefährdung und akuter Armut, 1994–1998**

Verweildauer	Armutsgefährdung		akute Armut	
	Anteil an allen armutsgefährdeten Personen	Anteil an Gesamtjahren	Anteil an allen armen Personen	Anteil an Gesamtjahren
1 Jahr	45%	20%	50%	24%
2 Jahre	20%	18%	19%	18%
3 Jahre	13%	18%	14%	21%
zumindest 4 Jahre	22%	45%	17%	37%
Durchschnitt (Jahre)		2,2		2,0

Quelle: IFS (2002), ECHP/PDB, 6. Welle, eigene Berechnungen

Bemerkung: „1 Jahr“ bedeutet bis zu einem Jahr. Leseweise: 45 % aller zwischen 1994 und 1998 von Armutsgefährdung Betroffenen blieben ein Jahr lang armutsgefährdet. Dies stellt 20% der Gesamtzeit an Armutsgefährdung dar, die in diesem Zeitraum angefallen ist.

### Charakteristika von langzeit- und kurzzeitarmer Personen in Österreich (siehe Tabelle auf S. 197)

Personen in Langzeitarmut und -armutsgefährdung unterscheiden sich von Personen, die lediglich kurzfristige Armutsperioden erleben (siehe Tabelle auf nächster Seite). Die Charakteristika von letzteren entsprechen eher den Merkmalen der Durchschnittsbevölkerung – und deuten darauf hin, dass das Risiko, zumindest kurzfristig in Situationen finanzieller oder anderer materieller Mängel zu geraten, breiter gestreut ist.

Überproportional von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind in Österreich Frauen; ältere Personen und, damit zusammenhängend, Haushalte mit Pensionen; Alleinerziehende ohne Erwerbseinkommen; Mehrpersonenhaushalte mit drei und mehr Kindern; Personen, die nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen; Personen aus ländlichen Regionen; Arbeitslose und inaktive Personen; Haushalte, in denen kein Mitglied einer bezahlten Beschäftigung nachgeht; sowie Personen aus Nicht-EU Staaten.

Die erwähnten Personengruppen sind auch überproportional häufig von akuter Langzeitarmut betroffen – mit zwei bedeutenden Ausnahmen: Personen in Mehrpersonenhaushalten sowie Personen, die am Land wohnen. Dies deutet darauf hin, dass für diese beiden Bevölkerungsgruppen finanzielle Mängel länger anhaltend existieren, nicht jedoch Mängel in anderen zentralen Lebensbereichen. In Wien zu leben, birgt dagegen inverse Risiken: in der Hauptstadt ist Langzeitarbeitslosigkeit unterproportional aber lang anhaltende akute Armut überproportional repräsentiert.

Die oben beschriebenen Personengruppen mit überproportionalem Langzeitarbeitslosigkeitsrisiko sind im allgemeinen nicht von überproportionaler Kurzzeitarbeitslosigkeit betroffen – mit vier Ausnahmen:

Alleinerziehende ohne Erwerbseinkommen; Personen mit Pflichtschulabschluss; Arbeitslose sowie Personen in Haushalten ohne Beschäftigung; und Personen aus Nicht-EU Staaten.

Zwei Bevölkerungsgruppen sind überproportional ausschließlich von Kurzzeitarbeitslosigkeit und kurzer akuter Armut betroffen: jüngere Personen (unter 20 Jahre) und selbständig Erwerbstätige. Für diese stellen Armutsgefährdung und akute Armut also vor allem ein vorübergehendes Phänomen dar.

## 7.5. Armut trotz Erwerbstätigkeit

Mit dem Begriff der „Working Poor“ werden Personen beschrieben, die trotz ihrer Erwerbstätigkeit zur Armutspopulation zählen. Das Phänomen dieser „Armut trotz Erwerbsarbeit“ wurde Ende des 20. Jahrhunderts zunächst in den USA beobachtet und untersucht: Mit der Entstehung der sogenannten „McJobs“, und damit vieler schlecht bezahlter, atypischer Beschäftigungsverhältnisse nahm die Armut unter der Erwerbsbevölkerung stetig zu (Bäcker *et al.*, 1998). Aber auch in Europa und Österreich ist eine rasante Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse zu beobachten und damit von Erwerbstätigen mit befristeten Arbeitsverträgen und/oder einer Teilzeitbeschäftigung (Tálos, 1999) – und die Vermutung eines Anstiegs der Armut unter der Erwerbsbevölkerung liegt nahe.

Als arm trotz Erwerbsarbeit gelten Personen, die, wiewohl sie einer bezahlten Beschäftigung nachgehen, von Armutsgefährdung oder akuter Armut betroffen sind. Armutsgefährdung und akute Armut werden hier auf Basis des aggregierten Haushaltseinkommens beurteilt. Damit steht in diesem Beitrag nicht das Problem niedriger individueller Arbeitseinkommen im Vordergrund. Vielmehr soll untersucht werden, wie sich



## Charakteristika der Bevölkerung in kurzfristiger und langfristiger Armut, 1994–1998

	Gesamtbevölkerung	armutsgefährdete Bevölkerung		Bevölkerung akuter Armut	
		kurzfristig	langfristig	kurzfristig	langfristig
<b>Geschlecht</b>					
Männer	48,4	48,3	38,5	47,8	38,6
Frauen	51,6	51,7	61,5	52,2	61,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Alter</b>					
Kinder- und Jugendliche (<20)	22,0	30,4	23,8	30,3	20,9
Junge Erwachsene (20–29)	11,9	4,8	4,9	6,2	8,5
Erwachsene (30–49)	30,6	31,9	21,0	31,5	25,8
Erwachsene (50–59)	14,2	12,9	7,2	12,5	11,6
Senior/inn/en (60+)	21,3	20,0	43,1	19,5	33,2
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Haushaltstyp</b>					
EPH mit Pension	6,2	5,1	17,4	10,1	20,9
MPH mit Pension	10,6	8,2	21,7	6,9	9,6
EPH ohne Pension, ohne Kinder	6,5	5,2	7,5	7,1	7,3
MPH ohne Pension, ohne Kinder	15,9	15,1	6,9	10,3	12,7
Alleinerziehende mit Erwerbseinkommen	4,3	8,3	3,7	7,2	8,1
MPH mit 1 Kind	15,5	12,8	2,2	20,5	0,0
MPH mit 2 Kindern	26,3	24,3	16,2	23,3	21,2
MPH mit 3 und mehr Kindern	13,9	18,0	20,6	9,6	17,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Schulbildung</b>					
Pflichtschule	34,4	47,3	57,8	45,0	60,5
Lehre/mittlere Schule	43,2	43,6	27,0	39,7	24,2
Matura	15,9	5,6	9,9	5,6	9,3
HS/Universität/FS	6,5	3,5	5,3	9,7	6,0
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Wohnort</b>					
Ländlicher Bereich	56,5	63,1	70,8	61,6	53,5
10 Tausend > 1 Mio.	23,2	18,3	13,8	15,7	16,6
Wien	20,2	18,6	15,4	22,7	29,9
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Staatsbürgerschaft</b>					
EU-Bürger/innen	96,5	91,4	89,2	84,5	85,6
Nicht-EU-Bürger/innen	3,5	8,6	10,8	15,5	14,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Haupttätigkeit</b>					
unselbständig erwerbstätig	44,4	36,4	12,0	35,8	16,2
selbständig erwerbstätig	6,6	10,2	8,8	9,2	5,4
arbeitslos	1,9	4,6	5,2	4,4	9,9
Aus- und Fortbildung	7,8	6,7	9,6	8,0	13,1
Ruhestand	22,1	22,1	31,5	17,0	17,3
Sonstige inaktive	17,2	20,1	32,9	25,6	38,2
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Beschäftigung</b>					
Teilzeitbeschäftigung (< 35 St.)	19,1	18,8	25,1	23,7	27,0
vollzeitbeschäftigt	80,9	81,2	74,9	76,3	73,0
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>HH Beschäftigungsintensität</b>					
ohne Beschäftigung	8,8	13,6	26,5	10,3	29,4
teilweise Beschäftigung	58,0	60,5	55,1	66,7	61,7
volle Beschäftigung	33,2	25,9	18,4	23,0	8,8
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: IFS (2002), ECHP/ PDB, 1. bis 5. Welle, eigene Berechnungen

Bemerkung: Kurzfristige Armut ist Armut für ein Jahr (für die Berechnung wurde das Anfangs- und Endjahr ausgenommen). Langfristige Armut ist Armut während zumindest vier Jahren, wobei diese nicht aufeinander folgen müssen. Die Daten beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung, außer für „Schulbildung“ und „Haupttätigkeit“ (Personen über 14 Jahre) und „Teilzeit/Vollzeit“ und „Haushaltsbeschäftigungsintensität“ (Bevölkerung im Erwerbsalter, d.h. Personen zwischen 20 und 59 Jahren). EPH= Einpersonenhaushalt, MPH = Mehrpersonenhaushalt.



(niedrige) Erwerbseinkommen im Haushaltseinkommen niederschlagen. Der Unterschied einer haushaltsbasierten Betrachtung im Gegensatz zu einer Darstellung von individuellen Erwerbseinkommen zeigt sich nicht zuletzt darin, dass erwerbstätige Frauen in Österreich weniger häufig in armutsgefährdeten oder akut armen Haushalten leben als erwerbstätige Männer. Dies liegt nicht an höheren Erwerbseinkommen von Frauen<sup>10</sup>, vielmehr stellt die Erwerbstätigkeit von Frauen im Wohlfahrtsstaat österreichischer Prägung meist einen Zuverdienst zum gesamten Haushaltseinkommen dar, wohingegen das Erwerbseinkommen von Männern häufig die zentrale Einkommensquelle eines Haushaltes ist. Geringe männliche Erwerbseinkommen haben demnach eine – relativ betrachtet – größere Wirkung auf das gesamte Haushaltseinkommen als geringe Löhne bzw. Gehälter von Frauen.

Durch eine Teilnahme am Erwerbsarbeitsleben wird das Risiko der Armutsgefährdung bzw. der akuten Armut in Österreich deutlich vermindert. Erwerbstätige Personen weisen im Vergleich zu nicht erwerbstätigen Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit auf, Armutsgefährdung bzw. akute Armut zu erfahren. 1998 waren lediglich 6% der ersten, aber 15% der zweiten Gruppe von Armutsgefährdung betroffen. Auch akute Armut tritt in der Gruppe der Erwerbstätigen deutlich weniger häufig auf als bei den Nicht-Erwerbstätigen (2% versus 5%). Bezahlte Erwerbstätigkeit verringert aber nicht nur das Risiko der Erwerbstätigen selbst armutsgefährdet oder akut arm zu sein, sondern auch der weiteren Haushaltsmitglieder, wie bereits oben anhand der Armutsraten in Haushalten mit unterschiedlichen Beschäftigungsintensitäten gezeigt worden ist.

Wiewohl somit Erwerbstätigkeit generell das Risiko der Armutsgefährdung bzw. akuten Armut vermindert, sind **viele Beschäftigte trotz ihrer Integration in den österreichischen Arbeitsmarkt nicht vor Armutsgefährdung und akuter Armut gefeit**<sup>11</sup>. Dieses Risiko erklärt sich nicht nur aus der geringen Höhe des Erwerbseinkommens, sondern auch aus der Größe und Zusammensetzung der Haushalte, in denen diese Personen leben, der Anzahl der Verdienender/-innen im Haushalt sowie der Zusammensetzung des gesamten Haushaltseinkommens.

Beispielsweise haben Beschäftigte, die allein leben ein deutlich höheres Armutsgefährdungsrisiko (12%) als Personen, die in Zwei- (4%) oder Mehrpersonenhaushalten (6%) leben. Beschäftigte in Einpersonenhaushalten weisen zudem eine erhöhte Betroffenheit von akuter Armut auf. Auch ist die Einkommenslücke wesentlich höher

als für den Durchschnitt der Erwerbstätigen. Haushalte von Erwerbstätigen, in denen Kinder leben, weisen nur ein etwas höheres Armutsgefährdungsrisiko auf als Haushalte ohne Kinder. Allerdings variiert das Risiko mit der Anzahl der Kinder. Liegt es bei erwerbstätigen Haushalten mit einem oder zwei Kindern bei etwa 5%, so ist es bei Haushalten mit 3 und mehr Kindern doppelt so hoch. Auch erwerbstätige Alleinerzieherinnen weisen mit 8% ein deutlich höheres Armutsrisiko auf als Haushalten von Erwerbstätigen mit Kindern im Schnitt.

Ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für das Armutsrisiko von erwerbstätigen Haushalten ist die Zahl der Einkommensbezieher/innen. Haushalte, in denen nur eine Person Einkommen aus Erwerbsarbeit bezieht, sind mit 13% deutlich häufiger von Armutsgefährdung betroffen als Haushalte, in denen mehr als eine Person bezahlt beschäftigt ist (2%); auch die akute Armut und die Armutsücke sind vergleichsweise höher. Schließlich hat auch die Zusammensetzung des Haushaltseinkommens an sich – bzw. die relative Bedeutung des Erwerbseinkommens für das aggregierte Haushaltseinkommen – deutliche Auswirkungen auf das Armutsrisiko von Erwerbstätigen. Eine geringe Armutsgefährdungsrate (4%) weisen z.B. Personen in jenen Haushalten auf, deren Haupteinkommensquelle Löhne bzw. Gehälter aus unselbständiger Beschäftigung darstellen. Ist Einkommen aus selbständiger Arbeit die primäre Einkommensquelle im Haushalt, dann erhöht sich die Rate bereits auf 17%. In diesen Haushalten ist auch das Risiko von akuter Armut mit über 6% deutlich höher als im Schnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung. Haushalte, in denen trotz Erwerbseinkommens Pensionen, öffentliche oder private Transfers die wesentlichste Einkommenskomponente darstellt, haben eine sehr hohe Armutsgefährdungsrate (24%), aber eine relativ geringe Rate der akuten Armut (3%). Multivariate Analysen der „Working Poor“ weisen darauf hin, dass die erwähnten Charakteristika, allen voran die Anzahl der Einkommensbezieher/-innen aber auch die Zusammensetzung des Haushaltseinkommens, einen signifikanten Einfluss darauf haben, ob erwerbstätige Personen Armutsgefährdung erfahren oder nicht.

### Analyse der „Working Poor“

Im folgenden wird detaillierter auf individuelle Charakteristika der erwerbstätigen Personen in Österreich und ihr Risiko armutsgefährdet oder akut arm zu sein, eingegangen. Zunächst hat neben dem Geschlecht das Alter der Erwerbstätigen Einfluss auf ihr Armutsgefährdungsrisiko. Von den erwerbstätigen Personen haben jüngere und ältere Arbeitnehmer/innen höhere Gefährdungsraten. In

<sup>10</sup> Die Erwerbseinkommen von Frauen liegen um etwa ein Drittel unter denen der Männer (vgl. das Kapitel zur Einkommensverteilung in diesem Sozialbericht).

<sup>11</sup> Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die Erwerbsbevölkerung.



## Armutsgefährdung und akute Armut von erwerbstätigen Personen – Haushaltscharakteristika, 1998

	Armutsgefährdung			akute Armut			Anteil an Erwerbsbevölk. (in %)
	rel. Anteil (in %)	Rate (in %)	Armuts-lücke*	rel. Anteil (in %)	Rate (in %)	Armuts-lücke*	
<b>Erwerbstätige insgesamt</b>	100	6,3	26	100	1,6	(23)	100
<b>Haushaltsgröße</b>							
1 Person	23	12,0	(40)	27	3,6	(40)	12
2 Personen	14	4,2	(23)	8	0,7	(7)	21
3 und mehr Personen	63	5,9	21	65	1,5	(18)	67
<b>Haushaltsstruktur**</b>							
in Haushalten ohne Kinder	34	5,5	37,4	31	1,5	(23,4)	32
in Haushalten mit Kindern	66	6,2	21,3	69	1,5	(32,1)	68
davon:							
Alleinerzieher/in	8	7,9	(22,4)	10	3,1	(25,1)	14
MPH mit 1 Kind	31	5,3	(21,6)	26	0,8	(20,4)	17
MPH mit 2 Kindern	43	5,1	22,6	35	1,4	(19,8)	39
MPH mit 3 u. mehr Kindern	18	9,6	19,0	29	2,5	(23,4)	31
<b>Anzahl der Erwerbseinkommensbezieher/innen im HH</b>							
ein/e Einkommensbezieher/in	78	12,7	29	87	3,7	(2,5)	35
zwei oder mehr Einkommensbezieher/innen	22	2,0	(18)	13	0,3	(10)	65
<b>Haupteinkommensquelle im HH</b>							
unselbständige Erwerbseinkommen	52	3,9	21	57	1,1	(21)	85
selbständige Erwerbseinkommen	23	16,7	31	33	6,2	(26)	9
öffentliche oder private Transfers	25	24,1	31	10	2,5	(28)	7

\*bezogen auf die Erwerbsbevölkerung

\*\* ohne Haushalte mit Pensionen

Quelle: IFS (2002), ECHP/PDB, 5. Welle, eigene Berechnungen

HH = Haushalt, MPH = Mehrpersonenhaushalt. Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen und können daher statistischen Schwankungen unterliegen.

Bezug auf die Staatsbürgerschaft zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen Erwerbstätigen aus Österreich bzw. anderen EU-Ländern und Angehörigen von Drittstaaten: Die Armutsgefährdungsquote von letzteren war 1998 mit 13% mehr als doppelt so hoch wie von ersteren (6%). Neben den geringen Erwerbseinkommen von Migrant/inn/en wirken auch Unterschiede in der Haushaltsstruktur auf das Armutsrisiko ein. Beispielsweise lebten 63% alle EU-Bürger/innen in Haushalten mit 3 oder mehr Mitgliedern, aber über 86% alle Nicht-EU Bürger/innen. Damit muss das Erwerbseinkommen in Haushalten von Drittstaatsangehörigen im Schnitt auf mehr Personen aufgeteilt werden, als in Haushalten von EU-Bürger/innen – und ihr Armutsrisiko steigt dementsprechend an.

**Selbständige Erwerbspersonen** und ihre Haushaltsangehörigen sind einem höheren Risiko ausgesetzt als unselbständig Erwerbstätige. 1998 waren 15% aller selbständig Erwerbstätigen armutsgefährdet, 4% waren akut arm – Werte, die nicht nur über dem Durchschnitt der Erwerbsbevölkerung, sondern auch über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung in Österreich liegen. Innerhalb der Gruppe der Selbständigen sind es vor allem Landwirte und (eingeschränkter) Landwirtinnen, die besonders betroffen sind. Obwohl nur etwa 7% der gesamten Erwerbsbevölkerung in der Landwirtschaft tätig ist, machen sie etwa 20% der armutsgefährdeten und akut armen Erwerbsbevölkerung aus. Einmal mehr beeinflussen neben der Höhe der Erwerbseinkommen auch unterschiedliche Haushaltskonstellationen das jeweilige



## Armutsgefährdung und akute Armut von erwerbstätigen Personen – individuelle Charakteristika, 1998

	Armutsgefährdung			akute Armut			Anteil an Erwerbsbevölk. (in %)
	rel. Anteil (in %)	Rate (in %)	Armuts-lücke*	rel. Anteil (in %)	Rate (in %)	Armuts-lücke*	
<b>Erwerbstätige insgesamt</b>	100	6,3	25,6	100	1,6	(23)	100
Männer	63	6,8	24,9	69	1,9	(23)	58
Frauen	37	5,5	26,6	31	1,2	(23)	42
<b>Alter</b>							
< 20 Jahre	8	8,6	(16)	6	1,7	(10)	6
20–29 Jahre	19	6,3	(34)	12	1,0	(28)	19
30–49	53	6,0	24	60	1,7	(22)	56
50–59	17	5,9	(27)	21	1,9	(27)	18
> 60 Jahre	4	10,9	(10)	2	1,3	(8)	2
<b>Staatsbürgerschaft</b>							
Österreicher/innen und EU	92	6,0	26	91	1,5	(24)	96
Nicht-EU-Bürger/innen	8	12,6	(18)	9	3,7	(13)	4
<b>berufliche Stellung</b>							
Landwirt/in inkl. Mithelfende	19	17,8	21	15	3,6	(19)	7
Selbständig/Freiber. & Mith.	15	12,6	(38)	21	4,7	(27)	7
Lehrling	7	10,5	(16)	4	1,7	(12)	4
Arbeiter/in	28	6,6	16	38	2,3	(18)	27
Angestellte	20	3,8	(36)	16	0,8	(38)	34
Beamte, Beamtin, Vertragsbedienstete	11	3,2	(29)	7	0,5	(23)	22
<b>berufliche Qualifikation (ohne Selbständige und Lehrlinge)</b>							
Hilfstätigkeiten	46	8,0	18	52	2,4	(19)	26
Facharbeiter/in, einf. Angestellte	22	4,0	(19)	32	1,6	(12)	24
mittlere Tätigkeiten, Meister/in	23	4,3	(39)	16	0,8	(61)	24
höhere Tätigkeiten	7	2,0	(29)	0	*	*	17
hochqualifizierte Tätigkeiten	3	1,4	(61)	0	*	*	10
<b>Beschäftigungsstunden pro Woche</b>							
max. 20 Stunden pro Woche	22	12,4	28	26	3,8	(34)	11
21–30 Stunden pro Woche	9	8,0	30	5	1,2	(27)	7
31–40 Stunden pro Woche	39	4,3	23	36	1,0	(17)	57
mehr als 40 Stunden pro Woche	30	7,6	26	32	2,1	(21)	25
<b>eingeschränkte Erwerbsbeteiligung</b>							
kurzzeit-arbeitslos	4	6,6	(22)	4	1,7	(34)	4
langzeit-arbeitslos (> 6 Monate)	(1)	(14,2)	(54)	(2)	(6,2)	(94)	(1)
Karenz	2	5,0	(38)	*	*	*	3
Behinderung	(2)	(16,2)	(27)	*	*	*	(1)

\*bezogen auf die Erwerbsbevölkerung

Quelle: IFS (2002), ECHP/PDB, 6. Welle, eigene Berechnungen

Bemerkung: Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen und können daher statistischen Schwankungen unterliegen. HH = Haushalt.



Armutsrisiko. So lebten 82% aller in der Landwirtschaft tätigen Personen in Haushalten mit zumindest 3 Personen, mit denen das Haushaltseinkommen geteilt werden muss. Dies ist ein deutlich höherer Anteil als im Vergleich zu den Beschäftigten in der Industrie (72%) bzw. dem Dienstleistungssektor (58%). Neben der Haushaltsgröße weisen in der Landwirtschaft tätige Personen auch spezifische Haushaltsstrukturen auf: Der Anteil von Familien mit 3 oder mehr Kindern ist mit 36% deutlich höher als im Vergleich zur durchschnittlichen Erwerbsbevölkerung (19%). Dies ist auch mit ein Grund dafür, dass der Einverdiener/innenanteil in Haushalten von in der Landwirtschaft beschäftigten Personen mit 44% deutlich höher ist als in der Industrie (35%) oder im Dienstleistungssektor (34%), die einen höheren Mehrverdiener/innenanteil aufweisen.

**Unselbständig Beschäftigte** sind im Vergleich zu Selbständigen **weniger häufig** von Armutsgefährdung und akuter Armut betroffen. Allerdings weisen Lehrlinge und (eingeschränkter) Arbeiter/-innen deutlich höhere Armutsquoten auf als Angestellte und Beschäftigte des öffentlichen Sektors. Neben der Höhe der Erwerbseinkommen spielen dafür auch unterschiedliche Haushaltskonstellationen eine große Rolle: Lehrlinge (91%) und Arbeiter/innen (75%) leben weit häufiger in Haushalten mit 3 und mehr Personen als Angestellte (58%) oder Beamte bzw. Beamtinnen (66%). Zudem ist der Anteil der Haushalte mit 3 und mehr Kindern bei Lehrlingen (27%) und Arbeiter/innen (19%) deutlich höher als im Vergleich zu den Angestellten (12%) oder den Beamten/Beamtinnen (15%). Konsequenz dieser Haushaltskonstellationen sind vor allem geringere Pro-Kopf-Einkommen von Lehrlingen und Arbeiter/innen.

**Personen**, die lediglich **Hilfstätigkeiten** ausführen, weisen ein besonders hohes Armutsrisiko auf. Wiewohl innerhalb der unselbständig Beschäftigten nur etwa ein Viertel Hilfstätigkeiten ausübt, stellen sie etwa die Hälfte der armutsgefährdeten und akut armen Bevölkerung. Allerdings haben armutsgefährdete Beschäftigte mit Hilfstätigkeit unterdurchschnittliche Einkommenslücken.

Wie oben erläutert, führte nicht zuletzt ein Anstieg atypischer Beschäftigungsverhältnisse zu einer Zunahme der „Working Poor“ in den USA. Auch für Österreich lässt sich der **Zusammenhang zwischen atypischen Arbeitsformen und Armutsgefährdung bzw. akuter Armut** nachweisen. Die Armutsgefährdungsquote von Personen in einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis ist mit 4% lediglich halb so hoch wie von Personen mit zeitlich befristeten Arbeitsverträgen (9%). Auch Teilzeitarbeit ist mit einem höheren

Armutsrisiko verbunden. Teilzeitbeschäftigte mit bis zu 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit haben ein dreifaches, bei 21 bis 30 Stunden ein doppelt so hohes Risiko armutsgefährdet zu sein, wie Personen, die zwischen 31 und 40 Stunden beschäftigt sind.

Eine zeitlich geringere Erwerbstätigkeit ist damit mit einem höheren Armutsrisiko verbunden, wobei deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu Tage treten: Bei einer Beschäftigungsdauer von bis zu 20 Stunden in der Woche weisen Männer ein deutlich höheres Armutsrisiko auf als Frauen. Beinahe jeder zweite männliche Beschäftigte mit einem Beschäftigungsausmaß von 11 bis 20 Wochenstunden ist einkommensarm, aber nur jede vierzehnte Frau. Auch die Armutsücke ist bei Männern mit einem geringen Beschäftigungsausmaß größer. Dies zeigt, dass das Erwerbseinkommen von Frauen, die Teilzeit arbeiten, in vielen Fällen einen Zweitverdienst zum gesamten Haushaltseinkommen darstellt, wohingegen das Erwerbseinkommen von Männern oft die dominante Einkommensquelle innerhalb eines Haushaltes ist und damit seine materielle Situation wesentlich bestimmt. Das Armutsgefährdungsrisiko ist bei Erwerbstätigen, die mehr als 40 Stunden pro Woche beschäftigt sind, höher als bei den Vollzeitbeschäftigten – und hier vor allem bei Frauen. Eine Erklärung dafür lässt sich darin finden, dass bei besonders niedrigen Löhnen das Arbeitsangebot aus Gründen finanzieller Engpässe zunimmt (vgl. z.B. Lampert/Althammer, 2001:35f). Generell kann festgestellt werden, dass **Abweichungen vom typischen Arbeitsvertrag**, und damit einem unbefristeten, vollzeitbeschäftigten Dienstverhältnis, zu einem **erhöhten Armutsrisiko** führen. Damit kann auch für Österreich das Phänomen der „Working Poor“ zum Teil auf atypische Beschäftigungsverhältnisse zurückgeführt werden.

### Langzeitarmut der „Working Poor“

Personen, die während der gesamten Fünfjahresperiode einer bezahlten Erwerbstätigkeit nachgegangen sind, weisen geringere Anteile an statischer, periodischer und Langzeitarmutsgefährdung auf als nicht-erwerbstätige Personen.<sup>12</sup>

Spezifische Personengruppen sind allerdings trotz ihrer bezahlten Beschäftigung einem auch im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung höheren dauerhaften Armutsrisiko ausgesetzt. Dies sind zunächst selbständig beschäftigte Arbeitnehmer/-innen, die knapp die Hälfte (45,1%) aller langzeitarmutsgefährdeten Erwerbstätigen ausmachen, wiewohl sie nur 14% der gesamten Erwerbsbevölkerung stellen. Einmal mehr sind Personen,

<sup>12</sup> Die Resultate für die Bevölkerung in akuter Armut weichen nur geringfügig von jenen für die armutsgefährdete Bevölkerung ab und werden daher im folgenden nicht wiedergegeben.



die in der Landwirtschaft tätig sind, im besonderen von Langzeitarmut betroffen. Eine weitere gefährdete Gruppe sind Arbeitnehmer/-innen aus Nicht-EU Ländern. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung waren auch Personen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit, etwa einer Behinderung, trotz permanenter Beschäftigung häufiger von statischer und periodischer Armutsgefährdung betroffen als die Gesamtbevölkerung im Schnitt. Dies gilt ebenso – wenn auch in eingeschränkterem Maße – für atypische Beschäftigte, d.h. für Personen, die 1998 ein befristetes Beschäftigungsverhältnis innehatten bzw. die keiner Vollzeitarbeit nachgingen.

Deutliche Unterschiede zwischen erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Personen zeigen sich im Hinblick auf die Verweildauer in Armutsgefährdung und akuter Armut. Im Schnitt dauert die Armutsphase bei Erwerbstätigen mit 1,9 Jahren nicht nur kürzer an als bei Nicht-Erwerbstätigen (2,4 Jahre). Der Anteil der Armutsgefährdeten, die mindestens vier Jahre lang betroffen sind, ist mit 14% auch deutlich geringer (29%).

### Zusammenfassende Einschätzung

Eine Analyse der erwerbstätigen Personen in Österreich macht deutlich, dass – im Vergleich zu nicht-erwerbstätigen Personen – eine Teilnahme am Erwerbsarbeitsleben einerseits zu geringeren Armutsquoten, andererseits auch zu kürzeren Armutsphasen führt. Damit stellt bezahlte Erwerbsarbeit einen guten Schutz vor Armutsgefährdung und akuter Armut dar – und zwar nicht nur für die Erwerbstätigen selbst sondern auch für deren Haushaltsangehörige. Es handelt sich allerdings nicht um einen ausreichenden Schutz, da spezifische Gruppen am Arbeitsmarkt eine überproportionale Betroffenheit aufweisen.

Werden demografische Kriterien (wie Anzahl der Kinder, Familienstruktur) arbeitsmarktspezifischen Kriterien gegenübergestellt, so scheinen erstere einen geringeren Einfluss auf die Erklärung des Phänomens „Armut trotz Erwerbstätigkeit“ zu haben als letztere. Die Zusammensetzung der armen Erwerbstätigen nach demografischen Merkmalen unterscheidet sich von jener der gesamten Erwerbsbevölkerung in geringerem Ausmaße als die Zusammensetzung nach arbeitsmarktspezifischen Merkmalen.

Zunächst leiden selbständige Arbeitnehmer/-innen besonders häufig und dauerhaft an materieller und akuter Armut und zwar vornehmlich Landwirte, sowie generell Personen, die in der Landwirtschaft tätig sind. Zudem sind Erwerbstätige, die Hilfstätigkeiten ausüben, häufiger von Armutsgefährdung und akuter Armut betroffen als

Personen mit höheren Qualifikation. Dies gilt auch für atypische Beschäftigte, also Personen, die nur teilzeitbeschäftigt sind bzw. durch kurze, befristete Arbeitsverträge am Arbeitsmarkt integriert sind. Auch Arbeitnehmer/-innen aus Drittstaaten sind wesentlich häufiger und länger mit Armutsgefährdung und akuter Armut konfrontiert als Bürger/-innen aus Österreich und EU-Staaten. Multivariate Analysen weisen neben diesen individuellen Charakteristika der Erwerbstätigen zudem die Zahl der Einkommensbezieher/-innen im Haushalt sowie die Zusammensetzung des Haushaltseinkommens als signifikante Einflussfaktoren auf das Armutsrisiko auf.

Das Phänomen der „Working Poor“ existiert damit auch in Österreich – und spezifische sozialpolitische Interventionen sind notwendig, um das Risiko der erwähnten Problemgruppen am Arbeitsmarkt zu vermindern. Die Analyse zeigt aber auch klar, dass Armutsgefährdung bzw. akute Armut und soziale Ausgrenzung – die u.a. durch eine Integration in das Erwerbsleben vermieden werden soll – sich nicht gegenseitig ausschließen (vgl. dazu auch die diesbezüglichen Ausführungen im letzten Sozialbericht). Es ist daher notwendig, parallel Anstrengungen zu unternehmen, die einerseits die Integration am Arbeitsmarkt verbessern helfen, die andererseits aber auch benachteiligte und armutsgefährdete Gruppen im Arbeitsmarkt unterstützen.

## 7.6. Rolle der Sozialleistungen für die Armutslinderung

Im folgenden wird die Rolle der monetären Sozialleistungen (Pensionen, Familienleistungen, Arbeitslosengeld etc.) zur Armutssenkung sowie deren Entwicklung in den letzten sechs Jahren analysiert. Leider erlauben die vorliegenden Daten keine getrennte Erfassung der Armutslinderung durch die Steuerelemente des öffentlichen Umverteilungssystems. Es kann also lediglich auf die Effekte der öffentlichen monetären Transfers auf verfügbare (Netto) Haushaltseinkommen Rücksicht genommen werden. Auch Interaktionen zwischen den beiden Systemen müssen unberücksichtigt bleiben.

Zunächst wird die Bedeutung verschiedener Sozialleistungen für das verfügbare Einkommen betrachtet. Dabei zeigt sich ein großer Unterschied zwischen der gesamten Bevölkerung und der armutsgefährdeten Bevölkerung<sup>13</sup>. Während **Sozialleistungen 1999 etwa ein Drittel des Haushaltseinkommens für die Gesamtbevölkerung** darstellten, machten diese **weit über die Hälfte des Einkommens für die arme Bevölkerung** aus. Dabei kam es – sowohl für Armutsge-

<sup>13</sup> Die Resultate für die Bevölkerung in akuter Armut weichen nur geringfügig von jenen für die armutsgefährdete Bevölkerung ab und werden daher im folgenden nicht wiedergegeben.



fährdete als auch im allgemeinen – zu einem spürbaren Anstieg dieser Quote seit 1994. Dieser ist aber ausschließlich auf den Anstieg der altersabhängigen Sozialleistungen (Pensionen) zurückzuführen. Der Anteil der übrigen Sozialleistungen am Haushaltseinkommen ist dagegen gleich geblieben.

Pensionen stellen mit über der Hälfte aller Sozialleistungen die weitaus wichtigste Komponente monetärer Transfers dar. Eine Erhöhung dieses Anteil kann auch durch demographische Trends (Alterung der Bevölkerung) hervorgerufen werden. Daher wurde auch die Bedeutung der Sozialleistungen lediglich für die Bevölkerung ohne Pensionsist/inn/en betrachtet. Auch hier besteht ein großer Unterschied zwischen armutsgefährdeter und Gesamtbevölkerung: Sozialleistungen machen mehr als ein Drittel des gesamten Haushaltseinkommens der armen Bevölkerung ohne Pensionist/inn/en aus. Ihr Anteil ist damit doppelt so hoch wie für alle Personen (ohne Pensionist/inn/en). Zwischen 1994 und 1999 kam es zu einem Ansteigen dieser Prozentsätze, welche allerdings nicht so hoch ausfiel wie für die Bevölkerung inklusive Pensionist/inn/en. Für die armutsgefährdete Bevölkerung ohne Pensionist/inn/en

sind familienbezogene Sozialleistungen mit einem Fünftel des Haushaltseinkommens besonders wichtig. Ihr Stellenwert hat sich ebenso leicht erhöht wie jener der arbeitslosigkeitsbezogenen Sozialleistungen (9% des Einkommens). Der Anteil der krankheitsbezogenen Sozialleistungen ist mit 2% gleich geblieben, jener der bedarfsbezogenen und anderen Sozialleistungen hingegen leicht zurückgegangen. Letztere umfassen im wesentlichen Sozialhilfe, Wohnbeihilfe, Stipendien und Witwenpensionen vor dem gesetzlichen Ruhestand und haben mit unter zwei Prozent eine sehr geringe Bedeutung im Budget armer Haushalte.

Um den Beitrag der Sozialleistungen zur Armutslinderung zu analysieren, wird im folgenden von Pensionen abstrahiert und es werden nur altersunabhängige Sozialtransfers betrachtet. Ohne diese Transfers hätte es in Österreich 1999 insgesamt fast 1 Million armutsgefährdeter Personen und 275.000 Personen in akuter Armut mehr gegeben. Wird die Bevölkerung mit Ausnahme der Pensionisten betrachtet, hätte es 800.000 armutsgefährdeter Personen und 200.000 Personen in akuter Armut mehr gegeben. **Altersunabhängige Sozialtransfers reduzieren also die Anzahl der armen Personen um mehr als die Hälfte.**

**Anzahl armutsgefährdeter und akut armer Personen vor und nach Erhalt altersunabhängiger Sozialtransfers, 1999**

	Gesamtbevölkerung		Bevölkerung ohne Pensionisten	
	armutsgefährdet	akut arm	armutsgefährdet	akut arm
<b>Anzahl (in Tausend)</b>				
Gesamteinkommen ohne Transfers	1848	588	1341	412
Gesamteinkommen inkl. Transfers	876	313	541	206
<b>Effekt</b>	-972	-275	-800	-206

Quelle: IFS (2002), ECHP/PDB, 6. Welle, eigene Berechnungen

Zwischen 1994 und 1999 hat die **armutslindernde Wirkung altersunabhängiger Sozialleistungen** für die Bevölkerung ohne Pensionist/inn/en nicht abgenommen, und im Falle der Armutsgefährdungsrate sogar signifikant zugenommen, nämlich von etwa 50% auf fast 60%. Die Reduktion der Intensität der Armut, d.h. der Einkommenslücke, blieb mit etwa 50% gleich stark.

Mit Ausnahme der bedarfsbezogenen Leistungen ist Armutsbekämpfung nicht das vorrangige Ziel der verschiedenen Sozialleistungen. Dennoch werden Armutsraten gesenkt und Einkommenslücken geschlossen, und zwar zu einem beträchtlichen Teil. Es ist zu vermuten, dass unterschiedliche Transferprogramme aufgrund ihres Designs und ihrer Zielsetzungen auch in unterschiedlichem Ausmaß zur Armutslinderung unter ver-

schiedenen Risikogruppen beitragen. Dies wird in der Folge untersucht.

Nach Altersgruppen differenziert, werden die Armutsgefährdungsrate durch den Bezug von Sozialleistungen mit steigendem Alter zunehmend vermindert. Bei Personen, die über 60 Jahre alt sind, wird die Armutsrate vor allem durch den Bezug von altersabhängigen Sozialleistungen, allen voran Alterspensionen von 82% auf 17% verringert. Nach unterschiedlichen Haushaltstypen differenziert, werden die relativ größten armutslindernden Effekte von öffentlichen Transfers ebenfalls für Haushalte mit Pensionsbeziehern bzw. -bezieherinnen erzielt. Diese Ergebnisse sind nicht überraschend, da, wie weiter oben gezeigt wurde, Pensionen die weitaus größte Einnahmensquelle älterer Personen sind. Die Rolle der Sozial-



leistungen zur Armutslinderung können daher eher für Personengruppen ohne Pensionisten untersucht und interpretiert werden.

Auch in Mehrpersonenhaushalten ohne Pensionen und ohne Kinder wäre das Risiko der Armutsgefährdung ohne Sozialleistungen wesentlich höher gewesen, nämlich fast 30%. Eine bedeutende armutslindernde Rolle kommt in diesen Haushalten dennoch sowohl altersabhängigen Sozialleistungen zu, zum anderen vor allem aber auch krankheitsbezogenen Transfers. Die Bedeutung, die Sozialleistungen für das gesamte Haushaltseinkommen haben, zeigt sich auch bei Haushalten von Alleinerziehenden, deren Armutsgefährdungsrate ohne Transfers 52% (statt 17%) betragen wäre. Wesentlich zur Verringerung ihres Armutsrisikos haben familienbezogenen Transfers beigetragen: Ohne diese beliefe sich ihr Armutsrisiko auf 35%. Ähnliche Auswirkungen haben

Sozialtransfers auch auf große Haushalte, in denen drei und mehr Kinder leben. Der Bezug von Sozialleistungen reduziert ihr Armutsrisiko von 40% auf 16%. Allein aufgrund von familienbezogenen Leistungen verringert sich ihr Armutsrisiko bereits um mehr als die Hälfte.

Das Armutsgefährdungsrisiko von Personen, die in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sind, wird um ein vielfaches verringert, z.B. im Falle von Behinderungen, bei Arbeitslosigkeit, bei Karenz. Je nach Grund der Einschränkungen spielen zur Armutsvermeidung primär krankheitsbezogene Transfers (Behinderung), familienbezogene Leistungen (Karenz) sowie arbeitslosigkeitsbezogene Leistungen (Arbeitslosigkeit) die größte Rolle. Geht kein Haushaltsmitglied im erwerbsfähigen Alter einer Erwerbsarbeit nach, wird die Armutsquote der Mitglieder in diesen Haushalten durch Sozialtransfers von 89% auf 25% gesenkt. Dabei haben altersabhängige und

#### Armutsgefährdungsraten von Risikogruppen vor und nach Erhalt von Sozialtransfers, 1999

<b>Gesamteinkommen</b>	inkl. Sozialtransfers	ohne Sozialtransfers	ohne altersabhäng. Transfers	ohne altersunabhäng. Transfers	ohne Familientransfers	ohne Arbeitslosen-transfers	ohne Krankheits-transfers	ohne bedarfsorient. Transfers
<b>Bevölkerungsgruppen</b>								
Gesamtbevölkerung	11%	41%	29%	23%	17%	12%	15%	12%
Erwerbsbevölkerung*	14%	19%	13%	9%	11%	8%	14%	19%
Senior/inn/en 60+	17%	82%	75%	27%	18%	18%	24%	18%
EPH mit Pension	27%	100%	100%	39%	28%	28%	36%	30%
MPH mit Pension	17%	97%	95%	21%	17%	17%	20%	17%
MPH ohne Pension und ohne Kinder	3%	27%	13%	16%	4%	6%	12%	4%
Alleinerziehende	17%	52%	22%	46%	35%	18%	23%	17%
MPH mit 3 und mehr Kindern	16%	40%	21%	36%	35%	17%	17%	16%
Arbeitslosigkeit*	17%	50%	26%	43%	23%	30%	21%	18%
Behinderung*	21%	59%	34%	50%	24%	26%	40%	21%
Karenz*	3%	33%	6%	28%	25%	3%	4%	3%
in Haushalt ohne Beschäftigung*	25%	89%	56%	63%	31%	36%	43%	27%
Nicht-EU-Bürger/innen	21%	37%	23%	36%	30%	24%	23%	23%

Quelle: IFS (2002)/ECHP

Leseweise (erste Zeile): 11% der Gesamtbevölkerung sind armutsgefährdet auf Basis des Gesamteinkommens (inkl. Transfers). Dieser Prozentsatz würde auf 39% steigen, gäbe es keine Sozialtransfers, auf 28% ohne altersabhängige Transfers, bzw. auf 24% ohne altersunabhängige Transfers. Daten beziehen sich auf Gesamtbevölkerung, außer \*: Daten beziehen sich auf Personen zwischen 20 und 59 Jahren. EPH = Einpersonenhaushalt, MPH = Mehrpersonenhaushalt.



-unabhängige Leistungen in etwa die selbe reduzierende Wirkung auf das Armutsrisiko.

Bürger/-innen aus dem EU-Ausland vermindern zwar auch durch den Bezug von Sozialleistungen ihr Armutsrisiko, allerdings in einem geringeren Ausmaß als Österreicher/-innen und EU-Bürger/-innen. Zunächst spielen altersabhängige Sozialleistungen für Gruppe kaum eine Rolle; auch durch den Bezug von arbeitslosigkeitsbezogenen, krankheitsbezogenen sowie bedarfsorientierten Leistungen wird ihr Risiko geringfügig (um ca. ein Zehntel) eingeschränkt, lediglich familienbezogene Leistungen spielen eine etwas größere Rolle.

Werden lediglich altersunabhängige Sozialleistungen in Betracht gezogen, wäre Langzeitarmutsgefährdung um knapp 10 Prozentpunkte (oder 770.000 Personen) und periodische Armutsgefährdung<sup>14</sup> um etwa 17 Prozentpunkte (oder 1.400.000 Personen) höher gewesen. Damit **reduzieren öffentlichen Sozialleistungen** ohne Pensionen das **Risiko der Langzeitarmutsgefährdung** um fast **zwei Drittel** und **periodische Armutsgefährdung** um **etwa 40%**. Auch **akute Armut** wird aufgrund von altersunabhängigen Sozialleistungen **deutlich vermindert**:

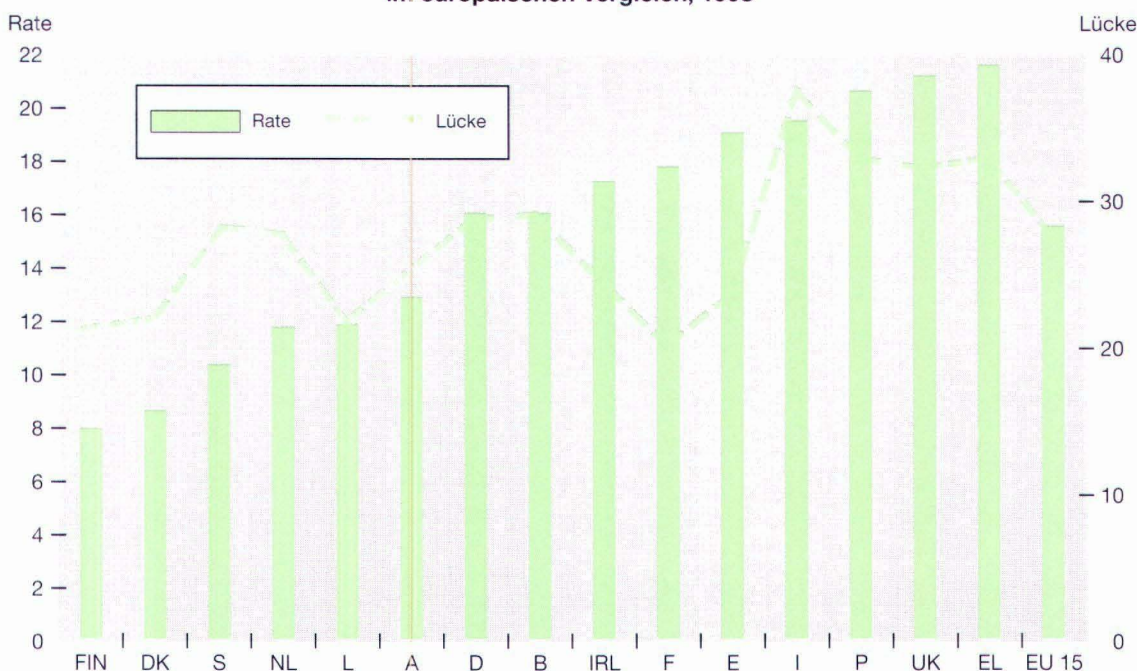
Langzeitarmut um etwa 60%, periodische Armut um etwa 40%.

Öffentliche Transferleistungen tragen daher nicht nur zu einer Reduktion der Armutsgefährdung und akuten Armut bei, sondern auch zu einer deutlichen Verringerung der Armutsdauer. Ohne den Bezug von öffentlichen Transfers wären zwar nur 29% aller Armutsgefährdeten ein Jahr lang betroffen gewesen, aber immerhin noch 37% zumindest vier Jahre lang. Dieses Ergebnis wird auch bei einer detaillierteren Analyse nach Geschlecht und Altersgruppen bestätigt (siehe dazu Förster *et al.*, 2001, S. 43–48).

### 7.7. Armutsgefährdung im europäischen Vergleich

Im ersten europäischen Bericht über „Einkommen, Armut und soziale Ausschließung“ (EUROSTAT, 2001), der sich auf das Beobachtungsjahr 1995 bezieht, rangiert **Österreich** mit einer Armutsgefährdungsrate von ca. 12% **im unteren Mittelfeld** der Länderskala (EU-Durchschnitt

Armutsgefährdungsraten und Einkommenslücken der armutsgefährdeten Personen im europäischen Vergleich, 1998



Quelle: Europäisches Haushaltspanel (ECHP), UDB, 5. Welle

Bemerkung: Armutsgefährdungsschwellen beziehen sich auf 60% des nationalen gewichteten Medianhaushaltseinkommens. Armutsgefährdungsrate ist die Anzahl der Armutsgefährdeten in Prozent der Gesamtbevölkerung. Einkommenslücke ist die Differenz zwischen dem Durchschnittseinkommen der Armen und der Armutsschwelle, in Prozent dieser Schwelle.

<sup>14</sup> Langzeitarmutsgefährdung ist dabei definiert als Armutsgefährdung während zumindest vier Jahren während des Zeitraums 1994 bis 1988, periodische Armutsgefährdung als Armutsgefährdung zumindest einmal während des Zeitraumes 1994 bis 1998.



17%). Im folgenden werden auf Basis des harmonisierten Haushaltspanels<sup>15</sup> aktualisierte und zusätzliche Informationen für die 15 Mitgliedsländer der EU dargestellt. Diese beziehen sich auf das zuletzt verfügbare Einkommensjahr, 1998.

Die durchschnittliche europäische Armutsschwelle betrug etwa 7.000,- €, wobei diese je nach Land äußerst unterschiedlich sind: so haben die südeuropäischen Länder und Irland wesentlich niedrigere Schwellen (4.000,- bis 6.000,- €), während Luxemburg die weitaus höchste Schwelle aufweist (fast 12.000,- €). **Österreich** befindet sich, gemeinsam mit Deutschland, dem Vereinigten Königreich, den Niederlanden, Belgien und Dänemark in der Gruppe mit den **zweithöchsten Armutgefährdungsschwellen** (8.000,- bis 8.600,- €).

Im Europa der 15 waren 1998 65 Millionen Personen von Armutgefährdung betroffen, was einer Rate von etwa 17% entspricht. Mehr als die Hälfte dieser Personen lebt in den drei größten EU Ländern Deutschland, Vereinigtes Königreich und Frankreich und weitere 30% in den beiden großen südeuropäischen Ländern Italien und Spanien. Der Anteil der österreichischen Armutgefährdeten in der EU beträgt 1,6 %.

Was das Ausmaß des Armutgefährdungsrisiko betrifft, lassen sich vier Ländergruppen ausmachen: i) die vier südeuropäischen Länder, gemeinsam mit dem Vereinigten Königreich, haben die höchsten Armutgefährdungsraten (19% bis 20%); ii) Deutschland, Belgien, Irland und Frankreich liegen im EU-Schnitt (16% bis 17%); iii) Schweden, die Niederlande, Luxemburg und

#### Europäische Armutgefährdungsschwellen und Anzahl Armutgefährdeter, 1998

	Armutgefährdungsschwelle 1998 (KKP)	Anzahl (Tausend)	Anteil an europäischer Armutgefährdung
Portugal	3.981	2.043	3,1%
Griechenland	4.346	2.176	3,4%
Spanien	4.637	7.380	11,4%
Italien	5.632	11.033	17,0%
Irland	5.786	635	1,0%
Finnland	6.192	404	0,6%
Schweden	6.780	901	1,4%
Frankreich	7.593	10.045	15,5%
Deutschland	7.988	12.846	19,8%
Vereinigtes Königreich	8.068	12.521	19,3%
Niederlande	8.087	1.794	2,8%
Österreich	8.155	1.015	1,6%
Belgien	8.395	1.605	2,5%
Dänemark	8.577	459	0,7%
Luxemburg	11.732	48	0,1%
<b>EU 15</b>	<b>7.063</b>	<b>64.905</b>	<b>100%</b>

Quelle: Europäisches Haushaltspanel (ECHP), UDB, 5. Welle, eigene Berechnungen.

Bemerkung: Armutgefährdungsschwellen beziehen sich auf 60% des nationalen gewichteten Medianhaushaltseinkommens; die Werte sind in Euro zu Kaufkraftparitäten 1998 ausgewiesen. KKP = Kaufkraftparitäten.

<sup>15</sup> Die folgende Analyse basiert auf Auswertungen der von EUROSTAT harmonisierten ECHP UDB Version. Die Ergebnisse sind aufgrund unterschiedlicher Gewichtungen mit jenen aus den vorangegangenen ausschließlich auf Österreich bezogenen Resultaten nicht völlig deckungsgleich.



Österreich haben unterdurchschnittliche Armutsgefährdungsraten (10% bis 13%); iv) die beiden nordischen Länder Finnland und Dänemark haben als einzige EU-Länder keine zweistelligen Armutsgefährdungsraten.

**Im EU-Durchschnitt** liegen die **Einkommen der Armutsgefährdeten etwa 30% unter der Gefährdungsschwelle**. Finnland, Dänemark, Luxemburg und Irland weisen dabei die geringsten Einkommenslücken auf (ca. 20%), Spanien die höchste (37%).

Ein höheres reales Einkommensniveau in einem Land (höhere Armutsgefährdungsschwelle in Kaufkraftparitäten) ist nicht unbedingt mit einer geringeren Armutsgefährdungsrate verbunden. Als auffälligste Gegenbeispiele sind Finnland (niedrigste Armutsgefährdungsrate, unterdurchschnittliche Realeinkommen) auf der einen Seite und das Vereinigte Königreich (eine der höchsten Armutsgefährdungsraten, überdurchschnittliche Realeinkommen) auf der anderen Seite zu nennen.

Im folgenden wird das Armutsgefährdungsrisiko im EU-Schnitt nach demographischen und sozio-ökonomischen Kriterien untersucht und den österreichischen Ergebnissen gegenübergestellt<sup>16</sup>. Dabei wird neben der Armutsgefährdungsrate auch das „relative Risiko“ (gruppenspezifische Armutsrate dividiert durch Gesamtarmutsrate) betrachtet. **Im EU-Schnitt** haben vor allem **vier Risikogruppen ein doppelt so hohes Armutsgefährdungsrisiko wie die Gesamtbevölkerung**: Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Nicht-EU-Bürger/-innen und Personen in Haushalten ohne Beschäftigung. Für die ersten drei dieser Gruppen trifft diese überdurchschnittliche Gefährdung auch in Österreich zu, sogar in noch prononcierterem Maße; für Personen in Haushalten ohne Beschäftigung in geringerem Ausmaß.

Was das Altersprofil der Armutsgefährdung betrifft, haben ältere Personen in Österreich ein höheres relatives Risiko als im EU-Schnitt, junge Erwachsene hingegen ein niedrigeres. Damit zusammenhängend haben Pensionshaushalte überdurchschnittliche Risiken in Österreich, vor allem Einpersonnenpensionshaushalte (ein ähnlich hohes relatives Risiko existiert auch in den beiden nordischen Ländern Dänemark und Finnland, sowie in Irland, Portugal und dem Vereinigten Königreich).

Die **Differenz in der Armutsgefährdung zwischen Frauen und Männern ist in Österreich höher als in den restlichen EU-Ländern**, mit Ausnahme Dänemarks. Lediglich in vier Ländern besteht kein geschlechtsspezi-

fischer Unterschied in den Gesamtarmutsgefährdungsraten: Frankreich, Spanien, Luxemburg und Schweden.

Wie in allen EU-Ländern ist niedrige Schulbildung auch in Österreich mit einem erhöhten Armutsgefährdungsrisiko verbunden. Auf der anderen Seite ist Österreich gemeinsam mit Schweden das einzige Land, in dem mittlere Schulbildung das Armutsgefährdungsrisiko in gleichem Ausmaß verringert wie hohe Schulbildung.

Hohe Schulbildung schützt in Österreich weniger als in allen anderen EU-Ländern vor Armutsgefährdung. Die Armutsgefährdungsrate dieses Personenkreises liegt zwar um ein Viertel unter jener der Gesamtbevölkerung, im europäischen Durchschnitt ist es jedoch mehr als die Hälfte. Nicht-EU Bürger/-innen haben in Österreich ein höheres relatives Armutsgefährdungsrisiko als in den anderen EU-Ländern, ausgenommen Frankreich, Schweden und Finnland.

Personen in Haushalten ohne Beschäftigung haben in Österreich ein 1,5 Mal so hohes Armutsgefährdungsrisiko wie die Gesamtbevölkerung (EU-Schnitt: mehr als doppelt so hoch), auf der anderen Seite ist das Risiko für Personen in Haushalten mit voller Beschäftigung halb so hoch (EU-Schnitt: ein Drittel).

Diese Abweichungen betreffen relative Risiken, bezogen auf die Gesamtarmutsgefährdung im jeweiligen Land. Da diese in Österreich niedriger sind als im EU-Durchschnitt, ergeben sich somit auch für die überproportional von Armutsgefährdung betroffenen Bevölkerungsgruppen Armutsgefährdungsraten, die dem europäischen Durchschnitt entsprechen, und zuweilen sogar darunter liegen (z.B. im Fall von Kindern, Einpersonnenhaushalten mit Personen unter 65 Jahren, Arbeitslosen und Personen in beschäftigungslosen Haushalten).

Die Verfügbarkeit des standardisierten Europäischen Haushaltspanels für 1994 bis 1998 erlaubt auch einen Zeitreihenvergleich der Armutsgefährdungsraten für die 15 Mitgliedsländer. Dabei zeigt es sich, dass es keinerlei generalisierten Trend gab: in keinem einzigen EU Land ist die Armutsgefährdungsrate über diesen Zeitraum durchwegs gestiegen oder durchwegs gefallen. Vielmehr oszillierten die Raten um ein bis zwei Prozentpunkte nach oben oder unten. Dies heisst aber gleichzeitig, dass es **keinen Trend zu einer gesamteuropäisch ähnlichen Armutsgefährdungsrate** gibt, und somit die teilweise beträchtlichen Länderunterschiede weiterbestehen.

<sup>16</sup> Für die Interpretation der Ergebnisse für die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen gilt zu beachten, dass diese im Europäischen Haushaltspanel aus Gründen der Vergleichbarkeit zum Teil anders klassifiziert sind als im österreichspezifischen Teil in den vorangegangenen Abschnitten.



**Armutsgefährdungsraten und relativer Armutsindex für ausgewählte Risikogruppen: Österreich und EU-15-Durchschnitt, 1998**

	Österreich		EU-15-Durchschnitt	
	Armutsgefährdungsrate	relativer Armutsindex	Armutsgefährdungsrate	relativer Armutsindex
<b>Geschlecht</b>				
Männer	10%	82	14%	94
Frauen	15%	117	16%	105
<b>Alter</b>				
Kinder- und Jugendliche (< 20)	15%	119	19%	123
Junge Erwachsene (20–29)	10%	81	17%	110
Erwachsene (30–49)	10%	76	12%	75
ältere Erwachsene (50–59)	8%	65	11%	73
Senior/inn/en (60+)	19%	150	18%	117
<b>Haushaltstyp</b>				
EPH < 65	17%	136	20%	131
EPH >= 65	32%	251	28%	184
MPH >= 65	17%	132	16%	101
MPH <65	6%	47	8%	53
Alleinerziehende	32%	251	30%	193
Paar mit 1 abhängigen Kind	11%	83	9%	61
Paar mit 2 abhängigen Kindern	11%	86	11%	69
Paar mit 3 und mehr abhängigen Kindern	32%	253	30%	196
MPH mit Kindern	9%	72	16%	106
<b>Schulbildung</b>				
hoch	10%	77	7%	47
mittel	9%	67	12%	78
niedrig	19%	147	19%	126
<b>Staatsbürgerschaft</b>				
EU-Bürger/innen	12%	90	14%	91
Nicht-EU-Bürger/innen	31%	241	27%	179
<b>Erwerbsbeteiligung</b>				
beschäftigt	8%	61	8%	50
arbeitslos	20%	153	26%	167
Pensionist	13%	105	16%	106
inaktiv	21%	167	21%	135
<b>Beschäftigungsintensität</b>				
in HH ohne Beschäftigung	21%	164	36%	234
in HH mit teilweiser Beschäftigung	9%	74	11%	72
in HH mit voller Beschäftigung	6%	50	5%	33
<b>Gesamt</b>	<b>13%</b>	<b>100</b>	<b>16%</b>	<b>100</b>

Quelle: Europäisches Haushaltspanel (ECHP), UDB, 5. Welle

Bemerkung: Armutsgefährdungsrate ist die Anzahl der Armutsgefährdeten (Einkommen unter 60 % des Medians) in Prozent der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. „Relatives Risiko“ ist die gruppenspezifische Armutsgefährdungsrate dividiert durch die Armutsgefährdungsrate der Gesamtbevölkerung, multipliziert mit 100. Leseweise (erste Zeile): 10% aller österreichischen Männer waren 1998 armutsgefährdet, was 82% des durchschnittlichen Gefährdungsrisikos für die Gesamtbevölkerung ausmacht. In Europa der 15 waren es 14% der Männer, bzw. 94% des durchschnittlichen Gesamtrisikos. HH = Haushalt, EPH = Einpersonenhaushalt, MPH = Mehrpersonenhaushalt.



**Literaturverzeichnis**

- Bäcker, G., Hanesch, W und Krause, P. (1998). Niedrige Erwerbseinkommen und Armut bei Erwerbstätigkeit in Deutschland. Sozialer Fortschritt, 47/7: 165–173.
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (2000), *Bericht über die soziale Lage. Analysen und Ressortaktivitäten 1998*. Wien: BMAGS.
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (2001), *Bericht über die soziale Lage. Analysen und Ressortaktivitäten 1999*. Wien: BMSG.
- EUROSTAT (2001), *Income Poverty and Social Exclusion in the European Union*, H.L. Dirven, G. Linden, B. Mikulic, J. Schiepers, C. Siermann und W. de Wreede, Luxemburg.
- Förster, M., H. Redl, U. Tentschert und M. Till (2001), *Dimensions of Poverty in Austria in the late 1990ies*. Eurosocial No. 69/01 ICCR Working Paper 508. Wien.
- Lampert, H. und Althammer, J. (2001), *Lehrbuch der Sozialpolitik*. 5. Auflage. Berlin und Heidelberg.
- Tálos, E. (Hrsg.) (1999), *Atypische Beschäftigung – internationale Trends und sozialstaatliche Regelungen*. Wien.







## VI. EU- UND INTERNATIONALE SOZIAL-, GLEICHSTELLUNGS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Sylvia Bierbaumer, Hannelore Fielhauer, Bernadette Gisinger-Schindler, Franz Gundacker, Helmut Lang, Ulrike Renner, Andreas Schaller, Verena Tiefenbacher, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

<b>1.</b>	<b>Sozialpolitik in der EU</b> .....	212
1.1.	Verbesserung und Modernisierung des Sozialschutzes.....	212
1.2.	Strategien im Bereich des Sozialschutzes .....	213
1.2.1.	Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung .....	213
1.2.2.	Qualität und langfristige Finanzierbarkeit der Altersversorgungssysteme .....	214
1.2.3.	Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege.....	215
1.3.	Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003.....	215
1.4.	Kinder und Jugend in der EU .....	216
1.4.1.	Kinderrechte .....	216
1.4.2.	Jugendpolitik in der EU .....	216
1.4.3.	Gemeinschaftliches Aktionsprogramm JUGEND (2000-2006).....	216
1.5.	Ältere Menschen in der EU .....	216
1.6.	Geschlechterpolitik in der EU .....	217
1.6.1.	Peking-Aktionsplattform und Follow-up .....	217
1.6.2.	Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend die Gemeinschaftsstrategien für die Gleichstellung von Frauen und Männern (2001-2005) .....	217
1.6.3.	Gremien zur Unterstützung der Gleichstellungspolitik auf EU-Ebene.....	218
1.6.3.1.	Beratender Ausschuss für Chancengleichheit .....	218
1.6.3.2.	Informelle Hochrangige Gruppe Gender Mainstreaming.....	218
<b>2.</b>	<b>Gesundheitspolitik in der EU</b> .....	218
2.1.	Öffentliche Gesundheit in der EU .....	218
2.1.1.	Mobilität der Patienten/innen in der EU.....	219
2.1.2.	Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008).....	219
2.1.3.	Mitwirkung Österreichs an der Gestaltung der EU-Gesundheitspolitik.....	219
2.2.	Lebensmittelsicherheit in der EU.....	221
2.2.1.	Die Europäische Lebensmittelbehörde .....	221
<b>3.</b>	<b>Internationale Sozial- und Gleichstellungspolitik</b> .....	221
3.1.	Vereinte Nationen .....	221
3.1.1.	Sozialpolitik der Vereinten Nationen.....	221
3.1.2.	Gleichstellungspolitik der Vereinten Nationen .....	221
3.1.2.1.	Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung von Frauen (Convention on the Elimination of Discrimination Against Women = CEDAW).....	221
3.1.2.2.	Die Frauenstatuskommission bei den Vereinten Nationen .....	222
3.2.	Europarat.....	223



## 1. Sozialpolitik in der EU

### 1.1. Verbesserung und Modernisierung des Sozialschutzes

Am 14. Juli 1999 verabschiedete die Europäische Kommission die Mitteilung „**Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes**“, welche die neuen Herausforderungen für die Sozialschutzsysteme der Mitgliedstaaten unter Betonung der Gleichstellung von Frauen und Männern analysiert:

- Es muss dafür gesorgt werden, dass Arbeit sich lohnt und die Einkommen gesichert sind.
- Die Renten müssen sicher und die Rentensysteme langfristig finanzierbar gemacht werden.
- Die soziale Eingliederung muss gefördert werden.
- Die langfristige Finanzierung der Gesundheitsversorgung muss gewährleistet sein.

Die Mitteilung der Kommission schlägt eine verstärkte Zusammenarbeit aller Akteure und die Einrichtung einer Gruppe hochrangiger Regierungsvertreter für den Sozialschutz vor.

#### Der Europäische Rat von Lissabon im März 2000

Der **Europäische Rat in Lissabon** am 23./24. März 2000 hat die vier Ziele bestätigt, die langfristige Absicherung der Pensionssysteme und die Förderung der sozialen Eingliederung zu Prioritäten erklärt und konkrete Arbeitsaufträge an den Rat, die Kommission und die hochrangige Gruppe Sozialschutz erteilt:

- In Zusammenarbeit und unter Berücksichtigung der Arbeit des Ausschusses für Wirtschaftspolitik sollte eine Studie über die Entwicklung des Sozialschutzes in Langzeitperspektive unter besonderer Berücksichtigung der Tragfähigkeit der Altersversorgungssysteme in verschiedenen zeitlichen Abschnitten bis 2020 erstellt und über die Fortschritte dem Europäischen Rat berichtet werden.
- Die Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung sollten auf einer Methode der offenen Koordinierung beruhen, bei der nationale Aktionspläne und eine bis Juni 2000 vorzulegende Initiative der Kommission für die Zusammenarbeit auf diesem Gebiet kombiniert werden.

#### Die Europäische Sozialagenda

Dem Auftrag des Europäischen Rates von Lissabon folgend legte die Europäische Kommission am 28. Juni 2000 ihre Mitteilung „**Sozialpolitische Agenda**“ vor, die nach Billigung durch den Rat als europäische Sozial-

agenda dem Europäischen Rat in Nizza im Dezember 2000 vorgelegt wurde.

Die **Europäische Sozialagenda** ist das sozialpolitische Arbeitsprogramm des Rates, der Kommission, der Sozialpartner und anderer wichtiger Akteure für den Zeitraum 2000 – 2005. **Ziel ist die Modernisierung des europäischen Sozialmodells und die Umsetzung der Schlussfolgerungen des Europäischen Rates von Lissabon.** Es soll ein größtmögliches Maß an wirtschaftlicher Dynamik, Beschäftigungswachstum und sozialem Zusammenhalt erreicht werden.

Die Agenda fasst die zukünftigen Herausforderungen für das europäische Sozialmodell und die Zielsetzungen der gemeinsamen europäischen Sozialpolitik zusammen. Für folgende Bereiche werden konkrete Maßnahmen für die nächsten Jahre vorgeschlagen:

- Schaffung von mehr und besseren Arbeitsplätzen;
- Entwicklung neuer – dem wirtschaftlichen Wandel angepasster – Sicherheiten für die Arbeitnehmer;
- Entschlossenes Vorgehen gegen Armut und Diskriminierung und für soziale Eingliederung;
- Modernisierung der Sozialschutzsysteme;
- Förderung der Gleichstellung von Männern und Frauen;
- Berücksichtigung der sozialen Dimension der Erweiterung und der Außenbeziehungen der Europäischen Union.

Die Umsetzung dieser Agenda soll jährlich bei der Frühjahrstagung des Europäischen Rates auf der Grundlage einer Mitteilung der Kommission (Synthesebericht) überprüft werden.

#### Die Methode der offenen Koordinierung

Die Methode der offenen Koordinierung zur Unterstützung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten wurde beim Europäischen Rat von Lissabon im März 2000 festgelegt. Sie umfasst folgende Elemente: Es werden EU-weite Leitlinien mit kurz-, mittel- und langfristigen Zielen festgelegt, die von den Mitgliedstaaten auf nationaler und regionaler Ebene durch konkrete Maßnahmen in **nationalen Aktionsplänen** umgesetzt werden sollen. Quantitative und qualitative Indikatoren sowie Benchmarks sollen die Fortschritte der Mitgliedstaaten erkennen lassen. Ein wichtiges Element ist die regelmäßige Überwachung, Bewertung und Prüfung der Fortschritte und Ergebnisse.

Durch die Anwendung der Methode der offenen Koordinierung in unterschiedlicher Ausprägung soll in Zukunft nicht nur die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei der sozialen Eingliederung gefördert werden, sondern auch mit entsprechenden Modifikationen in den Be-



reichen Pensionen, Gesundheit und Altenpflege sowie Jugend.

### Der Ausschuss für Sozialschutz: Zentrales Gremium für den Sozialschutz auf EU-Ebene

Am 17. Dezember 1999 beschloss der Rat „Beschäftigung und Sozialpolitik“ die Einrichtung einer Experten-Gruppe „Sozialschutz“, um die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten und der Kommission zu unterstützen. Im Juni 2000 wurde diese in einen eigenen **Ausschuss für Sozialschutz** übergeführt, der nach dem Inkrafttreten des Vertrages von Nizza auch primärrechtlich verankert sein wird (Art. 144 EG-V Nizza). Der Ausschuss setzt sich aus jeweils zwei Vertreter/innen der Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission zusammen.

Der **Sozialschutzausschuss** hat folgende **Aufgaben**:

- Beobachtung der sozialen Lage und Entwicklung der Politiken im Bereich des Sozialschutzes;
- Förderung des Austausches von Informationen, Erfahrungen und bewährten Verfahren zwischen den Mitgliedstaaten und der Kommission;
- Erstellung von Berichten und Stellungnahmen auf Ersuchen des Rates oder der Kommission.

Im Sinne der **Verbesserung und Modernisierung** des Sozialschutzes und der Schlussfolgerungen von Lissabon setzte sich der Sozialschutzausschuss vorerst folgende **Arbeitsschwerpunkte**:

- Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung,
- Gewährleistung der sozialen und finanziellen Nachhaltigkeit der Pensionen,
- Sicherung der Funktionsfähigkeit der Gesundheits- und Altenpflegesysteme.

Der Ausschuss für Sozialschutz hat eine **Unterarbeitsgruppe Indikatoren** eingerichtet, die an der Entwicklung von Indikatoren und der Verbesserung der Datenlage im Bereich des Sozialschutzes arbeitet. Beim Europäischen Rat in Laeken am 14. und 15. Dezember 2001 wurde der erste Bericht über Indikatoren vorgelegt, der ein Set von insgesamt 18 Indikatoren zur sozialen Eingliederung vorschlägt.

## 1.2. Strategien im Bereich des Sozialschutzes

### 1.2.1. Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung

Die Europäische Union hat sich in Art. 2 EG-Vertrag neben der ausgewogenen und nachhaltigen Entwicklung des

Wirtschaftslebens u.a. ein hohes Beschäftigungsniveau, ein hohes Maß an sozialem Schutz und die Gleichstellung von Männern und Frauen zum Ziel gesetzt. Bei der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung kann der Rat auf der Grundlage von Art. 136 EG-V sowie von Art. 137 EG-V aktiv werden. Im Dezember 2000 wurden folgende **Schwerpunkte** definiert:

- Förderung der Teilnahme aller am Erwerbsleben und des Zugangs aller zu Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen (insbesondere Förderung des Zugangs zu langfristiger und sicherer Beschäftigung, Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, Lebensbegleitendes Lernen; Zugang zu angemessenem Wohnraum, medizinischen Versorgungseinrichtungen sowie Leistungen und Maßnahmen in den Bereichen Kultur, Sport, Freizeit und andere öffentliche und private Dienste);
- Vermeidung der Risiken der Ausgrenzung (insbesondere Zugang zu den neuen Informations- und Kommunikationstechnologien, im speziellen für behinderte Menschen, Maßnahmen zur Erhaltung des Familienzusammenhalts);
- Maßnahmen zugunsten der sozial am stärksten gefährdeten Personen (insb. Förderung der Integration von Frauen und Männern mit besonderen Schwierigkeiten, Vermeidung von sozialer Ausgrenzung von Kindern);
- Mobilisierung aller Akteure (insbesondere Mitsprache der sozial ausgegrenzten Menschen und Einbeziehung bei allen Maßnahmen, Förderung des sozialen Dialogs und der Partnerschaft zwischen allen beteiligten öffentlichen und privaten Stellen).

Anfang Juni 2001 legten die Mitgliedstaaten ihre ersten **Nationalen Aktionspläne zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung** (NAP) vor. Die Aktionspläne stellen die geplanten nationalen Maßnahmen zur Förderung der sozialen Eingliederung für die nächsten zwei Jahre dar. Der österreichische Aktionsplan wurde unter Federführung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen erstellt.

Die nationalen Aktionspläne der Mitgliedstaaten wurden im **Gemeinsamen Bericht von Rat und Kommission zur sozialen Eingliederung** zusammengefasst, der dem Europäischen Rat in Laeken im Dezember 2001 vorgelegt wurde. Der gemeinsame Bericht gibt einen Überblick über bewährte Verfahren und innovative Ansätze in den Mitgliedstaaten und umfasst einen allgemeinen und einen länderspezifischen Teil.

**Österreich wurde generell** positiv beurteilt, da es eines der Länder mit geringem Armutsrisiko (13% gegenüber 18% im EU-Durchschnitt) und einer niedrigen Quote des dauerhaften Armutsrisikos (5%: 1995-1997) ist. In den letzten Jahrzehnten hat die Erwerbsquote zugenommen,



während die Zahl der Arbeitslosen auf einem im internationalen Vergleich relativ niedrigen Niveau blieb. Die Unterschiede zwischen hohen und niedrigen Einkommen sind geringer als im EU-Durchschnitt, die Einkommensdisparitäten zwischen Männern und Frauen sind dagegen höher. Das allgemeine Bildungs- und Qualifikationsniveau der Bevölkerung hat sich in den vergangenen 30 Jahren deutlich verbessert. Das Mindestniveau der Renten (Ausgleichszulagenrichtsatz) ist von 30% auf 50% des durchschnittlichen Erwerbseinkommens angestiegen.

Der NAP umreißt einen umfangreichen Katalog bestehender Maßnahmen, die in erheblichem Maße zu einem positiven Gesamtbild in Österreich beigetragen haben. Österreich verfolgt die vier Ziele mit einer deutlichen Schwerpunktsetzung auf Beschäftigungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Unterstützung von Familien (z.B. Kinderbetreuungsgeld, Beschäftigungsinitiativen für behinderte Menschen).

Zur Unterstützung der Umsetzung der nationalen Aktionspläne hat der Rat das **Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung 2002-2006** verabschiedet. Der Beschluss des Rates und des Europäischen Parlamentes zur Einführung des Aktionsprogramms trat am 12.1.2002 durch Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Union in Kraft.

Das Aktionsprogramm umfasst drei Bereiche:

- Analyse der Merkmale, Ursachen und Tendenzen der sozialen Ausgrenzung: In diesem Aktionsbereich werden vor allem die Erhebung statistischer Daten sowie Studien und Seminare zu Armut und sozialen Ausgrenzung gefördert,
- Konzeptionelle Zusammenarbeit und Austausch von Informationen und bewährten Verfahren: In diesem Aktionsbereich werden länderübergreifend der Austausch von Informationen und bewährten Verfahren gefördert,
- Teilnahme von Interessensgruppen und Förderung der Netzwerkarbeit auf EU-Ebene: Darunter fallen die Kernfinanzierung wichtiger europäischer Netze und eine jährliche Round-Table-Konferenz.

Es sind alle öffentlichen oder privaten Einrichtungen, Akteure und Institutionen teilnahmeberechtigt, die sich für die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung einsetzen. Die Abwicklung des Programms obliegt der Europäischen Kommission (GD Beschäftigung und Soziales). Die Kommission wird dabei von einem Programmausschuss unterstützt, der aus Regierungsvertretern/innen der Mitgliedstaaten zusammengesetzt ist. Auf nationaler Ebene wird das Programm vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen federführend betreut.

### 1.2.2. Qualität und langfristige Finanzierbarkeit der Altersversorgungssysteme

Ziel dieses Arbeitsschwerpunktes ist es, die **langfristige Finanzierbarkeit der öffentlichen Pensionssysteme** angesichts der Bevölkerungsalterung sicherzustellen und gleichzeitig die sozialen Funktionen der Pensionssysteme aufrecht zu erhalten.

Dabei arbeiten der Wirtschaftspolitische und der Sozialschutzausschuss eng zusammen. Während der Wirtschaftspolitische Ausschuss Möglichkeiten und Alternativen der langfristigen Finanzierbarkeit behandelt, prüft der Sozialschutzausschuss Maßnahmen und Reformen, die den sozialen Zusammenhalt und die Vermeidung von Armut im Alter gewährleisten.

In einem ersten gemeinsamen Bericht an den Europäischen Rat in Nizza im Dezember 2000 wurde die Bedeutung beschäftigungsfördernder Maßnahmen betont, die dazu führen sollen, dass ältere Arbeitnehmer möglichst lange erwerbstätig bleiben. Dadurch sollen die Rentensysteme sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite entlastet werden.

Im Juni 2001 legte die Kommission eine Mitteilung über die Qualität der Altersversorgungssysteme im Lichte des demografischen Wandels vor, die die Grundlage für einen Bericht des Sozialschutzausschusses und des Wirtschaftspolitischen Ausschusses über die gemeinsamen Ziele und Arbeitsmethoden im Pensionsbereich darstellte. Es wurden drei Grundprinzipien definiert:

- Bewahrung der Fähigkeit der Systeme, ihren sozialen Zielsetzungen gerecht zu werden,
- Erhaltung der Finanzierbarkeit der Systeme,
- Berücksichtigung der sich wandelnden Erfordernisse (Modernisierung).

Diese drei Grundprinzipien sind in 11 konkreten Zielen formuliert worden, die die Basis für nationale Rentenreformkonzepte darstellen sollen. Die Reformkonzepte wurden von den Mitgliedstaaten in Form von nationalen Strategieberichten im September 2002 übermittelt. Auf der Grundlage dieser Strategieberichte (in Österreich unter Federführung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen erstellt) wird ein gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates dem Frühjahrsgipfel des Europäischen Rates 2003 vorgelegt.

Die Indikatoren-Unterarbeitsgruppe des Sozialschutzausschusses arbeitet an geeigneten **Indikatoren für die Pensionssysteme**, die nicht nur die Ausgabenseite, sondern vor allem auch die sozialen Aspekte abbilden sollen.



### 1.2.3. Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege

Im Dezember 2001 legte die Kommission ihre Mitteilung „**Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern**“ vor, in der drei langfristige Ziele identifiziert werden:

- **Zugänglichkeit:** Das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in der Charta der Grundrechte festgeschrieben. Der gleichberechtigte Zugang aller sozialen Gruppen zur Gesundheitsversorgung ist eines der gemeinsamen Ziele bei der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung.
- **Qualität:** Diese steht in engem Zusammenhang mit dem Mitteleinsatz. Gesucht ist das bestmögliche Verhältnis zwischen dem gesundheitlichen Nutzen und den Kosten. Die Kommission betont vor allem die grenzüberschreitende Dimension und bezeichnet eine vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen und Behandlungsmethoden, bei denen sich „gute Praktiken“ identifizieren ließen, als „äußerst wünschenswert“.
- **Langfristige Finanzierbarkeit:** Die Kommission stellt fest, dass die Mitgliedstaaten seit Beginn der 90er Jahre zwei Ansätze zur Kosteneindämmung miteinander kombinierten: 1) Regulierung der Nachfrage durch Anhebung von Steuern bzw. Beiträgen und/oder Selbstbehalten; 2) Regulierung des Angebots, z.B. durch Festsetzung eines Budgets.

Im Auftrag des Europäischen Rates von Göteborg arbeiteten der Sozialschutzausschuss und der Wirtschaftspolitische Ausschuss einen ersten gemeinsamen Bericht über **Leitlinien im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege** aus, der dem Europäischen Rat in Barcelona im März 2002 vorgelegt wurde. Darin wird betont, dass sich die Ausgangslage im Gesundheitsbereich komplexer darstellt als im Pensionsbereich und dass es wesentlich schwieriger ist, die einzelnen Kostenfaktoren langfristig zu berechnen. Aufgrund ähnlicher Herausforderungen in allen Mitgliedstaaten wird ein Austausch von Informationen und Best-Practice-Beispielen in diesem Bereich für sinnvoll erachtet.

Bis zur nächsten Frühjahrstagung des Europäischen Rates im Jahr 2003 wird die Kommission auf der Grundlage von Antworten der Mitgliedstaaten einen Gesamtbericht erstellen, in dem die Fragen der Zugänglichkeit, der Qualität und der finanziellen Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme und der Altenpflege in den Mitgliedstaaten analysiert werden.

### 1.3. Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003

Die Europäische Sozialagenda, die der Europäische Rat von Nizza im Dezember 2000 verabschiedet hat, betont u.a. die Weiterentwicklung und Förderung von Maßnahmen zur besseren Eingliederung behinderter Menschen in alle Lebensbereiche. Besondere Impulse werden dabei vom Europäischen Jahr der behinderten Menschen 2003 ausgehen.

Auf der Grundlage eines Vorschlags der Europäischen Kommission fasste der EU-Rat „Beschäftigung und Sozialpolitik“ am 8. Oktober 2001 den Beschluss über das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003.

Die **Ziele des Europäischen Jahrs der behinderten Menschen 2003** sind:

- Sensibilisierung für das Recht der Menschen mit Behinderungen auf Schutz vor Diskriminierung,
- Gleichberechtigte Ausübung ihrer Rechte im Sinne der Charta der Grundrechte der EU,
- Reflexion und Diskussion über Maßnahmen zur Förderung der Chancengleichheit für behinderte Menschen,
- Hervorhebung des positiven Beitrages, den Menschen mit Behinderungen für die Gesellschaft leisten,
- Unterstreichung des Wertes der Vielfalt und die Schaffung eines Umfeldes, in dem diese Vielfalt gewürdigt wird,
- Sensibilisierung für die Verschiedenartigkeit der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderungen.

Diese Zielsetzungen sollen durch folgende **Maßnahmen** verwirklicht werden:

- Organisation von Treffen und Veranstaltungen,
- Informations- und Förderkampagnen zur verstärkten Integration von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft,
- Zusammenarbeit mit den Medien,
- Studien und Erhebungen.

**Schwerpunkte Österreichs** im Rahmen des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen werden insbesondere sein:

- Beschäftigungsoffensive für die Integration von Menschen mit Behinderungen in den ersten Arbeitsmarkt („Behindertenmilliarde“);
- Sensibilisierung der Bevölkerung für ein verändertes Bild von Menschen mit Behinderungen;
- Erstellung eines Berichtes der Bundesregierung zur Lage von Menschen mit Behinderungen.



## 1.4. Kinder und Jugend in der EU

### 1.4.1. Kinderrechte

In Fortsetzung einer Initiative Frankreichs (EU-Vorsitz im 2. Halbjahr 2000) soll jährlich zur Förderung der Rechte und der Selbstbestimmung der Kinder in Anlehnung an den Kindertag der Vereinten Nationen ein Treffen der für Kinderfragen zuständigen europäischen Minister und Ministerinnen stattfinden. Neben dem Bekenntnis zur Umsetzung der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen wurde auf EU-Ebene Einigung über die Einführung eines Mainstreamings der Kinderrechte und der die Kinder betreffenden Politiken erzielt.

### 1.4.2. Jugendpolitik in der EU

Nach Durchführung eines 2jährigen Konsultationsprozesses unter Einbeziehung europäischer Jugendlicher hat die Europäische Kommission am 21. November 2001 das **Weißbuch „Neuer Schwung für die Jugend Europas“** veröffentlicht. Das Weißbuch soll einen neuen Rahmen für die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in Jugendfragen schaffen, ohne die Subsidiarität der Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen. Der neue Rahmen für die europäische Zusammenarbeit sieht insbesondere zwei Aspekte vor:

1. die Anwendung der Methode der offenen Koordination,
2. die verstärkte Berücksichtigung der Bedürfnisse der Jugendlichen bei der Ausarbeitung von Maßnahmen in anderen Politikbereichen

Dieser Rahmen wurde vom Rat im Februar und im Mai 2002 bestätigt und ein Zeitplan für die offene Koordination und die weiteren Arbeitsmethoden festgelegt. Es wurden folgende prioritäre Themenbereiche ausgewählt:

- Partizipation,
- Information,
- freiwilliges Engagement und
- ein besseres Verständnis für Jugendliche.

Auf der Basis eines Fragebogens an die Mitgliedstaaten wird die Kommission im Frühjahr 2003 einen Bericht vorlegen.

### 1.4.3. Gemeinschaftliches Aktionsprogramm JUGEND (2000–2006)

Nach mehrjährigen Beratungen auf Ratsebene wurde im Frühling 2000 vom Rat und Europäischen Parlament das

**Aktionsprogramm JUGEND (2000 – 2006)** angenommen und mit 18. Mai 2000 in Kraft gesetzt. Es hat eine Laufzeit von 7 Jahren, ist insgesamt mit **€ 520 Millionen** dotiert und wird federführend vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen betreut.

Das Programm hat folgende Ziele:

- die Mobilität junger Menschen zu fördern,
- Eigeninitiative und Kreativität zu entwickeln und auszuprobieren,
- andere Kulturen kennen zu lernen,
- Toleranz und Solidarität zu entwickeln,
- das zusammenwachsende Europa zu erfahren und aktiv zu unterstützen,
- Schlüsselqualifikationen für die persönliche und berufliche Weiterentwicklung zu erwerben.

Jugendlichen und Jugendgruppen aus allen EU-Ländern sowie einer Reihe von assoziierten Programmländern (darunter die EU-Beitrittskandidaten) stehen Möglichkeiten zur Kofinanzierung von pädagogisch orientierten Gruppen- und Einzelmobilitätsprojekten zur Verfügung, während in Teilen des Programms internationale Trainingsaktivitäten sowie Kofinanzierungsmittel für multinationale Jugendinformations- und Jugendforschungsaktivitäten bereitgestellt werden.

Zur kontinuierlichen Beratung, Betreuung und niederschweligen Administration im Sinn des Programms JUGEND steht in Österreich eine **Nationalagentur JUGEND** zur Verfügung: In den Bundesländern sind in Kooperation mit den Landesjugendreferaten und der Nationalagentur jugendgerechte Info- und Beratungsstrukturen eingerichtet.

## 1.5. Ältere Menschen in der EU

In der Mitteilung der Europäischen Kommission **„Die Reaktion Europas auf die Alterung der Weltbevölkerung – wirtschaftlicher und sozialer Fortschritt in einer alternden Welt, Beitrag der Europäischen Kommission zur 2. Weltkonferenz über das Altern“** vom März 2002 verweist die Kommission auf die Verpflichtung der Mitgliedstaaten, die Problematik der Bevölkerungsalterung in den Kontext der Haushaltspolitik, der Beschäftigung, des Sozialschutzes und der nachhaltigen Entwicklung einzubeziehen. Die Bekämpfung der Diskriminierung aus Gründen des Alters ist in Art. 13 EG-V verankert; auch die Grundrechtecharta nimmt auf die Rechte älterer Menschen Bezug. Die Kommission unterstreicht nachdrücklich ihre Bereitschaft, ihre Erfahrung in der Suche nach Lösungsansätzen im Bereich der Bevölkerungsalterung mit Ländern in anderen Regionen der Welt zu teilen und zu unterstützen. Sie stimmt mit den Vereinten Nationen überein, dass eine globale Sicht erforderlich ist, um den künftigen Herausforderungen der Bevölkerungsalterung für alle Gesellschaftssysteme



gerecht zu werden, und unterstützt den Internationalen Aktionsplan der Vereinten Nationen durch geeignete Maßnahmen.

## 1.6. Geschlechterpolitik in der EU

In der Mitteilung der Kommission „**Für eine Rahmenstrategie der Gemeinschaft zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern (2001 – 2005)**“ wird ein Aktionsrahmen vorgegeben, innerhalb dessen alle Maßnahmen der Gemeinschaft einen Beitrag leisten sollen, um Ungleichheiten zu beseitigen und die Gleichstellung von Frauen und Männern zu fördern. Die zentralen Elemente der Gleichstellungspolitik auf Gemeinschaftsebene sind unter anderem

- der gemeinsame Rechtsbestand im Bereich der Chancengleichheit und die Judikatur des Europäischen Gerichtshofes (v.a. in den Bereichen Bildung und Beschäftigung),
- die von der Gemeinschaft eingegangene Verpflichtung zur Umsetzung der 1995 auf der Vierten UN-Weltfrauenkonferenz in Peking verabschiedeten Aktionsplattform und das Follow-up der Aktionsplattform, sowie
- die Durchführung von Gemeinschaftsprogrammen für die Chancengleichheit von Frauen und Männern, vor allem das mittelfristige Aktionsprogramm (1996 – 2000), das die Strategie des „Gender Mainstreaming“ weiter vorangebracht hat.

Die Rahmenstrategie legt folgende Ziele und Aktionsschwerpunkte fest:

- Förderung der Geschlechtergleichstellung im Wirtschaftsleben,
- Förderung einer gleichen Beteiligung und Vertretung,
- Förderung eines gleichen Zugangs zu sozialen Rechten sowie eines gleichen Genusses der sozialen Rechte für Männer und Frauen,
- Förderung der Geschlechtergleichstellung in Bezug auf die Rechte als Bürgerinnen und Bürger,
- Förderung der Veränderung von Geschlechterrollen und Stereotypen.

Zur Umsetzung der Rahmenstrategie wird jährlich ein Arbeitsprogramm mit bestimmten Schwerpunkten vereinbart und ein Umsetzungsbericht vorgelegt.

### 1.6.1. Peking-Aktionsplattform und Follow-up

Der Rat Arbeit und Soziales am 5.10.1995 legte fest, dass die Durchführung der Folgemaßnahmen zur 4.UN-Weltfrauenkonferenz 1995 mindestens einmal jährlich überprüft und bewertet werden sollen. Auf Vorschlag der österreichischen Präsidentschaft (2.Halbjahr 1998) wird

jährlich ein Thema gewählt, den Mitgliedstaaten ein Fragebogen zur Erhebung des Status quo vorgelegt, ein Bericht erstellt und für die Bewertung Indikatoren und Benchmarks entwickelt. Der Rat nimmt diese Arbeiten mit entsprechenden Schlussfolgerungen zur Kenntnis. Folgende Themen wurden bis jetzt bearbeitet:

1998 und 1999 unter österreichischer und finnischer Präsidentschaft: **„Frauen in Entscheidungsprozessen“** mit 9 Indikatoren,

2000 unter französischer Präsidentschaft: **„Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben“** mit 9 Indikatoren,

2001 unter schwedischer und belgischer Präsidentschaft: **„Lohnunterschiede zwischen Frauen und Männern“** mit 9 Indikatoren zur Darstellung des Lohnniveaus sowie von Maßnahmen zur Verringerung des Lohngefälles, 2002 unter spanischer und dänischer Präsidentschaft: **„Gewalt gegen Frauen“**, wobei der Bericht des spanischen Vorsitzes vorliegt und die Indikatoren vom dänischen Vorsitz erarbeitet werden.

### 1.6.2. Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend die Gemeinschaftsstrategie für die Gleichstellung von Frauen und Männern (2001–2005)

Zur Unterstützung der Rahmenstrategie wurde das Aktionsprogramm betreffend die Gemeinschaftsstrategie für die Gleichstellung von Frauen und Männern (2001 – 2005) im Dezember 2000 angenommen und am 19.1.2001 im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft veröffentlicht. Das Programm soll ein besseres Verständnis der Problematik der Gleichstellung von Frauen und Männern fördern.

Das Aktionsprogramm sieht folgende Maßnahmen vor:

- **Sensibilisierung** (durch Veröffentlichungen, Kampagnen und Veranstaltungen);
- **Analyse und Bewertung** (u.a. durch Sammlung von statistischen Daten, Erstellung von Studien, Festlegung von Indikatoren und Benchmarks) sowie
- **Entwicklung von Handlungskompetenz** (durch Förderung von Netzwerken, Erfahrungsaustausch auf Gemeinschaftsebene zwischen nationalen Behörden, Sozialpartnern und Nichtregierungsorganisationen).

Es sind alle öffentlichen oder privaten Einrichtungen, Akteure und Institutionen teilnahmeberechtigt, die sich für die Gleichstellung von Männern und Frauen einsetzen. Die Abwicklung des Programms obliegt der Europäischen Kommission (GD Beschäftigung und Soziales). Die Kommission wird dabei von einem Programmausschuss unterstützt, der aus Vertreter/innen der Regierungen der Mitgliedstaaten zusammengesetzt ist. Auf nationaler Ebene wird das Programm vom



Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen federführend betreut.

Bei den Aufrufen zur Einreichung von Projektvorschlägen gibt es zwei Verfahren:

- ein geschlossenes Verfahren, dessen Aufruf sich ausschließlich an Regierungsstellen und Gleichbehandlungsstellen richtet und
- das offene Verfahren, das sich an Nichtregierungsorganisationen, Sozialpartner, Universitäten etc. richtet.

Es werden jährliche Schwerpunkte gesetzt, wobei 2001/2002 das Schwerpunktthema "Gleicher Lohn" behandelt wird. Für 2002/2003 sind das Thema "Vereinbarkeit von Beruf und Familie", für die Folgejahre die Themen „Teilhabe an politischen Prozessen“ und „Veränderung von Stereotypen“ vorgesehen.

2001 wurden 10 Projekte von Regierungs- bzw. Gleichstellungsstellen zum Thema „Gleicher Lohn“ gefördert (Durchführung 2002), wobei Österreich bei drei Regierungsprojekten Partner ist:

1. die Gleichbehandlungsanwaltschaft bei einem schwedischen Projekt
2. die Universität Graz bei einem norwegischen Projekt
3. das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit bei einem deutschen Projekt

Von den von den Nichtregierungseinrichtungen vorgeschlagenen Projekten wurden 2001 19 Projekte von der Europäischen Kommission zur Kofinanzierung ausgewählt, darunter auch das Projekt des österreichischen Netzwerks der Frauen- und Mädchenberatungsstellen „Observatoria – Gender Mainstreaming – eine Strategie zur Verringerung der Einkommensdifferenz“. Ferner gibt es österreichische Partnerschaften bei vier weiteren Projekten.

### 1.6.3. Gremien zur Unterstützung der Gleichheitspolitik auf EU-Ebene

#### 1.6.3.1. Beratender Ausschuss für Chancengleichheit

Der Beratende Ausschuss für Chancengleichheit nimmt zu den von der Kommission vorgesehenen Maßnahmen Stellung. Diese Stellungnahme ist von der Kommission soweit wie möglich zu berücksichtigen. Neben den bereits genannten Themen befasste sich der Beratende Ausschuss vor allem mit der Vorbereitung eines Richtlinienvorschlags für die soziale Gleichstellung der Geschlechter gem. Art.13 EG-V, der von der Kommission voraussichtlich im Oktober 2002 vorgelegt werden wird, und mit dem Problem des Gendermainstreamings in den Haushalten („Genderbudgeting“).

#### 1.6.3.2. Informelle Hochrangige Gruppe Gender Mainstreaming

Unter französischer Präsidentschaft 2000 wurde die Notwendigkeit erörtert, das Gender Mainstreaming auf höchster politischer Ebene zu betonen und in allen Räten zu verankern. Zur Unterstützung dieser Vorhaben wurde im Mai 2001 unter schwedischem Vorsitz eine **informelle Hochrangige Gruppe Gender Mainstreaming** eingerichtet. Es handelt sich um eine **politisch-strategische Gruppe** mit folgenden Zielsetzungen:

- Entwicklung strategischer Elemente und deren konkrete Anwendung,
- Präsentation der Gender Mainstreaming Strategie,
- Unterstützung der Peking-Aktionsplattform und ihres Follow-up.

Die informelle Hochrangige Gruppe soll jeweils vor Beginn einer Präsidentschaft tagen, um die Aktivitäten der kommenden Präsidentschaft unterstützen zu können.

Um Gender Mainstreaming sichtbar zu machen, soll dem Europäischen Rat im Dezember 2002 ein Fortschrittsbericht und ein Arbeitsprogramm zum Gender Mainstreaming vorgelegt werden.

## 2. Gesundheitspolitik in der EU

### 2.1. Öffentliche Gesundheit in der EU

Die gesundheitspolitische Strategie der Gemeinschaft umfasst folgende Elemente:

- Initiativen in den Bereichen Suchtprävention, übertragbare Krankheiten, Bekämpfung des Tabakkonsums, Sicherheit von Blut sowie Organen und Substanzen menschlichen Ursprungs,
- Maßnahmen im Veterinär- und Pflanzenschutzbereich,
- Integration der Gesundheitsschutzanforderungen in andere EU-Politikbereiche,
- Einrichtung eines mehrjährigen Aktionsprogramms.

Es wurden daher die Verhandlungen über ein Rahmenübereinkommen mit der WHO über die Bekämpfung des Tabakkonsums fortgesetzt, Empfehlungen des Rates zur Prävention der Nikotinsucht und zur verstärkten Bekämpfung des Tabakkonsums sowie in Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit und eine Richtlinie zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, die Testung, die Verarbeitung, die Lagerung und die Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen angenommen.

Die Verhandlungen für eine Richtlinie zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für das



Spenden, die Gewinnung, die Testung, die Verarbeitung, die Lagerung und die Verteilung von menschlichem Gewebe und menschlichen Zellen sowie die Überprüfung des Arzneimittelrechts und eine Revision der Medizinprodukte wurden aufgenommen.

### 2.1.1. Mobilität der Patienten/innen in der EU

Das Thema **Mobilität der Patienten/innen in der EU** erfuhr vor allem durch verschiedene Urteile des Europäischen Gerichtshofes, die Gesundheitsleistungen als Dienstleistungen klassifizieren, verstärkte Aufmerksamkeit. Nach längeren Beratungen stellte der Rat in seinen Schlussfolgerungen vom 26. Juni 2002 fest, dass die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten unterschiedlich sind, aber die Grundsätze der Solidarität, der Gerechtigkeit und der Universalität gemeinsam sind. Die Prüfung bestimmter Gesundheitsfragen auf Gemeinschaftsebene kann daher einen Mehrwert ergeben. Es besteht die Notwendigkeit zu einer verstärkten Kooperation der Mitgliedstaaten unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Verordnung 1408/71 (vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer, Selbständige und deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern) und unter Einbindung der EU-Gesundheitsminister/innen, um die allgemeine Zugänglichkeit zu qualitativer Gesundheitsversorgung unter Aufrechterhaltung der langfristigen Finanzierung der Gesundheitssysteme zu fördern. Der Rat wird dieses Thema weiter behandeln.

### 2.1.2. Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008)

Am 16. Mai 2000 hat die Europäische Kommission einen Vorschlag für ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorgelegt, der im Mai 2002 im Vermittlungsverfahren zwischen dem Rat und dem Europäischen Parlament angenommen wurde. Das Aktionsprogramm ist insgesamt mit € 312 Millionen dotiert. Es hat das Ziel, zum Erreichen eines hohen Gesundheitsschutzniveaus beizutragen und soll während seiner Laufzeit alle wesentlichen Förderaktivitäten im Bereich Öffentliche Gesundheit vereinen. Es konzentriert sich auf drei Schwerpunkte:

- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Information und Kenntnisse
- Rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren
- Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren

### 2.1.3. Mitwirkung Österreichs an der Gestaltung der EU-Gesundheitspolitik

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen hat bereits während der **Österreichischen Rats-Präsidentschaft 1998** einen internationalen Schwerpunkt im Qualitätsbereich gesetzt. Im Rahmen eines Expertentreffens und einer Konferenz auf Ebene der Gesundheitsminister wurden die unterschiedlichen Qualitätsstrategien im Gesundheitswesen der EU-Mitgliedstaaten und die Aktivitäten der Kommission diskutiert. Die Ergebnisse dieser Gespräche wurden in Form einer Broschüre zusammengefasst.

### Qualitätspolitik im Gesundheitswesen der EU-Beitrittskandidaten

Um zusätzlich das Wissen über die mittel- und osteuropäischen Beitrittskandidatenländer zu vertiefen, wurde seitens des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen im Jahr 1999 eine Studie in Auftrag gegeben, deren Ziel es war, generell die Gesundheitssysteme ausgewählter Beitrittskandidatenländer zu vergleichen. Die Studie gibt einen umfassenden Überblick über Qualität und Qualitätspolitik im Gesundheitswesen dieser Beitrittskandidatenländer.

Dabei ist es wichtig, alle Qualitätsaktivitäten der 12 Beitrittskandidatenländer im Licht der politischen und ökonomischen Veränderungen der letzten Jahre zu sehen. Außer in Zypern und Malta, wo das Gesundheitswesen aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert wird, haben die Gesundheitssysteme aller Beitrittskandidatenländer in der letzten Dekade einschneidende Veränderungen durchgemacht.

Das zuvor existierende Modell der Gesundheitsversorgung (zentralistische Planung, Steuerung, Finanzierung und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen) mit hohen Bettenkapazitäten und Facharzt Dominanz hat sich als ineffizient, kostspielig und wenig patientinnenorientiert erwiesen.

Seither haben umfassende Gesundheitssystemreformen stattgefunden, Kompetenzen wurden neu verteilt, neue Finanzierungssysteme eingeführt und die Dienstleistungserbringung zum Teil völlig neu konfiguriert. Internationalen Trends folgend, ist der Staat nunmehr für Rahmengesetzgebung, Planung und Kontrolle der Dienstleistungserbringung im Gesundheitswesen sowie die Zulassung von Medikamenten, neuen Technologien und Ärzten sowie für das Setzen medizinischer (Mindest)-Standards zuständig.



## EU-Sozial- u. Gesundheitspolitik

### Ständiger Ausschuss der Krankenhäuser der EU (HOPE)

Österreich ist – vertreten durch das Gesundheitsressort – seit 1994 beobachtendes und seit dem EU-Beitritt 1995 stimmberechtigtes Mitglied im Ständigen Ausschuss der Krankenhäuser der Europäischen Union (HOPE). Stimmberechtigte Mitglieder sind alle EU-Staaten, darüber hinaus arbeiten Bulgarien, Malta, Rumänien, Schweiz, Slowakei, Ungarn und Zypern als beobachtende Mitglieder mit.

Die **Mitgliedschaft** bietet die Möglichkeit zur Präsentation und Positionierung des österreichischen Krankenanstaltenwesens in Europa und zur Mitarbeit im Bereich des europäischen Spitals- und Gesundheitswesens. Internationale Kontakte und Erfahrungen v.a. im Bereich Qualitätssicherung und -management, Krankenhausmanagement, Krankenanstaltenfinanzierung, Gesundheitsplanung sowie Datenvergleich und -austausch können unmittelbar genutzt werden. Weiters nimmt Österreich im Wege von HOPE an bilateralen und EU-weiten Projekten im Gesundheits- und Krankenanstaltenbereich teil.

Eine der erfolgreichsten Aktivitäten von HOPE ist das **europaweite Austauschprogramm für Krankenhausbeschäftigte**. Das „HOPE-Exchange Programme for Hospital Professionals“ wird in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten organisiert. Darüber hinaus beteiligen sich auch andere europäische Staaten (wie die Tschechische Republik und Polen) an diesem Programm.

Das HOPE-Austauschprogramm richtet sich vor allem an im Krankenhausmanagement tätige Mitarbeiter/innen mit Führungserfahrung, wobei Verwaltungspersonal, Ärzte/innen und Pflegepersonal gleichermaßen angesprochen sind. Neben der Vermittlung allgemeiner Informationen über das Gesundheitssystem des Gastlandes liegt der Schwerpunkt des Programmes auf dem praktischen Erfahrungsaustausch im jeweiligen Gastkrankenhaus. Im Anschluss an einen vierwöchigen Aufenthalt in einem Gastkrankenhaus findet alljährlich ein europaweites Evaluierungstreffen und ein themenspezifisches Seminar für alle Teilnehmer/innen statt.

Österreich beteiligt sich seit dem Jahr 1995 an diesem Programm. Von 1995 bis 1998 wurde die Teilnahme vom Wiener Krankenanstaltenverbund organisiert. Seit dem Jahr 1999 wird die österreichweite Koordination und Organisation vom Gesundheitsressort (Sektion VII) wahrgenommen.

In den Jahren 1999 bis 2002 haben 51 österreichische Teilnehmer/innen aus fünf Bundesländern im Rahmen dieses Programms einen Studienaufenthalt im Ausland absolviert. Parallel dazu haben sich 41 Teilnehmer/innen

aus 11 europäischen Staaten zu einem Erfahrungsaustausch in Österreich aufgehalten.

Auf Initiative des BMSG werden für die österreichischen Teilnehmer/innen sowohl in Vorbereitung ihres Auslandsaufenthaltes als auch zur Evaluierung nach dem Aufenthalt Treffen veranstaltet, bei denen auch Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch mit Teilnehmer/innen aus früheren Jahren besteht. Dadurch ist bereits ein Netzwerk entstanden, welches eine entscheidende Multiplikatorfunktion für Mitarbeiter/innen in österreichischen Krankenanstalten hat und für diese vielfältige Möglichkeiten von gezielten kontinuierlichen direkten Kontakten und Erfahrungsaustausch mit ausländischen Krankenanstalten ermöglicht.

Sämtliche Sitzungen und Veranstaltungen von HOPE werden „im Rad“ von allen Mitgliedsstaaten durchgeführt. Österreich hat bisher zur Vorstandssitzung und Vollversammlung im Juni 1998 und zu Arbeitssitzungen der Subkomitees im November 2000 und im Jänner 2002 eingeladen. Für Juni 2004 ist die Organisation des europaweiten Evaluierungstreffens zum HOPE-Austauschprogramm in Österreich vereinbart.

### Veterinärangelegenheiten

Durch eine neue Verordnung über das Verreisen mit Haustieren wie Hunde, Katzen, Kaninchen, Vögel etc. wird dieser Bereich erstmals EU-weit harmonisiert. Besonders für Reisende in das Vereinigte Königreich, nach Schweden und Irland sollen die neuen Bestimmungen Klarheit bringen. Die Tollwutsituation hat sich in den letzten zehn Jahren gemeinschaftsweit deutlich gebessert. Dies ist auf die Durchführung von Programmen zur oralen Immunisierung von Füchsen in betroffenen Gebieten zurückzuführen. Das Vereinigte Königreich, Schweden und Irland konnten daher vor kurzem die jahrzehntelang geltende sechsmonatige Quarantäne zugunsten einer flexibleren Regelung abschaffen. Diese Rechtslage wird nun auf Gemeinschaftsebene verbindlich verankert.

## 2.2. Lebensmittelsicherheit in der EU

Das **Weißbuch zur Lebensmittelsicherheit** wurde im Jänner 2000 dem Europäischen Parlament und dem Rat von der Kommission präsentiert. Es verfolgt eine **umfassende Strategie im Bereich Lebensmittelsicherheit**, die alle Stufen der Lebensmittelproduktion einbezieht und das Lebensmittelrecht kohärenter, verständlicher und flexibler gestaltet.

Am 8. November 2000 legte die Kommission einen Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung der allgemeinen Grundsätze und Erfordernisse des Lebensmittelrechts,



zur Einrichtung der Europäischen Lebensmittelbehörde und zur Festlegung von Verfahren zur Lebensmittelsicherheit vor. Die Verordnung zur Einrichtung einer Lebensmittelbehörde wurde vorrangig behandelt und Anfang 2002 angenommen.

Weitere Arbeiten auf EU-Ebene befassen sich mit der Lebensmittelhygiene, v.a. für Lebensmittel tierischen Ursprungs und mit der Rückverfolgbarkeit und Kennzeichnung gentechnisch veränderter Organismen bzw. mit der Rückverfolgbarkeit von aus genetisch veränderten Organismen hergestellten Lebensmitteln und Futtermitteln.

### 2.2.1. Die Europäische Lebensmittelbehörde

Die Europäische Lebensmittelbehörde soll dazu beitragen, das Vertrauen der Verbraucher/innen in die Lebensmittelsicherheit wieder herzustellen. Dazu wird sie von den übrigen Einrichtungen der Gemeinschaft unabhängig aber in engem Kontakt mit diesen sowie mit den Mitgliedstaaten agieren und insbesondere die folgenden Aufgaben wahrnehmen:

- Erstellung von wissenschaftlichen Gutachten,
- Beratung in lebensmitteltechnischen Fragen in den Bereichen Lebensmittelsicherheit und Ernährung, Tiergesundheit, Tierschutz und Pflanzengesundheit,
- Identifizierung neu auftretender Risiken,
- enge Zusammenarbeit mit der Kommission und den Mitgliedstaaten, um die notwendige Kohärenz zwischen den Funktionen der Risikobewertung, des Risikomanagements und der Risikokommunikation herbeizuführen,
- eine klar definierte Kommunikationsfunktion.

Die Ernennung der Verwaltungsratsmitglieder (mit einem österreichischen Vertreter) ist erfolgt. Da noch keine Einigung für den Sitz der Lebensmittelbehörde getroffen werden konnte, wird die Lebensmittelbehörde ihre Arbeit provisorisch in Brüssel aufnehmen.

## 3. Internationale Sozial- und Gleichstellungspolitik

### 3.1. Vereinte Nationen

#### 3.1.1. Sozialpolitik der Vereinten Nationen

Im Berichtszeitraum fanden in New York die 39. und 40. Sitzung der **Kommission für soziale Entwicklung (CsocD)** statt, an der Vertreter/innen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen teil-

nahmen. Die wichtigsten Tagesordnungspunkte der beiden Sitzungen waren das Follow-up zum Weltsozialgipfel 2000 in Genf, die Förderung der Freiwilligenarbeit in der sozialen Entwicklung, der soziale Schutz in einer globalisierten Welt und die sozialen Aspekte makroökonomischer Politik und Sozial-Investitionen als produktiver Faktor.

Im April 2002 fand in Madrid der „**2. Welt-Altengipfel**“ der VN statt, im Mai 2002 in New York der verschobene „**Welt-Kindergipfel**“ der VN. An beiden Treffen nahm der Herr Bundesminister mit einer Delegation von Beamten und Vertretern/innen von Nichtregierungsorganisationen teil.

### 3.1.2. Gleichstellungspolitik der Vereinten Nationen

#### 3.1.2.1. Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung von Frauen (Convention on the Elimination of Discrimination Against Women = CEDAW)

Die Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung von Frauen (CEDAW) ist das wichtigste internationale Übereinkommen, das sich mit den Rechten von Frauen beschäftigt. Die Konvention wurde am 18. Dezember 1979 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommen und ist völkerrechtlich seit 3. September 1981 in Kraft.

Zusätzlich zur Frauenrechtskonvention wurde am 6. Oktober 1999 von der Generalversammlung der UNO ein Fakultativprotokoll angenommen, welches unter anderem jeder einzelnen Frau die Möglichkeit gibt, nach Ausschöpfung des innerstaatlichen Instanzenzuges eine Beschwerde an das Komitee für die Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau zu richten (im Dezember 2000 in Kraft getreten).

Verpflichtend für sämtliche Vertragspartner ist, alle vier Jahre einen Bericht über die Umsetzung der UN-Konvention an das CEDAW-Komitee in New York zu senden. Dieses Komitee besteht aus 23 unabhängigen Expertinnen aus der ganzen Welt.

Die vom Komitee verfassten „Allgemeinen Bemerkungen“ (Concluding Observations, Comments) werden dem jeweiligen Vertragsstaat, der UN-Frauenstatuskommission, dem UN-Wirtschafts- und Sozialrat und der UN-Generalversammlung übermittelt.

Im Zuge der Berichtslegungspflicht gemäß Art.18 der Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung von Frauen wurde am 15. Juni 2000 in New York die österreichische Frauenpolitik präsentiert. Überprüft wurden dabei der kombinierte dritte und vierte Bericht



sowie der fünfte periodische Bericht (vom 5.10.1999) Österreichs, die den Berichtszeitraum von 1989 bis Mitte 1999 umfassen und die Bemühungen der österreichischen Regierung bei der Umsetzung der Frauenkonvention beinhalten. Inhaltliche Schwerpunkte sind jeweils die den Artikeln der Konvention entsprechenden Maßnahmen, die in Österreich zur Beseitigung der Diskriminierung der Frauen gesetzt wurden.

Die Anhörung des CEDAW-Komitees beschäftigte sich unter anderem mit der Umstrukturierung des Frauenministeriums, mit den Themen "Gewalt gegen Frauen", "Situation von Migrantinnen", Gender Mainstreaming, Gesundheit, Bildung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Kinderbetreuungsgeld u.a.

Die abschließenden Bemerkungen des CEDAW-Komitees beinhalteten folgende Schwerpunkte:

**Positiv** erwähnt wurden:

- die Installierung der interministeriellen Arbeitsgruppe für Gender Mainstreaming,
- der schnelle und effiziente Schutz von Opfern häuslicher Gewalt durch das Wegweiserecht (damit wurde das österreichische Gewaltschutzgesetz gewürdigt),
- die Regierungsinitiative für Frauen im Bereich der Neuen Medien,
- die Regierungsinitiative gegen Frauenhandel,
- die österreichischen Bestrebungen, die internationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Frauenhandels zu verbessern,
- die zentrale Rolle Österreichs bei der Ausarbeitung des Zusatzprotokolls, das im Dezember 2000 bereits ratifiziert wurde.

Als **Problembereiche** erwähnte das Expertinnenkomitee:

- die Situation von Migrantinnen und Asylwerberinnen,
- die Situation von Frauen, die von Frauenhandel betroffen sind,
- den hohen Anteil an Frauen, die nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen bzw. den geringen Akademikerinnenanteil an der Gesamtbevölkerung,
- die Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen,
- die Situation von Alleinerzieherinnen und von geschiedenen älteren Frauen in Bezug auf die Alterspension,
- den Mangel an Studien und Daten mit geschlechterbezogenen Auswertungen.

Weiters regte das Komitee folgendes an:

- die Erfassung und Evaluation der geschlechterbezogenen Auswirkung staatlicher budgetärer Mittel,
- vermehrte Zusammenarbeit mit Nichtregierungsorganisationen,
- die Implementierung von geschlechtsbezogenen Asylgründen,

- vermehrte Aufmerksamkeit für das Thema Gewalt gegen ältere Frauen,
- eine Erweiterung der Kompetenzen der Gleichbehandlungskommission,
- Anreize zur Erhöhung des Frauenanteils in der Politik,
- Berücksichtigung der Ergebnisse von Pilotprojekten bei weiteren Vorhaben der Regierung,
- die Einführung der Menschenrechtsbildung als Unterrichtsfach.

### 3.1.2.2. Die Frauenstatuskommission bei den Vereinten Nationen

Die Frauenstatuskommission (FSK) wurde 1946 gegründet und überwacht die Situation der Frauen und deren Rechte auf der ganzen Welt. Sie erstellt Berichte und Empfehlungen für die UN-Generalversammlung (UN-GASS) bzw. interveniert bei groben Verstößen gegen Frauenrechte auch bei der Generalversammlung. Die Frauenstatuskommission wird auch als weltweite Anwältin für die Gleichstellung von Frauen und Männern bezeichnet.

Die 45.Sitzung der Frauenstatuskommission fand vom 6.–16.März 2001 bei den Vereinten Nationen in New York statt und verabschiedete nach langem Ringen Schlussfolgerungen zu den Themen „Rassismus“ (in Vorbereitung auf die Weltrassismuskonferenz im September 2001 in Durban/Südafrika) sowie „HIV/Aids“ in Vorbereitung auf den Weltaidsgipfel im Juni 2001 in New York. Weiters wurden Beschlüsse zum Arbeitsprogramm der nächsten Jahre sowie zu verschiedenen Resolutionen gefasst (Gender Mainstreaming im UN-System, Frauen in bewaffneten Konflikten, Situation der Frauen in Afghanistan etc).

Auch die 46.Sitzung der **Frauenstatuskommission**, die vom 4.–15.März 2002 bei der UNO in New York stattfand, beschäftigte sich mit verschiedenen Schwerpunkten.

Das Arbeitsprogramm bestand neben der Diskussion verschiedener Resolutionen aus der Verabschiedung von zwei Grundsatzklärungen zu Armut und zur Gender-Perspektive bei Naturkatastrophen.

Die Schlussfolgerungen (Agreed Conclusions) zu „Eradicating poverty, including through the empowerment of women throughout their life cycle in a globalizing world“ (Abschaffung der Armut durch Stärkung der Frauen während ihres ganzen Lebens in einer globalisierten Welt) waren als Standpunkt aus Frauenperspektive für die Internationale Konferenz zur Finanzierung der Entwicklungshilfe in Monterrey, Mexiko, gedacht, während die Schlussfolgerungen (Agreed Conclusions) zu „Environmental management and the mitigation of natural disasters: a gender perspective“ (Umweltmanagement und die Milderung von Naturkatastrophen: eine Gender Perspek-



tive) den Weltgipfel zur nachhaltigen Entwicklung Ende August/Anfang September 2002 in Johannesburg vorbereiteten.

Die „Reform der Arbeitsmethoden“ wurde in beiden Jahren (2001 und 2002) diskutiert. Diese Grundsatzenscheidung hat den Zweck, die Effizienz der Frauenstatuskommission zu erhöhen, ihre Rolle innerhalb des UN-Systems zu festigen sowie diese als Plattform der Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft (insbesondere den NGO's sowie der Presse) zu etablieren.

Durch das Inkrafttreten des Zusatzprotokolls zur UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW Optional Protocol), bei dem Österreich zu den ersten zehn Unterzeichnerländern gehört, stand die – 2001 vertagte – vertrauliche (nur für Mitglieder der Frauenstatuskommission) Diskussion der „Reform der Communications Procedures“ zur Debatte. Der bestehende Berichtsmechanismus, dem zufolge Mitgliedstaaten über allgemeine Trends der Verletzung von Frauenrechten informiert werden, soll geändert und neuen völkerrechtlichen Gegebenheiten angepasst werden.

Bei der Frauenstatuskommission spricht im UN-Plenum jeweils die EU-Präsidentschaft (Schweden im Jahr 2001, Spanien im Jahr 2002) im Namen der Mitgliedstaaten, die jeweiligen Statements werden EU-intern in täglichen Sitzungen diskutiert.

### 3.2. Europarat

Aufgrund der Änderungen der Ressortzuständigkeit per 1.4.2000 sind die Angelegenheiten der Europäischen Sozialcharta nunmehr im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit. Im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen verblieben sind die Angelegenheiten des **Komitees für den sozialen Zusammenhalt (CDCS)**, das zur Koordinierung der Arbeit der Generaldirektion III und der in ihrem Bereich tätigen Arbeitsgruppen eingerichtet wurde. Die zwei- bis dreitägigen Sitzungen finden jeweils im Mai und November in Strassburg statt. Im Berichtszeitraum fanden die 6., 7. und 8. Sitzung dieses CDCS statt.