

Eltern-Kind-Vorsorge neu

Teil III: Ist-Erhebung der Finanzierung- und Kostenstrukturen von Eltern-Kind Leistungen in Österreich

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 45c
ISSN: 1992-0488
ISSN-online: 1992-0496

Eltern-Kind-Vorsorge neu

Teil III: Ist-Erhebung der Finanzierung- und Kostenstrukturen von Eltern-Kind Leistungen in Österreich

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, März 2011

Projektteam

Projektleitung: Dr. med. Brigitte Piso, MPH

Projektbearbeitung: Dr. rer. soc. oec. Ingrid Zechmeister, MA
Tina Loibl, BA

Projektbeteiligung

Literatursuche : Tarquin Mittermayr, BA

Externe Begutachtung: Dr. rer. soc. oec. Maria Hofmarcher-Holzhammer; Senior researcher 'Financing and International affairs'; Gesundheit Österreich GmbH

Interne Begutachtung: PD Dr. phil. Claudia Wild; Dr. med. Brigitte Piso, MPH

Externe ExpertInnen: Dr. Andreas Egger (LKF-Daten Auswertung), Florian Endel (PRIKRAF Datenauswertung)

Danksagung

Für die Erstellung diese Berichts waren wir auf die Daten von zahlreichen Institutionen angewiesen. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei allen bedanken, die uns diese Daten mit teilweise großem Aufwand zur Verfügung gestellt haben.

Korrespondenz : Ingrid Zechmeister, ingrid.zechmeister@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Zechmeister I., Loibl T. 2011. Eltern-Kind-Vorsorge neu: Teil III. Ist-Erhebung der Finanzierungs- und Kostenstrukturen von Eltern-Kind-Leistungen in Österreich. Projektbericht Nr. 45c. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen

Conflict of Interest

All contributing authors declare that they have no conflicts of interest according to the Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org)

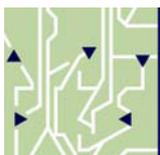
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6. Stock, A-1090 Wien
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die LBI-HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die Berichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über das Internetportal „<http://eprints.hta.lbg.ac.at/>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 45c
ISSN: 1992-0488
ISSN-online: 1992-0496

© 2011 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung	7
Summary.....	9
1 Hintergrund und Fragestellung.....	11
1.1 Der Österreichische Mutter-Kind-Pass	11
1.2 Projektziele	12
1.3 Forschungsfragen	13
2 Methode	15
2.1 Konzeptioneller Rahmen	15
2.2 Datenquellen und Datenanalyse	17
2.3 Review	18
2.4 Struktur des Berichts.....	19
3 Mutter-Kind-Pass.....	21
3.1 Finanzierungsstrukturen	21
3.2 Leistungsgeschehen.....	21
3.3 Kosten und Ausgaben.....	24
3.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben	27
4 Exkurs: Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen.....	29
5 Assistierte Reproduktionstechnologie.....	31
5.1 Finanzierungsstrukturen	31
5.2 Leistungsgeschehen.....	31
5.3 Kosten und Ausgaben.....	32
5.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben	33
6 Stationäre Leistungen bei Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenen.....	35
6.1 Finanzierungsstrukturen	36
6.2 Leistungsgeschehen und Ausgaben bei Schwangerschaft und Geburt	37
6.2.1 Überblick	37
6.2.2 Geburt	41
6.3 Leistungsgeschehen und Ausgaben für Neugeborene	43
6.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben	44
7 Außerstationäre Leistungen für Schwangere und Neugeborene	45
7.1 Hebammenleistungen	45
7.1.1 Finanzierungsstrukturen.....	45
7.1.2 Kosten und Ausgaben	46
7.2 Sonstige außerstationäre Leistungen im niedergelassenen und ambulanten Bereich	47
7.3 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben	48
8 Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder	49
8.1 Finanzierungsstrukturen	49
8.2 Leistungsgeschehen.....	50
8.3 Kosten und Ausgaben.....	50
8.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben	52
9 Leistungen diverser Gesundheitsberufe für Kleinkinder.....	53
9.1 Finanzierungsstrukturen	53
9.2 Leistungsgeschehen.....	54
9.3 Kosten und Ausgaben.....	56
9.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben	56

10	Sonstige Sachleistungen	57
10.1	Länderspezifische Leistungen im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindphase	57
10.1.1	Beispiel Steiermark	57
10.1.2	Beispiel Wien	60
10.2	Einzelprojekte zur Gesundheitsförderung	61
10.3	Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben	62
11	Geldleistungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Kind/Familie	63
11.1	Geldleistungen des Bundes und der Sozialversicherungsträger	63
11.1.1	Wochengeld	63
11.1.2	Kinderbetreuungsgeld	66
11.1.3	Familienbeihilfe und Mehrkindzuschlag	66
11.1.4	Kinderabsetzbetrag	67
11.2	Geldleistungen der Länder	67
12	Gesamtfinanzierungsstrukturen und Anreizwirkungen	69
12.1	Anreizwirkungen des Gesamtsystems	69
12.2	Anreizsysteme und -wirkungen bei den Mutter-Kind-Pass Untersuchungen	72
13	Diskussion	77
14	Literatur	81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.4-1:	Finanzierungsstrukturen des Mutter-Kind-Passes (Daten aus 2008)	27
Abbildung 5.4-1:	Finanzierungsstrukturen der ART (Daten aus 2009)	33
Abbildung 6.2-1:	Stationäre Leistungen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 2004-2009; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [26]	38
Abbildung 6.2-2:	Aufenthalte und Belagstage in PRIKRAF-finanzierten Krankenanstalten	40
Abbildung 6.2-3:	Vergütung der häufigsten Entbindungsformen 2004-2009; Quelle: [26]	42
Abbildung 6.4-1:	Finanzierungsstrukturen stationärer Bereich (Daten aus 2009)	44
Abbildung 7.3-1:	Finanzierungsstrukturen der außerstationärer Leistungen (Daten aus 2007/2008)	48
Abbildung 8.3-1:	Preise für öffentliche finanzierte Impfstoffe	51
Abbildung 8.3-2:	Ausgabenentwicklung für Impfungen	52
Abbildung 8.4-1:	Finanzierungsstrukturen für Impfungen	52
Abbildung 9.4-1:	Finanzierungsstrukturen für therapeutisch-pädiatrische Leistungen diverser Berufsgruppen	56
Abbildung 10.3-1:	Finanzierungsstrukturen für sonstige Leistungen	62
Abbildung 11.1-1:	Mutterschutzfälle in der Wiener Gebietskrankenkasse; Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse [52]	65
Abbildung 12.1-1:	Überblick Gesamtfinanzierungsstrukturen; Beträge aus 2008/2009 (jeweils letztes verfügbares Jahr)	71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1-1: Konzeptioneller Rahmen für Leistungsbeschreibung	16
Tabelle 2.1-2: Übersicht über behandelte Leistungen.....	17
Tabelle 3.2-1: Anzahl der erbrachten Mutter-Kind-Pass Untersuchungen bei VertragsärztInnen	23
Tabelle 3.3-1: Tarife der Mutter-Kind-Pass Leistungen	25
Tabelle 3.3-2: Gesamtausgaben für Mutter-Kind-Pass Leistungen	26
Tabelle 3.4-1: Geld- und Sachleistungen des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen 2009.....	30
Tabelle 5.2-1: Übersicht über die fonds-registrierten ARTs 2001-2009	31
Tabelle 5.3-1: Ausgaben IVF-Fonds 2005-2009 in Euro.....	32
Tabelle 6.2-1: Bewertete LKF-Punkte der Diagnosen „O10-O99“ in allen Krankenanstalten: Vergleich 2004-2009	39
Tabelle 6.2-2: Aufenthalte mit Entbindungsdagnosen: Vergleich 2004-2009	41
Tabelle 6.2-3: PRIKRAF-finanzierte Entbindungsaufenthalte: Vergleich 2001-2007	42
Tabelle 6.3-1: Stationäre Aufenthalte von Neugeborenen mit Hauptdiagnose „P0-P96“	43
Tabelle 6.3-2: Stationäre Aufenthalte von Neugeborenen mit anderen Diagnosen	43
Tabelle 7.1-1: Kassentarife für Hebammenleistungen	46
Tabelle 7.1-2: Preise für Wahlhebammen des Hebammenzentrums Wien.....	46
Tabelle 7.1-3: Ausgaben für Hebammenleistungen pro Jahr (Juli 2007-Juli 2008).....	47
Tabelle 8.1-1: Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder laut Impfplan und Finanzierung in Österreich; Stand Jänner 2011	49
Tabelle 8.2-1: Jährliche Impfstoffdosen ausgewählter Impfungen	50
Tabelle 8.3-1: Preise für privat finanzierte Impfstoffe	51
Tabelle 9.2-1: PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen im Bereich „Pädiatrie“ (Stand2009)	55
Tabelle 9.2-2: BÖP-Mitglieder der Fachsektion Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie.....	55
Tabelle 9.3-1: Kosten diverser Therapien und der klinisch-psychologischen Diagnostik pro Einheit	56
Tabelle 10.1-1: Öffentlich (mit)finanzierte Organisationen/Initiativen, die Leistungen für Schwangere und Kleinkinder in der Steiermark erbringen; 2010;.....	58
Tabelle 10.1-2: Vorsorgeleistungen in Wien	60
Tabelle 10.2-1: Einzelprojekte zur Gesundheitsförderung	61
Tabelle 11.1-1: Statistik zum Wochengeld.....	64
Tabelle 11.1-2: Häufige Indikationen, die zu einer vorzeitigen Freistellung bei Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse führen	65
Tabelle 11.2-1: Ausgewählte Geldleistungen der Länder.....	68
Tabelle 12.2-1: Übersicht über Leistungsausweitung und monetäre Anreize seit Bestehen des Mutter- Kind-Passes	72
Tabelle 12.2-2: Erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes und fakultative Untersuchungen (kursiv gedruckt)	73

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Entwicklung einer am gegenwärtigen Bedarf orientierten Eltern-Kind-Vorsorge erfordert neben der Auswahl und Organisation wirksamer Leistungen auch ein entsprechendes Finanzierungskonzept. Als Basis dafür soll ein Überblick über derzeitige Leistungen für Eltern und Kleinkinder und deren Finanzierung erstellt werden.

Methode: Die Sach- und Geldleistungen entlang des Zeitzyklus von der Konzeption über Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindphase werden systematisch dargestellt. Es werden die Finanzierungsstrukturen, das Leistungsgeschehen, die Kosten und die öffentlichen sowie privaten Ausgaben beschrieben, sowie die impliziten und expliziten monetären Anreizstrukturen dargestellt. Als Datenquellen dienen administrative Daten, Sekundärliteratur und Gesetzestexte.

Als zentrale Sachleistungen wurden die Mutter-Kind-Pass-Leistungen, die Assistierte Reproduktionstechnologie, die stationären sowie außerstationären Leistungen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt, Impfungen, Leistungen diverser Gesundheitsberufe für Kleinkinder und sonstige interdisziplinär erbrachte Leistungen identifiziert.

Bei den Geldleistungen wurde das Wochengeld, das Kinderbetreuungsgeld, die Familienbeihilfe einschließlich Mehrkindzuschlag, der Kinderabsetzbetrag und diverse Geldleistungen der Länder beschrieben.

Ergebnisse: Das umfangreiche Leistungsspektrum wird von fünf Kostenträgern (FLAF/Bund, Bund, Sozialversicherung, Länder, Gemeinden), die jeweils in unterschiedlicher Funktion in die Finanzierung eingebunden sind und auf unterschiedlicher (zentraler und regionaler) Ebene angesiedelt sind, finanziert. Die Vergütung der Sachleistungen erfolgt je nach Leistung und Sektor über Pauschal- oder Einzelleistungsvergütung.

Mutter-Kind-Pass-Leistungen, einzelne Impfungen und manche länderspezifische Vorsorgeprojekte sind für die LeistungsbezieherInnen kostenlos, bei allen anderen Leistungen sind unterschiedlich hohe Selbstbehalte zu leisten oder sie sind vollständig privat zu bezahlen. Darunter fallen insbesondere Leistungen für Kleinkinder außerhalb des Mutter-Kind-Passes und „nicht-medizinische“ Leistungen (z.B. Logopädie).

Für die meisten Geldleistungen und einige Sachleistungen (insbesondere die Mutter-Kind-Pass-Leistungen) besteht eine universelle Anspruchsberechtigung, die restlichen Leistungen sind größtenteils Versicherungsleistungen, deren Anspruch an Erwerbstätigkeit gebunden ist.

Die größten Ausgaben werden für Geldleistungen (Kindergeld, Familienbeihilfe) getätigt. Innerhalb der Sachleistungen entfallen die höchsten Ausgaben auf den stationären Sektor. Im Zeitverlauf ist eine deutliche Ausgabensteigerung, insbesondere bei den Krankenhausleistungen und bei der Reproduktionstechnologie, zu beobachten.

Überblick über Finanzierungsstrukturen als Basis für Weiterentwicklung

Ökonomische Dimensionen der Sach- u. Geldleistungen von Konzeption bis Schuleintritt

Übersicht Sachleistungen

Übersicht Geldleistungen

5 Kostenträger in Mehrfachfunktion eingebunden

private Zuzahlung v.a. bei Leistungen für Kleinkinder

teilw. universeller Anspruch, teilw. Erwerbstätigkeit Voraussetzung

größte Ausgaben für „Familiengeldleistungen“ und stationäre Aufenthalte

<p>Anreiz zu Spitalszentrierung</p> <p>MUKI-Pass Anreiz: von Bonus- zu Malussystem</p> <p>erreicht nicht alle Frauen</p>	<p>Die Finanzierungsstrukturen setzen einen impliziten Anreiz zu spitalszentrierter, medizinischer und fragmentierter Versorgung. Für die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gab es seit ihrer Einführung bewusst gesetzte monetäre Anreize, die anfangs nach einem Bonus- jetzt nach einem Malussystem organisiert sind. Die Teilnehmeraten werden auf über 80% geschätzt, sind aber je nach Untersuchung unterschiedlich, nehmen insbesondere bei den späten Kindesuntersuchungen ab und einzelne Gruppen von Frauen werden nicht erreicht.</p>
<p>Ausgabenverteilung: Medizin u. Technologie hoch, Früherkennung u. Vorsorge niedrig</p>	<p>Diskussion: Trotz sinkender Geburtenrate steigen die Ausgaben für Eltern-Kind-Leistungen kontinuierlich, wobei ein deutliches Ungleichgewicht zugunsten von stationären bzw. medizinischen und reproduktionstechnologischen Leistungen zu beobachten ist. Die klassischen Vorsorge/Früherkennungsmaßnahmen (Mutter-Kind-Pass) oder Leistungen nicht-medizinischer Berufsgruppen sind hingegen für die öffentliche Hand vergleichsweise „billig“. Die systemimmanenten Anreizwirkungen begünstigen diese Verteilung.</p>
<p>Leistungszugang: Medizin/Schwangerschaft gut, Kleinkinder eingeschränkt</p>	<p>Der Leistungszugang ist ungleich. Während (medizinische) Leistungen für Schwangere einschließlich geburtshilflicher Leistungen (auch teure wie z.B. Kaiserschnitt) allen Frauen zustehen, sind Leistungen für Kleinkinder und solche nicht-medizinischer Berufsgruppen eher mit privaten Kosten und daher mit einem eingeschränkten Zugang (z.B. für Einkommensschwache) verbunden.</p>
<p>Anreizsystem erreicht nicht alle Frauen – umgestalten?</p>	<p>Bewusst eingesetzte Anreizsysteme – wie beim Mutter-Kind-Pass – scheinen sich günstig auf eine hohe Teilnehmerate auszuwirken, es werden aber trotzdem bestimmte sozio-ökonomische Gruppen nicht erreicht. Die Bestrafung dieser Gruppe durch Kürzung des Kinderbetreuungsgeldes ist zu hinterfragen.</p>
<p>Umverteilung der Ressourcen erforderlich</p>	<p>Fazit: Für die Konzeption einer “Eltern-Kind-Vorsorge Neu” sind die Umverteilung von Geld- in evidenzbasierte Sachleistungen und von „High-Tech Reproduktionstechnologie“ hin zu echten und für alle zugängliche Vorsorge/Früherkennungsleistungen sowie dafür adäquate Anreizsysteme zu diskutieren.</p>

Summary

Background: Developing a needs based prevention programme for parents and young children not only requires the identification of effective services but also adequate financing structures. As a basis for reshaping financing structures, current services and public transfers for parents and children and their financing methods need to be described.

Method: We systematically describe current in-kind services and monetary transfers for mothers/parents and children along a timeline from conception, pregnancy and birth until the children's age of six years. We present financing structures, number and types of services delivered, costs and expenditure as well as explicit and implicit incentives. Our data bases are administrative data, secondary literature and legal documents.

We identified seven different types of in-kind services which are mother-child-pass examinations, assisted reproductive technologies, hospital and ambulatory services during pregnancy and child-birth, vaccinations, services for children from several health care professionals and further interdisciplinary services/projects.

Additionally, monetary transfers are described. These are maternity pay, child care allowance, family allowance including multiple child bonus and various benefits at the regional level.

Results: The complex spectrum of services is financed by five different payers who are involved in different functions and who represent federal and regional bodies. Reimbursement of in-kind services is based on 'fee-for-service-payments' and on 'lump-sum-payment'.

Mother-child-pass examinations, some vaccinations and single services on the regional level are free of charge. For all other services – especially services for children beyond mother-child-pass examinations – co-payments or full private payments are required (e.g. speech therapy).

Entitlements to most of the monetary benefits are universal. The remainder (e.g. maternity pay) and most of the in-kind services (e.g. hospital services) are dependent on health care insurance and, hence, on employment.

Public expenditure is higher for monetary benefits than for in-kind benefits. Within in-kind benefits hospital services for pregnancy and childbirth account for the highest proportion of public expenditure. Expenditure has risen for almost all of the in-kind and monetary benefits especially for hospital services and reproductive technologies.

The incentives that are related to the financing structures support hospital-based, medical and fragmented provision of services. For mother-child-pass examinations, monetary incentives have been introduced that changed from a bonus- to a penalty-system. It is estimated that participation rate is above 80%, however it depends on type of examination; it decreases for child examinations after the age of one and some groups are not reached at all.

Discussion: Despite decreasing birth rates, expenditure for services around pregnancy and young children has constantly risen. This is especially the case for hospital services and reproductive technologies. Compared to those services, services that focus on screening (mother-child-pass examination programme) and services from health care professionals other than medical

overview of financing structures for re-shaping prevention

description of economic service structures from conception to children's age of 6

in-kind services identified

monetary transfers identified

5 different payers in various functions involved

co-payments mostly for child services

entitlements partly universal, partly linked to employment

high expenditure for family benefits and hospital care

incentives support hospital centred care

participation in mother-child-pass high but some groups not reached

resource distribution: hospital and reproductive technology high, screening and prevention low

doctors are much less costly for public payers. The incentives that are inherent in the financing structures reinforce these distributional patterns.

access: medical technologies (in pregnancy) high, other services lower

While access to medical services and technologies around child birth is free for all pregnant women, services for children and those from non-medical health care professionals are more likely to be accessed with private (co-)payments only. Hence, access is restricted, especially for low-income groups.

some groups not reached by incentive-system - re-shaping needed?

Monetary incentives related to the uptake of mother-child-pass examination programmes seem to support participation, however some socio-economic groups are still not reached. Retrospective penalties by reducing child care benefits need to be questioned.

re-distribution of resources required

Conclusion: For the development of a needs-based prevention programme for parents and young children, discussion is needed about whether to reallocate resources from monetary transfers into evidence-based in-kind services and from high-tech reproductive technologies into definite and universally accessible prevention programmes. Service uptake needs to be supported by adequate incentive systems.

1 Hintergrund und Fragestellung

1.1 Der Österreichische Mutter-Kind-Pass

Das österreichische Mutter-Kind-Pass Untersuchungsprogramm ist ein klassisches (epidemiologisches) Screeningprogramm an Gesunden, bei dem die Screening-Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Anwendung kommen sollten. Demnach soll die Krankheit, auf welche gescreent wird, in der untersuchten Population ausreichend häufig sein, deren Ursachen bekannt sein, ein symptomfreies Intervall aufweisen und es Möglichkeiten zu deren Diagnose und Therapie geben. Weiters soll eine einfache, geeignete, in der Bevölkerung und von den Behandlern akzeptierte, möglichst kosteneffiziente Screeningmethode vorhanden sein.

Während 1974 vier geburtshilfliche Untersuchungen, eine interne Untersuchung und zwei Laboruntersuchungen der Schwangeren sowie eine Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche vorgesehen waren, wurde das Spektrum dieser Untersuchungen im Laufe der Jahre kontinuierlich erweitert [1]. Derzeit umfasst das Mutter-Kind-Pass Untersuchungsprogramm Untersuchungen sowohl der Mutter ab Feststellung einer Schwangerschaft, als auch des Kindes von der Geburt bis zum einschließlich 62. Lebensmonat (~5,2 Jahre) [2]. Dazu gehören fünf geburtshilfliche Untersuchungen, zwei Laboruntersuchungen, eine interne Untersuchung und drei Ultraschalluntersuchungen der Schwangeren. Weiters sind bis zum 62. Lebensmonat des Kindes insgesamt neun Kindesuntersuchungen, zwei Hüftultraschall-Untersuchungen, eine orthopädische Untersuchung, sowie eine HNO-, eine Augen-, und eine augenfachärztliche Untersuchung vorgesehen. Im Falle einer ambulanten Geburt beinhaltet der Mutter-Kind-Pass eine Kontrolluntersuchung des Kindes in der ersten Lebenswoche [2].

Impfungen von Säuglingen und Kleinkindern erfolgen entsprechend dem Österreichischen Impfplan, welcher laut Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates (OSR) jährlich aktualisiert wird [3]. Durchgeführte Impfungen werden sowohl im Mutter-Kind-Pass als auch im internationalen Impfpass, welcher dem Mutter-Kind-Pass beigelegt ist, vermerkt.

Für die Aktualisierung des Mutter-Kind-Passes ist die Mutter-Kind-Pass-Kommission des OSR zuständig. Allerdings fehlt eine standardisierte, transparente Vorgehensweise einerseits in Bezug auf Änderungen im Mutter-Kind-Pass und andererseits in Bezug auf die Kommunikation dieser Änderungen zwischen dem OSR und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger beziehungsweise den Krankenversicherungsträgern [4].

Eine systematische Evaluierung des Untersuchungsprogramms wurde nie durchgeführt, so auch nicht eine Analyse des sich verändernden Bedarfs. Eine derartige Evaluierung des österreichischen Mutter-Kind-Passes muss primär die Analyse des spezifischen Bedarfs einer zielgruppen-orientierten notwendigen „Breite“ und „Tiefe“ der bereits angebotenen und eventueller neuer/ anderer Leistungen umfassen sowie sekundär die Evidenzbasierung der bestehenden Leistungen hinterfragen.

Untersuchungsanzahl und -spektrum wurden im Laufe der Zeit erweitert

derzeit in Schwangerschaft:

5 geburtshilfliche Untersuchungen,

1 interne Untersuchung,

3 Ultraschalluntersuchungen

Kind (bis zum 62.

Lebensmonat):

9 Untersuchungen (+ orthopädisch, HNO, Augen)

Mutter-Kind-Pass seit 1970er Jahre

monetäre Anreize für Teilnahme

Aktualisierung derzeit auf Basis von Entscheidungen einer Kommission des OSR

bislang keine systematische Evaluierung/Bedarfsanpassung

<p>„Medizin-Zentrierung“ Diagnostik/ Versorgung MedizinerInnen vorbehalten</p>	<p>Der in der heutigen Form existierende Mutter-Kind-Pass ist vorwiegend „medizin-zentriert“ und schließt die Diagnostik/ Versorgung durch andere Berufsgruppen als MedizinerInnen, wie Hebammen, Krankenschwestern/ -pflegern, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen etc., weitgehend aus. Während die Mutter-Kind-Pass Leistungen in Österreich allen Schwangeren/ Kindern gleichermaßen zur Verfügung stehen, stellen jüngere nationale und internationale Modellprojekte stärker Risikogruppen ins Zentrum der Mutter-Kind-Versorgung.</p>
<p>komplexe öffentliche Finanzierung</p>	<p>Die MKP Leistungen werden großteils öffentlich über mehrere Kostenträger finanziert. Flankierend dazu wurde mit im Zeitverlauf unterschiedlichen und oftmals mit Familienleistungen gekoppelten monetären Anreizsystemen versucht, eine möglichst hohe Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu erreichen. Für die Entwicklung eines am heutigen Bedarf der Zielgruppen orientierten Konzepts ist neben der Definition des Bedarfs an Leistungen und Organisationsstrukturen auch ein entsprechendes Finanzierungskonzept notwendig.</p>

1.2 Projektziele

<p>Entscheidungsgrundlage für Neuorientierung in der Eltern-Kind- Vorsorge Bedarfsanpassung</p>	<p>Das Ziel des Gesamt-Projektes „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ ist, eine Entscheidungsunterstützung für eine Neuorientierung in der Eltern-Kind-Vorsorge in Österreich zu erarbeiten, um es EntscheidungsträgerInnen zu erleichtern, die Vorsorge dem tatsächlichen (heutigen) Bedarf anzupassen. Basierend auf den Teilberichten I-III soll als zusammenführendes Ergebnis des ersten Projektjahres der Bedarf nach Versorgungsleistungen abgeleitet und benannt werden [5].</p>
<p>Teil I „Epidemiologie“: Darstellung von Erkrankungen, deren Häufigkeiten und Risikofaktoren</p>	<p>Teil I „Epidemiologie“ [6] hat das Ziel, das Spektrum von Risikofaktoren sowie Erkrankungen und deren Häufigkeiten in den definierten Zielgruppen abzubilden, die epidemiologischen Daten zusammenzuführen und zu analysieren. Dies soll die Grundlage für eine Bedarfsfeststellung von Leistungen bilden.</p>
<p>Teil II: Vergleich internationaler Policies und Vorgehensweisen</p>	<p>Im Teil II „Internationale Policies, Konzepte und Screening-Strategien“ [7] wurden eine Vergleichsanalyse gängiger Praktiken mit ähnlichen Screening-Instrumenten, aber auch Erfahrungen aus internationalen Modellen zu vertiefender Risikogruppen-Versorgung sowie andere innovative Leistungsaspekte zusammengeführt.</p>
<p>Teil III: Darstellung von Finanzierungs- und Anreizsystemen</p>	<p>Ziel des vorliegenden Teil III ist die Darstellung des derzeitigen Leistungsgeschehens (Sach- und Geldleistungen¹) entlang eines Zeitzyklus von der Konzeption bis zum Schuleintritt der Kinder, dessen Finanzierungsstruktur (Kostenträger, Finanzierungsströme, LeistungsempfängerInnen), dessen Kosten (welche Kosten sind mit den einzelnen Leistungspositionen verbun-</p>

¹ Im Fall von Sachleistungen (Realtransfers) werden LeistungsempfängerInnen „Naturalien“ (z.B. Gesundheitsleistung) zur Verfügung gestellt. Die Funktion der Finanzierung dieser Leistung kann in einer Hand mit der Leistungserstellung liegen, oder auch geteilt sein (z.B. Leistung wird von praktischer Ärztin erbracht und von Sozialversicherung finanziert). Geldleistungen sind hingegen monetäre öffentliche Transferleistungen direkt an die betroffene Zielgruppe. Diese kann gebunden (z.B. in Form eines Gutscheins) oder frei sein (z.B. Familienbeihilfe) [8] Badelt C, Österle A. Grundzüge der Sozialpolitik. Allgemeiner Teil. Wien: Manz 1998.

den; z.B. Tarife für Mutter-Kind-Pass Untersuchungen) und die damit verbundenen öffentlichen und privaten Ausgaben. Diese Ist-Stand Erhebung soll eine Basis für die Gestaltung der Finanzierungsstrukturen im Rahmen einer Neukonzeption der „Eltern-Kind-Vorsorge“ bilden.

1.3 Forschungsfragen

Im Rahmen dieses Projektes werden folgende Fragen behandelt:

Forschungsfragen

- ❖ Was sind die Finanzierungsstrukturen (Kostenträger, Finanzierungsströme, LeistungsempfängerInnen) der derzeitigen Sachleistungen für Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder bis zum Schuleintritt?
- ❖ Welche Geldleistungen existieren im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt bzw. zur Unterstützung von Familien/für Kinder bis zum Schuleintritt und wie hoch sind die damit verbundenen öffentlichen Ausgaben?
- ❖ Wie hoch sind die Kosten für einzelne Leistungen und die öffentlichen und privaten Gesamtausgaben im Zeitverlauf?
- ❖ Auf welcher gesetzlichen Grundlage beruhen die Leistungen und wie sind sie in das Gesamtfinanzierungssystem im Gesundheits- und Sozialbereich eingebettet?
- ❖ Welche Anreizsysteme und damit verbundene Anreizwirkungen (insb. Teilnehmerate) gehen mit den bisherigen Finanzierungsstrukturen einher?

2 Methode

2.1 Konzeptioneller Rahmen

Um ein möglichst umfassendes Bild über den Leistungs- und Finanzierungskomplex rund um Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindphase zu erhalten und gleichzeitig Transparenz über die Kriterien für in diesem Bericht ein- bzw. ausgeschlossene Leistungen herzustellen, wird zunächst der konzeptionelle Rahmen definiert, innerhalb dessen die Leistungen und deren Finanzierung dargestellt werden.

Angelehnt an einen OECD-Bericht [9], orientiert sich die Beschreibung der Leistungen an einem hypothetischen Kinder-Lebenszyklus und umfasst hierbei Leistungen von der Konzeption bzw. in der Schwangerschaft, Leistungen, die im Rahmen der Geburt erbracht werden bis hin zu Leistungen für Kleinkinder bis zum Schuleintritt. Ein Überblick dazu ist in Tabelle 2.1-1 dargestellt.

Wiewohl der Schwerpunkt auf Vorsorgeleistungen liegt, ist die Abgrenzung zu Versorgungsleistungen nicht immer eindeutig möglich oder sinnvoll. Beispielsweise haben diverse therapeutische Leistungen (z.B. logopädische Leistungen) bei Kleinkindern gleichzeitig einen präventiven Charakter. Stationäre Leistungen rund um die Geburt sind ebenfalls zumeist keine Vorsorgeleistungen, spielen aber in der Schwangerenbetreuung eine zentrale Rolle und sind überdies deutlich von den Vorsorgeprogrammen während der Schwangerschaft beeinflusst.

Betrachtet man das gesamte Leistungsgeschehen von der Konzeption bis hin zu Leistungen für Kleinkinder, verschwimmt die aufgrund derzeitiger Kompetenzverteilung bestehende Grenze zwischen Gesundheits- und Sozialressort. Mitunter können zudem Leistungen aus weiteren Ressorts (z.B. aus dem Bildungsressort oder Elternbildungsleistungen aus dem Ressort für Wirtschaft und Familie) relevant sein. Eine vollständige Darstellung all dieser Leistungen kann mit diesem Bericht nicht geleistet werden. Der Schwerpunkt bei der Darstellung der Sachleistungen liegt daher auf Leistungen aus dem Gesundheitsbereich, unabhängig davon, wer sie finanziert.

Gerade beim Leistungsgeschehen auf Länderebene kann diese Zuordnung zum Gesundheitsbereich nicht immer eindeutig getätigt werden bzw. ist es sogar relevant, das Leistungsgeschehen über Ressortgrenzen hinweg zu beschreiben. Aufgrund der sehr heterogenen Versorgungslandschaft kann bei diesen Leistungen allerdings nur eine beispielhafte Darstellung ohne Anspruch auf Vollständigkeit angeführt werden.

Kinderbetreuungsleistungen (auch wenn diesen zum Beispiel im Bereich der Sprachförderung durchaus ein Vorsorgecharakter zugeschrieben werden kann) und Leistungen für Kinder mit Behinderung werden in diesem Bericht nicht behandelt.

Da es um die Darstellung eines Gesamtbildes an öffentlichen und privaten Leistungen im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindphase geht, werden auch die zentralen Geldleistungen während dieser Lebensphase dargestellt. Diese sind dadurch charakterisiert, dass die Zuerkennung nicht an die Verwendung für einen bestimmten Zweck gebunden ist, sondern Wahlfreiheit darüber besteht.

konzeptioneller Rahmen

Orientierung an hypothetischem Kinder-Lebenszyklus

**Vorsorgeleistung und Versorgungsleistung-
Abgrenzung schwierig**

Schwerpunkt der Leistungsdarstellung liegt auf Gesundheitsbereich

**heterogene Versorgungslandschaft:
Leistungen übertreten Ressortgrenzen**

Kinderbetreuungsleistungen / Behinderung nicht berücksichtigt

außerdem Darstellung der Geldleistungen

geben Informationen über Epidemiologie und Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass

Neben der Darstellung dieser monetäre Transfers als Variante sozialpolitischer Gestaltungsmöglichkeit abseits von Sachleistungen, geben einzelne solcher Leistungen auch Aufschluss über epidemiologische Dimensionen (z.B. Information über Risikoschwangerschaften auf Basis des Wochengeldes bei frühzeitigem Mutterschutz) oder über die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen (z.B. Kürzungen des Kindergeldes bei fehlendem Nachweis von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen).

nur ausgabenstärkste Geldleistungen berücksichtigt, nicht: Geldleistungen für Kinderbetreuungseinrichtungen oder Behinderung

Bei den Geldleistungen werden die für den definierten Lebenszyklus relevanten und ausgabenstärksten Geldleistungen unabhängig von Finanzierungszuständigkeiten inkludiert. Steuerliche Begünstigungen werden – mit Ausnahme des Kinderabsetzbetrages – nicht behandelt. Ebenso werden – wie bei den Sachleistungen – Geldleistungen, die der Finanzierung von Kinderbetreuungseinrichtung oder der Betreuung von Kindern mit Behinderung (z.B. Pflegegeld) gewidmet sind, nicht behandelt.

Tabelle 2.1-1: Konzeptioneller Rahmen für Leistungsbeschreibung

Zeitliche Phase/Lebenszyklus	Sachleistungen	Geldleistungen
Konzeption/Schwangerschaft	Mutter-Kind-Pass Leistungen Assistierte Reproduktion Leistungen im niedergelassenem Bereich Stationäre Leistungen	Wochengeld
Geburt	Stationäre Leistungen Außerstationäre Hebammenleistungen	Wochengeld
Säugling	Mutter-Kind-Pass Leistungen Stationäre Leistungen Außerstationäre Hebammenleistungen Impfungen	Bundeseinheitlich: Kindergeld, Familienbeihilfe/Mehrkindzuschlag, Kinderabsetzbetrag, heterogene länderspezifische Geldleistungen (z.B. Mehrlingszuschlag)
Kleinkind bis Schuleintritt	Mutter-Kind-Pass Leistungen Impfungen Entwicklungsdiagnostik u. (therapeutische) Vorsorgeleistungen (Physio-, Ergo-, Logo-, Psychotherapie) Sonstige geförderte Einzelprojekte und Programme mit Vorsorgecharakter	Bundeseinheitlich: Kindergeld, Familienbeihilfe/Mehrkindzuschlag, Kinderabsetzbetrag, heterogene länderspezifische Geldleistungen (Babygeld, Müttergeld etc.)

Übersicht über behandelte Leistungen

Abgeleitet aus Tabelle 2.1-1 behandelt der Bericht in den anschließenden Kapitel folgende Sach- und Geldleistungen, deren Finanzierung, deren Kosten und die damit verbundenen Ausgaben (Tabelle 2.1-2).

Tabelle 2.1-2: Übersicht über behandelte Leistungen

Sachleistungen
Mutter-Kind-Pass Leistungen
Assistierte Reproduktion
Stationäre Leistungen für Schwangere und Neugeborene
Außerstationäre Leistungen für Schwangere und Neugeborene - Hebammenleistungen - Sonstige außerstationäre Leistungen
Impfungen
Berufsgruppenspezifische Leistungen für Kleinkinder
Sonstige Leistungen - Förderungen auf Länderebene (Fallbeispiel Steiermark, Wien) - Gesundheitsfördernde Einzelprojekte
Geldleistungen
Bundesspezifische Geldleistungen
Länderspezifische Geldleistungen

2.2 Datenquellen und Datenanalyse

Für die Beantwortung der Forschungsfragen werden unterschiedliche Primär- und Sekundärdaten herangezogen:

- ✿ Gesetzestexte
- ✿ Sekundärliteratur zu Finanzierungs- und Anreizstrukturen aus unsystematischer Literaturrecherche
- ✿ Administrative Daten und Information der betroffenen Gebietskörperschaften und sonstiger Akteure
 - ✿ Daten zu administrierten Leistungen, Leistungstarifen und Ausgaben im Rahmen des Mutter-Kind-Passes (Österreichischer Hauptverband der Sozialversicherungsträger)
 - ✿ Daten aus der Dokumentation der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Daten) (Bundesministerium für Gesundheit)
 - ✿ Daten aus der Dokumentation der LKF-Finanzierung bei Privaten Krankenanstalten (Österreichischer Hauptverband der Sozialversicherungsträger)
 - ✿ Daten zu Verbrauch und Ausgaben für Impfungen (Bundesministerium für Gesundheit)
 - ✿ Daten zum Wochengeld (Hauptverband der Sozialversicherungsträger und Wiener Gebietskrankenkasse)
 - ✿ Daten zu Ausgaben für Sachleistungen auf Länderebene (Landesregierung Graz, Stadt Wien)
 - ✿ Daten zu Ausgaben für Geldleistungen (Bundesministerium für Wirtschaft, Jugend und Familie, Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, diverse Landesregierungen)

Primär- und Sekundärdaten:

Gesetzestexte, Sekundärliteratur

administrative Daten

	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Daten diverser Berufsverbände und-gremien (z.B. Hebammengremium, Berufsverband der PsychologInnen) ✿ Daten zu Leistungen im niedergelassenen Bereich (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)
<p>Darstellung ökonomischer Dimensionen:</p> <p>Finanzierungsstrukturen,</p> <p>Leistungsgeschehen,</p> <p>Kosten,</p> <p>Ausgaben</p>	<p>Mit den verwendeten Daten erfolgt eine deskriptive Darstellung folgender ökonomischer Dimensionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Finanzierungsstrukturen: <ul style="list-style-type: none"> ✿ Kostenträger (öffentlich, privat) ✿ Finanzierungsströme ✿ Leistungsempfänger ✿ Administrierte bzw. in Anspruch genommene Leistungen im Zeitverlauf ✿ Kosten der Leistungselemente (z. B. Tarif für einzelne Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) ✿ Öffentliche (und private) Ausgaben im Zeitverlauf
<p>z.T. lückenhafte Darstellung aufgrund mangelnder Daten</p>	<p>Je nach Verfügbarkeit der Daten können für manche beschriebenen Leistungen die genannten ökonomischen Dimensionen nur lückenhaft dargestellt werden. Beispielsweise existieren keine Daten zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von oder zu den Ausgaben für physiotherapeutische Leistungen von Kleinkindern.</p>
<p>Bericht zeigt Datenlücken auf</p>	<p>Zu den Kosten einzelner Leistungselemente liegen nur in Einzelfällen Daten vor und oft nur in der Form von Abrechnungstarifen, die keine echten Kosten widerspiegeln, sondern nur einen Anhaltspunkt darüber liefern. Insofern sollen mit dem Bericht gleichzeitig Datenlücken aufgezeigt werden.</p>
<p>keine Aussagen über Effektivität, vielmehr über Quantität des Leistungsgeschehens</p>	<p>Die verwendeten Daten dienen primär zur Darstellung von Größenverhältnissen hinsichtlich des Leistungsgeschehens und der öffentlichen und privaten Ausgaben im Zeitverlauf und nicht zur exakten Quantifizierung der gesamten Finanzierungsstrukturen. Über die Effektivität der so beschriebenen Leistungen kann in diesem Bericht keine Aussage getroffen werden.</p>

2.3 Review

<p>interner und...</p>	<p>Ein interner Review des Berichtes erfolgte in verschiedenen Stadien der Projektbearbeitung durch die ProjektleiterInnen, um während der interdisziplinären Projektbearbeitung die thematische Abstimmung der Berichte untereinander zu gewährleisten.</p>
<p>externer Review</p>	<p>Darüber hinaus wurde der Bericht von einer externen ExpertInnen begutachtet. Die Gutachterin wurde gebeten, unter Anderem folgende Qualitätskriterien zu beurteilen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ „fachliche Korrektheit“ (stimmen die Informationen), ✿ „Adäquatheit und Transparenz der Methode“ (wird die richtige Methode eingesetzt), ✿ „logischer Aufbau der Arbeit und Konsistenz in der Struktur“ (ist das Ergebnis nachvollziehbar),

- ❖ „Relevanz für die nationale und internationale Fachöffentlichkeit“ (haben die Ergebnisse eine Relevanz für Anwender),
- ❖ „formale Korrektheit“,
- ❖ „Berücksichtigung des aktuellen Stands der Forschung“

Das LBI-HTA versteht die externe Begutachtung durch wissenschaftliche FachexpertInnen aus unterschiedlichen Disziplinen – in Anlehnung an einen „peer-review“ Prozess in wissenschaftlichen Fachzeitschriften – als Methode der Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Arbeit.

zur Qualitätssicherung

2.4 Struktur des Berichts

Die Struktur des Berichts folgt den in Tabelle 2.1-2 beschriebenen Leistungen. Kapitel drei widmet sich den Mutter-Kind-Pass-Leistungen. In einem Exkurs wird nachfolgend (Kapitel vier) die Struktur des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen beschrieben, der sowohl bei der Mutter-Kind-Pass-Finanzierung als auch bei zahlreichen in der Folge beschriebenen Leistungen eine wichtige Rolle spielt. In Kapitel fünf werden die Leistungen der assistierten Reproduktionstechnologie und deren Finanzierung beschrieben, gefolgt von den stationären Leistungen während der Schwangerschaft, bei der Geburt und für Neugeborene (Kapitel sechs). Kapitel sieben widmet sich den außerstationären Leistungen für Schwangere und Neugeborene. Kapitel acht und neun beschreiben – dem Zeitzyklus folgend – Leistungen für Kleinkinder und zwar Impfungen (Kapitel acht) und Leistungen diverser Gesundheitsberufe (Kapitel neun). In Kapitel zehn werden alle sonstigen Sachleistungen für Eltern und Kleinkinder beschrieben, die primär auf Länderebene angesiedelt sind. Die Geldleistungen werden in Kapitel elf dargestellt und Kapitel zwölf fasst die Finanzierungsstrukturen zusammen und erläutert die impliziten aber auch die im Zusammenhang mit den Mutter-Kind-Pass-Leistungen explizit gesetzten monetären Anreizstrukturen. Der Bericht endet mit einer Diskussion der Ergebnisse und der Limitationen.

Berichtsstruktur folgt konzeptionellem Rahmen

3 Mutter-Kind-Pass

3.1 Finanzierungsstrukturen

Der Mutter-Kind-Pass ist eine Vorsorgeleistung für werdende Mütter und Kleinkinder. Hierbei können bestimmte ärztliche Leistungen kostenlos in Anspruch genommen werden. Der Leistungsumfang ist gesetzlich definiert, wobei ein Teil der Leistungen obligatorisch ist (Voraussetzung für die Ausbezahlung der vollen Höhe des Kinderbetreuungsgeldes, siehe auch Kapitel 12.2) und der Rest fakultativ in Anspruch genommen werden kann [10].

Gemäß der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 (Fassung vom 25. 09. 2010) umfasst der Mutter-Kind-Pass fünf Untersuchungen der Schwangeren und neun Untersuchungen des geborenen Kindes. Die Verordnung definiert genau welche Leistungen hierfür nötig sind [11].

Der Zugang zum Mutter-Kind-Pass wird allen schwangeren Frauen in Österreich ermöglicht, unabhängig davon, ob sie sozialversichert sind oder nicht. Bei schwangeren Frauen mit Sozialversicherung trägt diese ein Drittel der Kosten und zwei Drittel werden vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen (FLAF) finanziert. Bei Schwangeren ohne Sozialversicherung werden die Kosten zur Gänze durch den FLAF getragen.

Die Leistungen, die ein/e VertragsärztIn an einer schwangeren Frau oder an deren Kind im Rahmen des Mutter-Kind-Passes erbringt, werden mittels Honorarabrechnung von der Kasse abgegolten. Zwei Drittel der „Mutter-Kind-Pass-Leistungshonorar-Kosten“ werden der Kasse vom Bund über den FLAF rückerstattet. Vereinfacht dargestellt werden dazu die Kosten eines Mutter-Kind-Pass-Leistungspaketes unter Berücksichtigung der Tarife mit der Anzahl der Geburten multipliziert. Diese Kosten dienen als Basis für die Rückerstattung, die jährlich mit den aktuellen Zahlen berechnet wird [12].

Das Ministerium überweist vier Mal jährlich eine Akontozahlung an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die auf die Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen aufgeteilt wird. Eine Gegenüberstellung der Ausgaben jedes einzelnen Trägers für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen zur erfolgten Akontozahlung wird im Folgejahr zentral durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführt und diese Endabrechnung an das Ministerium übermittelt. Dort wird die Abrechnung geprüft und nach Anerkennung werden allfällige offene Forderungen nachgezahlt bzw. gutgeschrieben [13].

3.2 Leistungsgeschehen

Tabelle 3.2-1 zeigt die Anzahl der abgerechneten Mutter-Kind-Pass-Sonderleistungspositionen zwischen 2004 und 2009, die bei VertragsärztInnen erbracht wurden (ohne Leistungen bei WahlärztInnen). In diesen sechs Jahren wurden insgesamt 6.693.813 solcher Leistungen in Anspruch genommen. Während es im Jahr 2004 noch 1.122.091 Leistungen waren, sind es im Jahr 2009 um 21.128 Leistungen (-2%) weniger gewesen. Im selben Zeitraum sank die Anzahl der Geburten um 3% [14]. Der Leistungsrück-

**kostenloser
Leistungsanspruch für
bestimmte
Untersuchungen**

**Untersuchungen:
5 bei Schwangeren
9 bei geborenem Kind
für alle Schwangeren
(auch ohne
Sozialversicherung)**

**ärztliche Leistungen
werden von Kasse
abgegolten
2/3 der Kosten
übernimmt FLAF**

**Rückerstattung der
Kosten an
Sozialversicherungs-
träger durch Bund**

**abgerechnete
Leistungen in 2009:
21.128
Leistungsrückgang
geringer als
Geburtenrückgang**

<p>Leistunganspruch bzw. dessen Rückgang ist abhängig von Untersuchung</p>	<p>gang ist also geringer als der Geburtenrückgang.</p>
<p>stärkerer Rückgang bei Schwangeren als bei Kindern</p>	<p>Allerdings ist die Leistungsentwicklung je nach Untersuchung unterschiedlich (Tabelle 3.2-1). Bei den Leistungen während der Schwangerschaft ist der stärkste Rückgang bei der ersten, vierten und fünften Untersuchung zu verzeichnen. Bei den Untersuchungen des Kindes verzeichnen die Untersuchungen des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche, die sechste, siebte und achte Untersuchung des Kindes, sowie die Hals-Nasen-Ohren Untersuchung und die zweite Augenuntersuchung unter Berücksichtigung des Geburtenrückgangs eine Zunahme, während die größte Reduktion bei der ersten Hüftultraschalluntersuchung zu verzeichnen ist. Insgesamt ist der Rückgang der Leistungen in der Schwangerschaft prozentuell höher als die sinkende Geburtenzahl, während die Leistungen für Kinder einen umgekehrten Trend zeigen.</p>
<p>verschiedene Erklärungsansätze, z.B. Untersuchung bei WahlärztIn</p>	<p>Die Ursachen für einen Rückgang können unterschiedlich sein. Neben der sinkenden Geburtenzahl können eine stärkere Inanspruchnahme von WahlärztInnen oder eine tatsächlich sinkende Leistungsanspruchnahme Gründe für eine abnehmende Anzahl an Sonderleistungsabrechnungen sein. Der steigende Trend der Sonderleistungspositionen bei manchen Kindesuntersuchungen kann durch steigende Teilnahme oder häufigere Inanspruchnahme von VertragsärztInnen (anstatt WahlärztInnen) bedingt sein.</p>
<p>Inanspruchnahme sinkt von 1. bis 5. Schwangerenuntersuchung deutlich</p>	<p>Außerdem zeigt Tabelle 3.2-1 die Frequentierung der einzelnen Mutter-Kind-Pass Leistungen von der ersten gynäkologischen Untersuchungen der Schwangeren bis hin zur neunten ärztlichen Untersuchung des Kindes. Es ist zu erkennen, dass die abgerechneten gynäkologischen Untersuchungen der Schwangeren jedes Jahr von der ersten bis zur fünften Untersuchung kontinuierlich um rund 15% abnahmen. Im Jahr 2009 wurden etwa für die erste Untersuchung 7.947 mehr Leistungen administriert, als für die fünfte Untersuchung. Die Internistische Untersuchung wurde um durchschnittlich 30% geringer in Anspruch genommen als die erste gynäkologische Untersuchung, die Ultraschalluntersuchungen wurden um 10% bis 13% seltener als die erste gynäkologische Untersuchung administriert.</p>
<p>auch bei Kindern Rückgang der Inanspruchnahme von 1. bis 9. Untersuchung</p>	<p>Auch bei den Untersuchungen des Kindes ist dieses Phänomen zu beobachten, allerdings ist hier der Rückgang der in Anspruch genommenen Leistungen (von der ersten bis letzten Kindesuntersuchung) zwischen 2004 und 2009 von 64% auf 35% gesunken. Das heißt, die letzten Untersuchungen des Kindes wurden zwar nach wie vor deutlich seltener abgerechnet als die ersten, der Unterschied ist aber nicht mehr so groß wie 2004. Die geringe Anzahl bei der Untersuchung in der 1. Lebenswoche ist darauf zurückzuführen, dass diese großteils im Spital durchgeführt wird und daher nicht in der Abrechnung aufscheint. Umgekehrt stieg gerade diese Untersuchung im Zeitverlauf deutlich, was auf eine zunehmende Anzahl an ambulanten Geburten oder frühzeitigen Entlassungen zurückzuführen sein dürfte.</p>
<p>Unterschied wird weniger</p>	<p>Zur Frequenz der Inanspruchnahme pro Schwangere und Kind liegen keine Daten vor, sodass über die tatsächliche Teilnehmerate an den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen mit diesen Daten keine Aussage getroffen werden kann.</p>
<p>keine Aussage zur tatsächlichen Teilnahme möglich</p>	

Tabelle 3.2-1: Anzahl der erbrachten Mutter-Kind-Pass Untersuchungen bei VertragsärztInnen

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Veränderung 2004-2009 (%)	Veränderung nach Berücksichtigung Geburtenrückgang (%)
Schwangerschaft								
1. Untersuchung	58.036	55.864	55.378	54.419	53.719	53.195	-8	-5
2. Untersuchung	53.375	52.161	51.473	50.793	50.050	49.948	-6	-3
3. Untersuchung	51.592	50.552	49.672	48.718	48.583	47.747	-7	-4
4. Untersuchung	51.236	50.349	49.555	48.520	48.622	47.317	-8	-5
5. Untersuchung	48.937	47.953	47.542	46.073	46.758	45.248	-8	-5
<i>Veränderung 1. bis 5. Untersuchung in %</i>	<i>-16%</i>	<i>-14%</i>	<i>-14%</i>	<i>-15%</i>	<i>-13%</i>	<i>-15%</i>		
Internistische Untersuchung	38.751	37.997	37.927	38.059	37.761	36.856	-5	-2
Erste sonographische Untersuchung*	50.177	49.264	48.516	48.049	47.811	47.675	-5	-2
Zweite sonographische Untersuchung*	49.809	49.045	48.207	47.154	47.579	46.458	-7	-4
Kind								
Untersuchung des Neugeborenen 1. LW	3.253	3.207	3.367	3.298	3.589	3.614	+11	+14
1. Untersuchung (4.-7. LW)	66.204	65.190	64.665	62.369	63.045	62.154	-6	-3
2. Untersuchung (3.-5. LM)	66.463	66.615	65.452	63.906	63.653	62.756	-6	-3
3. Untersuchung (7.-9. LM)	64.904	65.939	65.253	63.759	63.256	62.843	-3	0
4. Untersuchung (10.-14. LM)	65.629	67.176	65.939	65.116	63.721	63.883	-3	0
5. Untersuchung (22.-26. LM)	60.731	59.899	62.262	60.472	60.268	58.395	-4	-1
6. Untersuchung (34.-38. LM)	47.213	50.257	50.519	51.598	51.410	50.839	+8	+11
7. Untersuchung (46.-50. LM)	40.943	40.352	43.666	44.390	45.752	45.653	+12	+15
8. Untersuchung (58.-62. LM)	24.090	25.975	27.403	34.174	38.616	40.314	+67	+70
<i>Veränderung 1. bis 8. Untersuchung in %</i>	<i>-64%</i>	<i>-60%</i>	<i>-58%</i>	<i>-45%</i>	<i>-39%</i>	<i>-35%</i>		
Orthopädische Untersuchung (4.-7. LW)	68.005	67.184	66.848	64.205	64.588	64.087	-6	-3
Hals-Nasen-Ohren-Untersuchung (7.-9. LM)	58.461	63.636	63.729	62.233	61.773	61.440	+5	+8
Augenuntersuchung 1 (10.-14. LM)	64.452	65.498	65.294	64.225	62.807	62.775	-3	0
Augenuntersuchung 2 (22.-26. LM)	27.595	29.255	28.921	28.663	28.763	27.233	-1	+2
Hüftultraschall 1 (1. LW)	7.210	6.905	6.658	5.865	6.278	6.327	-12	-9
Hüftultraschall 2 (6.-8. LW)	55.025	55.550	54.924	53.336	53.970	54.206	-1	+2
<i>Gesamt</i>	<i>1.122.091</i>	<i>1.125.823</i>	<i>1.123.170</i>	<i>1.109.394</i>	<i>1.112.372</i>	<i>1.100.963</i>	<i>-2</i>	<i>+1</i>
<i>Anteil 1. Kind-Unters. an Lebendgeburten</i>	<i>84%</i>	<i>83%</i>	<i>83%</i>	<i>82%</i>	<i>81%</i>	<i>81%</i>		

Quelle:[15]; * nicht im Mutter-Kind-Pass Gesamtvertrag geregelt

3.3 Kosten und Ausgaben

<p>Honorierung besteht aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sonderleistungen Grundvergütung Einzelleistungshonorare 	<p>Die Honorierung der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen erfolgt einerseits durch bundesweit einheitlich geregelte Mutter-Kind-Pass Sonderleistungshonorare, andererseits wird ein Teil dieser Untersuchungen nach den Tarifen abgerechnet, die für die „normale“ ärztliche Behandlung gelten. Diese Tarife sind bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern unterschiedlich. Dabei handelt es sich um die Grundvergütung (Ordination bzw. Fallpauschale) und Einzelleistungshonorare (wie etwa Laboruntersuchungen). Die Grundvergütung wird von den VertragsärztInnen zusätzlich zu den einzelnen Schwangeren- und Kindesuntersuchungen abgerechnet, mit Ausnahme des Fallpauschales, das nur einmal pro Quartal veranschlagt werden kann. Mit der Grundvergütung, den Einzelleistungshonoraren und den Sonderleistungshonoraren sind alle Leistungen, die im Rahmen des Mutter-Kind-Passes erbracht werden (auch solche ohne eigene Tariffierung wie z.B. die Anamneseerhebung) abgegolten [15].</p>
<p>Tarife von Leistungen variieren von 3,5 – 64 €</p> <p>Gesamttarif: 552 €</p>	<p>Tabelle 3.3-1 zeigt eine Auflistung aller Mutter-Kind-Pass Leistungen und die dazugehörigen durchschnittlichen Tarife, die vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger auf Basis der Honorarordnung zur Verfügung gestellt wurden [15]. Die Tarife für die einzelnen Leistungen liegen zwischen 3,5 Euro und rund 64 Euro. Für die gynäkologischen bzw. pädiatrischen Untersuchungen liegen die Tarife derzeit zwischen 18 Euro und knapp 22 Euro pro Untersuchung. Für Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft und für die Hüftultraschalluntersuchung ist mit 22 Euro bzw. 29 Euro ein geringfügig höherer Tarif festgelegt. In Summe machen diese Tarife im Durchschnitt ohne Grundvergütung für ein Gesamtpaket an Mutter-Kind-Pass Leistungen (also pro Schwangere und Kind) rund 552 Euro aus [15].</p>
<p>davon 47% für Schwangerschaft</p> <p>53% für Kinderuntersuchungen</p>	<p>Davon entfallen 47% auf Untersuchungen während der Schwangerschaft und 53% auf die Kindesuntersuchungen. 63% der Tarifsumme entfallen auf obligatorische Leistungen, die restlichen 37% auf fakultative Leistungen (siehe auch Tabelle 12.2-2 in Kapitel 12.2), wobei die fakultativen Leistungen zu einem größeren Teil die Kindesuntersuchungen betreffen (25% der Tarifsumme) und nur zu 12% den gynäkologischen Bereich. Welche (Fach)ärztInnen die Leistungen abrechnen, kann aus diesen Daten nicht ermittelt werden. Pass [16] beschreibt jedoch anhand etwas älterer Daten aus dem Jahr 1998, dass der Trend Richtung FachärztInnen (an Stelle von AllgemeinmedizinerInnen) geht.</p>
<p>Abrechnung vorwiegend von FachärztInnen</p>	

Tabelle 3.3-1: Tarife der Mutter-Kind-Pass Leistungen

ZEITRAUM	UNTERSUCHUNG	TARIF
1. bis 16. SSW	Laboruntersuchungen	64,29 €
	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
17. bis 20. SSW	Interne Untersuchung	11,55 €
	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
25. bis 28. SSW	Bestimmung Hämatokrit- und Hämoglobinwert	3,45 €
	Hepatitis-B-Untersuchung	9,92 €
	Oraler Glukosetoleranztest	10,89 €
	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
30. bis 34. SSW	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
35. bis 38. SSW	Gynäkologische Untersuchung	18,02 €
	Zusätzlich empfohlen	
8. bis 12. SSW	Ultraschalluntersuchung	22,32 €
18. bis 22. SSW	Ultraschalluntersuchung	22,32 €
30. bis 34. SSW	Ultraschalluntersuchung	22,32 €
Summe Tarife Schwangerschaft*		257,16 € (47%)
1. LW	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
4. bis 7. LW	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
	Orthopädische Untersuchung	11,55 €
3. bis 5. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
7. bis 9. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
	HNO-Untersuchung	17,95 €
10. bis 14. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
	Augenuntersuchung	17,95 €
22. bis 26. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
	Fachärztliche Augenuntersuchung	21,80 €
34. bis 38. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
46. bis 50. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
58. bis 62. LM	Ärztliche Untersuchung des Kindes	21,80 €
	Zusätzlich empfohlen	
6. bis 8. LW	Hüftultraschalluntersuchung	29,07 €
Summe Tarife Kindesuntersuchungen*		294,52 € (53%)
GESAMTSUMME TARIFE Schwangerschaft und Kind*		551,68,- € (100%)

* ohne Grundvergütung; Quelle: [15]

Die Gesamtausgaben für Mutter-Kind-Pass Leistungen sind in Tabelle 3.2-3 dargestellt. Die Ausgaben stiegen zwischen 1997 und 2008 von 47,7 Mio. Euro auf 50,9 Mio. Euro. Somit haben sich die Aufwendungen in diesem Zeitraum um etwa 3,2 Mio. Euro (+7%) erhöht. Die Mutter-Kind-Pass Sonderleistungen machen davon knapp die Hälfte aus (im Jahr 2008: 22,2 Mio. Euro).

Gesamtausgaben
1997: 47,7 Mio. €
2008: 50,9 Mio. €

Die Ausgaben der Sozialversicherungsträger stiegen von 1997 bis 2008 von ca. 15,9 Mio. Euro auf ca. 17 Mio. Euro und jene für den FLAF stiegen von ca. 32 Mio. Euro auf 34,3 Mio. Euro. Die Ausgaben für Nichtversicherte machten davon einen relativ geringen Anteil zwischen 0,7 bis 1,1% aus, sie verzeichnen aber mit 57% die größte Steigerungsrate zwischen 1997 und 2008.

Tabelle 3.3-2: Gesamtausgaben für Mutter-Kind-Pass Leistungen

Jahr	Ausgaben Sozialversicherung	Gesamtausgaben FLAF	Davon FLAF-Ausgaben für Nichtversicherte (%)	Ausgaben gesamt
1997	15.678.724	32.015.148	219.233 (0,7%)	47.693.872
1998	14.813.680	30.264.143	212.261 (0,7%)	45.077.823
1999	14.594.892	29.902.869	237.695 (0,8%)	44.497.761
2000	14.177.441	28.996.090	213.736 (0,7%)	43.173.531
2001	13.971.407	28.589.529	215.575 (0,8%)	42.560.936
2002	15.864.130	32.473.593	248.444 (0,8%)	48.337.723
2003	15.722.586	32.342.759	299.197 (0,9%)	48.065.345
2004	15.796.921	32.653.847	353.335 (1,1%)	48.450.768
2005	15.929.962	32.738.700	292.925 (0,9%)	48.668.662
2006	16.054.631	32.878.981	256.569 (0,8%)	48.933.612
2007	16.117.319	33.074.118	279.823 (0,8%)	49.191.437
2008	16.632.535	34.295.854	343.595 (1,0%)	50.928.389
Veränderung 1997-2008 in %	+6%	+7%	+57%	+7%

Quelle: [15]

3.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben

Abbildung 3.4-1 beschreibt zusammenfassend die Finanzierungs- und Kostenstrukturen des derzeitigen Mutter-Kind Passes. Im Jahr 2008 wurden vom FLAF und den Sozialversicherungsträgern insgesamt 51 Mio. Euro für die Mutter-Kind-Pass-Leistungen aufgewendet.

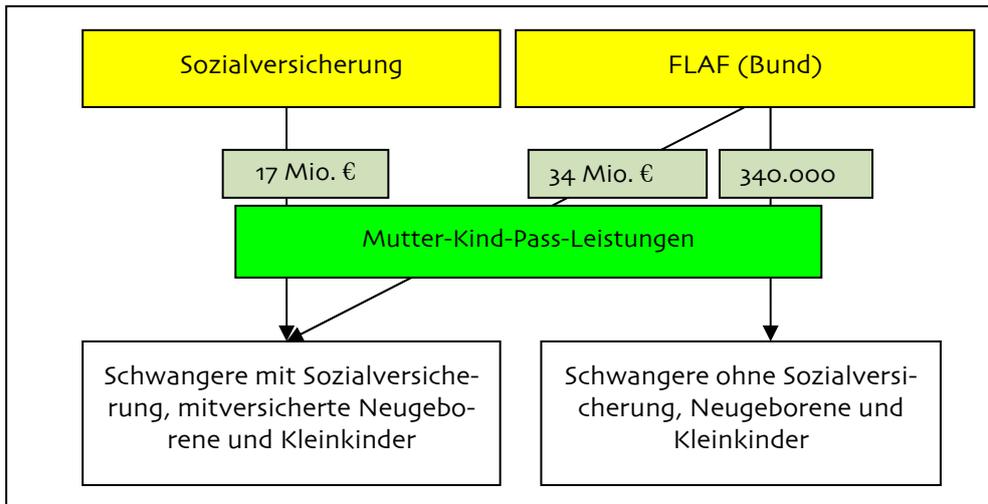


Abbildung 3.4-1: Finanzierungsstrukturen des Mutter-Kind-Passes (Daten aus 2008)

4 Exkurs: Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen

Der Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen (FLAF) spielt nicht nur bei der Finanzierung des Mutter-Kind-Passes sondern auch bei diversen weiteren Familienleistungen eine zentrale Rolle. Im Folgenden werden daher dessen Finanzierung und Aufgaben beschrieben.

Der österreichische Familienlastenausgleich wurde als horizontaler Lastenausgleich konzipiert. Das heißt, er soll einen Ausgleich zwischen unterhaltspflichtigen Eltern und Personen ohne Unterhaltspflichten darstellen. Die Zuständigkeit fällt derzeit in den Bereich des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend. Die gesetzliche Grundlage bildet das Familienlastenausgleichsgesetz 1967 [17, 18].

Die Finanzierung läuft über den FLAF, der über das Finanzministerium verwaltet wird. Der FLAF ist über ein Mischsystem finanziert. Der größte Anteil stammt aus Dienstgeberbeiträgen. Sie deckten 2008 87% der Einnahmen. Steuern (vor allem Anteile von Körperschafts- und Einkommenssteuer) machen mit 11% den zweitgrößten Anteil aus. Ein sehr geringer Teil von weniger als 1% wird über Beiträge von forst- und landwirtschaftlichen Betrieben finanziert [19].

Aus dem Fonds werden Geld- und Sachleistungen für Familien finanziert. Die Aufwendungen des FLAFs sind in den letzten zehn Jahren tendenziell gestiegen. Sie betragen im Jahr 2000 4,3 Mrd. Euro und im Jahr 2009 6,2 Mrd. Euro [20]. Tabelle 3.4-1 stellt die Leistungen und die damit verbundenen Aufwendungen im Überblick dar. Den größten Anteil der Aufwendungen machen die Geldleistungen (Familienbeihilfe und Kinderbetreuungsgeld) aus.

**FLAF ist zentrale
Finanzierungsquelle**

**Ausgleich zwischen
Eltern und Personen
ohne Unterhaltspflicht**

**Mischfinanzierung:
primär aus
Dienstgeberbeiträgen
und Steuern**

**tendenziell steigende
Aufwendungen**

**2009: 6,2 Mrd. €
größtenteils
Geldleistungen**

Tabelle 3.4-1: Geld- und Sachleistungen des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen 2009

Leistungen	Aufwendung 2009 (in Mio €)	%
Geldleistungen		
- Familienbeihilfe	3.444,40	55,99
- Kinderbetreuungsgeld	1.155,98	18,79
Sachleistungen		
- Unentgeltliche Schulbücher	102,82	1,67
- Schulfahrtbeihilfen und Lehrlingsfahrtbeihilfen	9,06	0,14
- SchülerInnen- und Lehrlingsfreifahrten	388,35	6,31
Kostenerstattung*	1.051,09	17,08
- Familienhärteausgleich		
- Mutter-Kind-Pass-Untersuchung		
- Untersuchungen im Zusammenhang mit Gewährung der erhöhten Familienbeihilfe		
- Familien/Elternberatungsstellen		
- Familienforschung		
- Vereinbarkeit Beruf-Familie		
- In-vitro Fertilisation		
- Unterhaltsvorschüsse		
- Beiträge für die Unfallversicherung der SchülerInnen und Studierenden		
- Beiträge zum Wochengeld/zur Betriebshilfe		
- Pensionsbeiträge für Personen, die schwerstbehinderte Kinder betreuen		
- Krankenversicherungsbeiträge bei Bezug von Kinderbetreuungsgeld		
- Abfertigungsbeiträge für bestimmte Ersatzzeiten		
- Beitrag zur Studienförderung		
Gesamt	6.151,70	100

* nur Daten zu Gesamtsumme verfügbar, Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche nicht ausgewiesen; Quelle: [20]

5 Assistierte Reproduktionstechnologie

5.1 Finanzierungsstrukturen

Wie im Teil I/Epidemiologie [6] angeführt, besteht für Paare, deren Kinderwunsch nicht auf natürlichem Weg erfüllt werden kann, seit dem Jahr 2000 die Möglichkeit, dass 70% der Kosten einer Behandlung im Rahmen der Assistierten Reproduktionstechnologie (ART) durch einen vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen, weiteren öffentlichen Kostenträgern (Krankenversicherungsträgern, Krankenfürsorgeeinrichtungen) und Privatversicherungen (Verband der Versicherungsunternehmen, private Versicherungsunternehmen) gespeisten Fonds (IVF-Fonds) übernommen werden, sofern die ausführenden Institute eine Zulassung zur ART, einen rechtsgültigen Vertrag mit dem IVF-Fonds und einen Behandlungsvertrag mit den behandelnden Paaren haben, sowie definierte Qualitätskriterien erfüllen [21].

70% der Kosten für ART werden von IVF-Fonds übernommen

5.2 Leistungsgeschehen

Tabelle 5.2-1 zeigt eine Übersicht über die registrierten ART-Behandlungen vom Jahr 2001 bis 2009. Es ist eine jährliche Zunahme der Paare zu verzeichnen, welche sich für eine fonds-finanzierte ART-Behandlung entscheiden. Während es im Jahr 2001 noch 3.283 Paare waren, sind es im Jahr 2009 4.806 Paare. An diesen 4.806 Paaren wurden 6.599 Versuche gestartet. 1.836 dieser Versuche führten zu einer Schwangerschaft. Das bedeutet durchschnittlich benötigte man im Jahr 2009 ca. 3,6 Versuche pro Schwangerschaft. Wie viele Kinder auf diese Weise geboren wurden, ist unbekannt.

zunehmende Anzahl von Paaren

2001: 3.283

2009: 4.806

6.600 Versuche

Tabelle 5.2-1: Übersicht über die fonds-registrierten ARTs 2001-2009

Jahr	Anzahl Versuche	Anzahl Paare	Anzahl Schwangerschaften
2001	4.726	3.283	986
2002	4.680	3.384	1.193
2003	4.836	3.539	1.340
2004	4.878	3.614	1.320
2005	5.506	3.998	1.564
2006	5.575	4.070	1.568
2007	5.932	4.322	1.738
2008	6.096	4.483	1.729
2009	6.599	4.806	1.836

Quelle: [21]

5.3 Kosten und Ausgaben

**Angaben zu Kosten über
privat gezahlte Eingriffe
erhoben:
zwischen 200 € und
2.500 € pro Leistung**

Information zu den Kosten für die verschiedenen Formen der ART lässt sich über die bei vollständig privat bezahlten Eingriffen in Rechnung gestellten Beträge gewinnen. In einer österreichischen öffentlichen Krankenanstalt werden etwa folgende Beträge in Rechnung gestellt [22]:

- ✿ € 210,- für eine Intrauterine Insemination
- ✿ € 750,- für einen Kryozyklus
- ✿ € 1.900,- für eine In-Vitro-Fertilisation
- ✿ € 2.360,- für eine Intrazytoplasmatische Spermieninjektion

Es ist anzunehmen, dass die Preise je nach Institution unterschiedlich sind.

**Ausgaben von IVF-
Fonds
2005: 11,6 Mio. €
2009: 13 Mio. €**

Laut Bundesministerium für Gesundheit wurden im Jahr 2009 etwa 13 Mio. Euro über den IVF-Fonds finanziert (Tabelle 5.3-1). Der Betrag stieg in den letzten Jahren deutlich an, sodass innerhalb von vier Jahren eine Ausgabensteigerung um 13% zu verzeichnen ist [23]. Die größte Ausgabensteigerung verzeichnet die Kryokonservierung (fast 4-mal so hohe Ausgaben wie 2004), gefolgt von der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (+44%), die mit gut 5 Mio. Euro gleichzeitig den höchsten Ausgabenposten in absoluten Zahlen darstellt.

Tabelle 5.3-1: Ausgaben IVF-Fonds 2005-2009 in Euro

Leistung	2005	2006	2007	2008	2009	Veränderung 2005-2009 in %
IVF-Behandlungen	1.417.806	1.220.190	1.191.285	1.051.960	1.096.326	-23
ICSI-Behandlung	4.071.070	4.210.347	4.357.647	5.031.191	5.850.166	+44
Kryokonservierung	56.468	92.960	109.120	162.608	214.588	+280
Abbruch	46.537	48.702	49.843	57.962	58.044	+25
Abbruch nach Follikelpunktion	327.034	301.937	332.728	326.250	410.291	+25
med. induzierte Vollnarkose	22.028	30.066	28.184	25.111	27.828	+26
Medikamente über Apotheken	5.434.994	5.159.086	5.487.813	5.929.418	5.194.27	-4
Hodenbiopsie (MESA und TESE)	66.349	42.618	52.462	43.076	44.945	-32
Erfolgsprämie für Schwangerschaft	121.050	125.992	134.153	147.815	164.936	+36
Gesamt	11.563.336	11.231.897	11.743.235	12.775.391	13.061.399	+13

Den Eltern bleibt pro fonds-finanzierter ART ein Selbstbehalt. Am Beispiel einer öffentlichen Klinik beträgt dieser [22]:

- ✿ € 180,- für einen Kryozyklus
- ✿ € 456,- für eine In-Vitro-Fertilisation
- ✿ € 540,- für eine Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
- ✿ € 48,- für eine Vollnarkose

Auf Basis der fonds-finanzierten Ausgaben lässt sich errechnen, dass für die fonds-finanzierte Reproduktionstechnologie seit 2005 jährlich zwischen 5 und 5,6 Mio. Euro privat für assistierte Reproduktion ausgegeben wurden. Dazu kommen noch zahlreiche vollständig privat finanzierte Leistungen, deren Anzahl und Gesamtkosten unbekannt sind.

Selbstbehalt für Eltern
private Kosten mind. 5 Mio. €, Gesamthöhe unbekannt

5.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben

Abbildung 5.4-1 beschreibt zusammenfassend die Finanzierungsstrukturen der ART. Die Ausgaben für die fonds-finanzierte ART betragen 2009 13 Mio. Euro. Privat dürften etwa 5,5 Mio. Euro für die fonds-finanzierte ART ausgegeben worden sein. Über die vollständig privat finanzierten ART-Behandlungen liegen keine Daten vor.

Überblick über ART Finanzierung

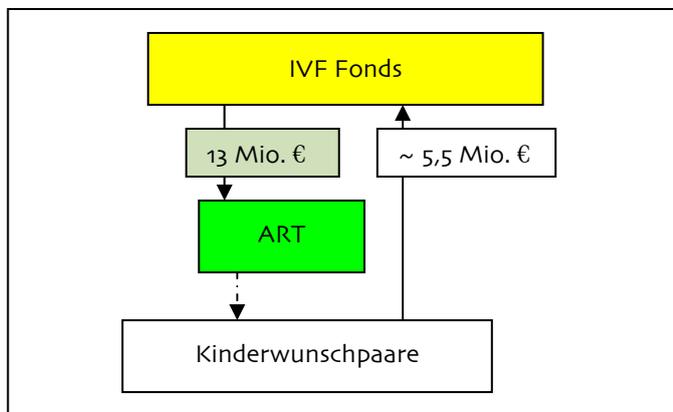


Abbildung 5.4-1: Finanzierungsstrukturen der ART (Daten aus 2009)

6 Stationäre Leistungen bei Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenen

Der stationäre Sektor spielt bei der Versorgung während der Schwangerschaft und rund um die Geburt eine wichtige Rolle. Die stationären Leistungen und deren Finanzierung hängen außerdem eng mit dem Mutter-Kind-Pass zusammen, da sie vielfach als Folge identifizierter Risikoschwangerschaften erbracht werden.

Ferner finden die Mehrzahl der Geburten stationär statt und auch hier hängen das Leistungs- und somit Ausgabenspektrum eng mit dem zuvor im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen definierten Risiko zusammen. Beispielsweise ist eine Geburt per Kaiserschnitt mit wesentlich höheren Kosten für die Krankenanstaltenträger verbunden als eine Spontangeburt.

Nicht zuletzt findet auch die Erstversorgung der Säuglinge in den meisten Fällen stationär statt und viele Leistungen bzw. Ausgaben für die Versorgung von Neugeborenen hängen wesentlich mit dem Schwangerschaftsverlauf zusammen. Je mehr Frühgeburten es beispielsweise gibt, umso mehr Leistungen fallen im neonatologischen Intensivbereich an. Außerdem werden im Rahmen des stationären Aufenthalts bei der Geburt in einigen Bundesländern spezifische Vorsorgeleistungen erbracht, wie etwa das Neugeborenenhörscreening. Auch das Neugeborenen-Stoffwechselscreening wird als stationäre Leistung zentralisiert am Wiener AKH erbracht [24].

Nachfolgend werden daher die Finanzierungs- und Ausgabenstrukturen für stationäre Leistungen rund um Schwangerschaft und Geburt erläutert. Es wird ein Gesamtüberblick über das Leistungsspektrum und die damit verbundenen öffentlichen Ausgaben sowie deren Finanzierung gegeben, der Größenordnungen und Trends aufzeigen soll. Dargestellt werden zunächst Leistungen für Schwangere und Neugeborene in allen Krankenanstalten. Bei den stationären Leistungen rund um die Geburt spielen in Österreich private Krankenanstalten eine wichtige Rolle. Das Leistungsgeschehen, das während der Schwangerschaft und bei der Geburt in privaten Krankenanstalten stattfindet, wurde daher gesondert analysiert. Es werden dazu Daten jener Krankenanstalten dargestellt, die über den privaten Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (PRIKRAF) finanziert werden.

Als Anhaltspunkt für die Anzahl und Ausgaben für Leistungen im Bereich Schwangerschaft und Geburt wurden die Aufenthalte mit einer Hauptdiagnose „O10 bis O99“ analysiert. Das sind alle Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, ausgenommen jene Schwangerschaften mit abortivem Ausgang. Folgende Diagnosen sind eingeschlossen:

- ❖ O10 – O16: Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- ❖ O20 – O29: Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
- ❖ O30 – O48: Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
- ❖ O60 – O75: Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung

stationärer Sektor relevant - besonders bei Risikoschwangerschaften

Geburten primär stationär

Schwangerschaftsverlauf beeinflusst Geburtsmodus

Erstversorgung Neugeborene wird stationär erbracht

Intensität abhängig von Schwangerschafts- und Geburtsverlauf

Überblick über Ausgaben für stationären Bereich

gesonderte Analyse von privaten Krankenanstalten

Überblick über Leistungen der Hauptdiagnosen „O10-O99“

- ❖ O80 – O84: Entbindung
- ❖ O85 – O92: Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
- ❖ O95 – O99: Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind

Analyse der stationären Aufenthalte von Neugeborenen

soll Ausgaben für Frühgeborene abbilden

Als Näherungswert für die Anzahl von stationären Leistungen für Neugeborene und die damit verbundenen Ausgaben wurden die stationären Aufenthalte von Neugeborenen mit einem Aufenthalt bis 28 Tage nach der Geburt analysiert, die mit einer Hauptdiagnose P0 bis P96 aufgenommen waren. Darunter fallen alle Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, nicht aber angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien. Zusätzlich wurden alle Aufenthalte von Neugeborenen bis zu 28 Tagen analysiert, die unter irgendeiner anderen Hauptdiagnose administriert wurden. Insbesondere sollen damit die Aufnahmen und Ausgaben, die durch Frühgeburtlichkeit bedingt sind, abgebildet werden. Die Finanzierung einzelner spezifischer Vorsorgeleistungen, die im Rahmen des stationären Aufenthalts durchgeführt werden, wie etwa das Neugeborenen-(Hör)screening kann mit diesen Daten nicht ausgewiesen werden.

Auswertung der LKF-Daten:

Aufenthalte, Belagstage, LKF-Punkte

Für die Analyse wurden zunächst LKF-Daten aus allen Krankenanstalten ausgewertet. Es werden Daten aus den Jahren 2004 bis 2009 zu Aufenthalten, Belagstagen und bewerteten LKF-Punkten dargestellt. Der für die Bewertung verwendete Bewertungsfaktor wurde mittels Division der stationären Endkosten durch die Summe der LKF-Punkte des jeweiligen Jahres berechnet. Die so errechneten bewerteten LKF-Punkte bilden zwar nicht die echten Kosten ab, sind aber ein Anhaltspunkt für die Größendimension der öffentlichen Ausgaben².

PRIKRAF- Daten nur für Aufenthalt und Belagstage

Zu den PRIKRAF-finanzierten Leistungen liegen nur Daten zu Aufenthalten und Belagstagen, nicht aber zu bewerteten LKF-Punkten vor. Über die Ausgaben kann daher keine Aussage getroffen werden, wohl aber über die Anzahl an abgerechneten Leistungen. Die Daten standen für den Zeitraum 2001 bis 2007 zur Verfügung.

6.1 Finanzierungsstrukturen

Finanzierung der stationären Versorgung über globales Budget + Eigentüermittel

Die stationäre Versorgung wird über ein (partiell) globales Budget von Sozialversicherungsträgern, Bund, Ländern und Gemeinden finanziert. Davon nicht gedeckte Kosten (Betriebsabgang) müssen von den Krankenhauseigentümern (im wesentlichen Länder oder privat-gemeinnützige Organisationen) aufgebracht werden.

Vergütung über LKF-System

Die öffentliche Vergütung der Krankenhausleistungen erfolgt primär über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System). Dabei handelt es sich um eine Fallpauschalenhonorierung, bei der stationäre Aufenthalte je nach Diagnose bestimmten Diagnosegruppen zugeordnet werden und diese nach vorher definierten Punkten abgerechnet werden. Bei der Vergütung werden sogenannte „Fonds-finanzierte Krankenanstalten“

² Der tatsächlich ausbezahlte Punktwert wird von den Landesfonds festgelegt. Die angegebenen bewerteten LKF-Punkte sind daher nur eine grobe Schätzung für die Ausgaben für stationäre Leistungen. Nicht über das LKF-System abgegoltene Kosten sind hier ebenfalls nicht enthalten.

getrennt von Privatkrankenanstalten finanziert. Letztere werden über den PRIKRAF vergütet.

Bei Krankenhausaufenthalten im Zuge der Geburt können (abhängig vom Sozialversicherungsträger) auch private Kosten anfallen und zwar Selbstbehalte für die mitversicherten Neugeborenen, die pro Kind und Tag (für max. 28 Tage pro Jahr) je nach Bundesland zwischen 15,20 Euro und 17,30 Euro liegen. Die Selbstbehalte gelten zumeist dann, wenn das Neugeborene „als PatientIn“ aufgenommen wird (also z.B. bei Verlegung auf eine neonatologische Abteilung), die Handhabung (z.B. die Definition gesund/krank) ist aber von Bundesland zu Bundesland und je nach Krankenhaus unterschiedlich. Ausnahmen gibt es in einzelnen Bundesländern bei Mehrlingsgeburten, wo in Oberösterreich kein Selbstbehalt und in Salzburg nur für ein Kind ein Selbstbehalt zu entrichten ist. Die ebenfalls gesetzlich vorgesehenen Kosten für Begleitpersonen bei Krankenhausaufenthalten von Kindern fallen je nach Bundesland erst nach dem 1. oder 3. Lebensjahr der Kinder an [25].

Pro Kind und Jahr können bis zu 484 Euro anfallen. Für Eltern von Frühgeborenen, Mehrlingsgeburten, chronisch kranken Kindern, Kindern mit Behinderung und kranken Neugeborenen, welche über den Jahreswechsel im Krankenhaus sind, können die privaten Ausgaben wesentlich höher sein. Ein Krankenhausaufenthalt von Drillingen für 28 Tage ist etwa in Wien mit privaten Kosten von 1.445 Euro verbunden. In Oberösterreich würden hierfür keinerlei private Kosten anfallen, in Salzburg 484 Euro [25].

Selbstbehalt für neugeborene „PatientIn“

Unterschiede je Bundesland

private Ausgaben pro Kind/ Jahr bis zu 484 € bei Mehrlingsgeburten über Jahreswechsel bis zu 1.500 €

6.2 Leistungsgeschehen und Ausgaben bei Schwangerschaft und Geburt

6.2.1 Überblick

Abbildung 6.2-1 zeigt die Aufenthalte, Belagstage und bewerteten LKF-Punkte für die untersuchten „O-Diagnosen“ zwischen 2004 und 2009 in allen Krankenanstalten. Während Aufenthalte und insbesondere Belagstage von 2004 bis 2009 leicht gesunken sind, haben sich die bewerteten LKF-Punkte von etwa 262 Mio. Euro auf 314 Mio. Euro erhöht (+20%). Eine deutliche Steigerung bei den bewerteten LKF-Punkten ist insbesondere von 2007 auf 2008 zu beobachten. Dies ist vor allem durch einen höheren Bewertungsfaktor und durch Verringerung des Anteils der geringer bewerteten Diagnosegruppe O30-O48 bei gleichzeitig steigendem Anteil der höher bewerteten Gruppe O80-O84 bedingt.

Ein Aufenthalt im Jahr 2004 dauerte durchschnittlich ca. 4,6 Tage. Im Jahr 2009 sank die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf 4,4 Tage. Die Vergütung pro Aufenthalt stieg hingegen kontinuierlich. Die bewerteten LKF-Punkte machten 2004 2.414 Euro und 2009 3.051 Euro pro Aufenthalt aus (+26%).

sinkende Aufenthalte und Belagstage, Steigerung der bewerteten LKF-Punkte

Vergütung pro Aufenthalt:

2004: 2.414 €

2009: 3.051 €

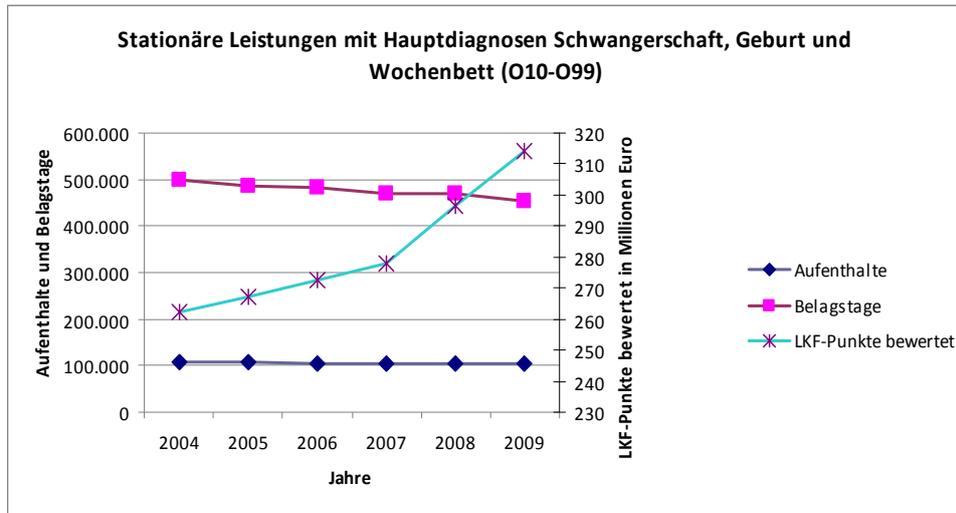


Abbildung 6.2-1: Stationäre Leistungen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 2004-2009; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [26]

70% der Aufenthalte
Hauptdiagnose
„Entbindung“

Die meisten Aufenthalte entfallen mit etwa 70% auf jene mit der Hauptdiagnose „Entbindung“. Darunter fallen alle Formen von Entbindung von der Spontanentbindung bis hin zur Schnittentbindung. Beim Anteil dieser Diagnose an allen Aufenthalten und an den Belagstagen zeigt sich seit 2004 ein leicht steigender Trend. Absolut sind sie in etwa gleich geblieben. Die nächst größten Gruppen an Aufenthalten machen mit je gut 10% solche mit der Hauptdiagnose im Bereich „O10-O16“ (Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft) und die Diagnosen „O20-O29“ (sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind; die Gruppe umfasst Diagnosen wie „Blutungen in der Frühschwangerschaft“, „Venenerkrankungen“, „Infektionen des Urogenitaltraktes“, „Diabetes“ oder „Fehl- und Mangelernährung in der Schwangerschaft“) aus. Beim Vergleich 2004 und 2009 sind erstere jedoch deutlich gesunken (-25%) und letztere leicht gestiegen. Die restlichen Diagnosegruppen machen nur jeweils 1% bis maximal 4% der Aufenthalte aus, wobei die Aufenthalte mit den Diagnosen „O95-O99“ („Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode“; z.B. Sterbefälle, infektiöse und parasitäre Erkrankungen, psychische Krankheiten) deutlich gestiegen sind, während die anderen eher sanken.

trotz gleich bleibender
Aufenthalte Steigerung
der Vergütung (+28%)
bei Entbindung

Tabelle 6.2-1 zeigt den Anteil an bewerteten LKF-Punkten für die einzelnen Diagnosegruppen von 2004 bis 2009. Von der Gesamtsumme für die Diagnosen O10-O99 entfielen mehr als drei Viertel auf die Aufenthalte mit der Hauptdiagnose „Entbindung“. Trotz etwa gleich bleibender Aufenthalte ist eine kontinuierliche Steigerung von 202 Mio. Euro im Jahr 2004 auf 258 Mio. Euro in 2009 (+28%) zu verzeichnen.

Mehrlings-
schwangerschaften und
Lageanomalien 2009: 21
Mio. €

Der zweitgrößte Anteil der bewerteten Punkte entfällt auf Diagnosen im Bereich O30-O48 („Betreuung der Mutter im Hinblick auf Feten und Amnionhöhle und sonstige mögliche Entbindungskomplikationen“). Hierunter fallen die Betreuung von Mehrlingsschwangerschaften, Lage- und Fetusanomalien. Sie machten kontinuierlich etwa 7% bis 8% der bewerteten LKF-Punkte aus und betragen 2009 21 Mio. Euro.

Ein sinkender Anteil an der Gesamtsumme ist für Aufenthalte mit der Diagnose „Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung“ (O60-O75) zu beobachten. Absolut wurde diese Gruppe 2009 mit etwa 10 Mio. Euro bewertet. Auf Aufenthalte mit der Diagnose „Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind“ (O20-O29) entfielen etwa 6% der Gesamtsumme. Sie betrug im Jahr 2009 absolut 17 Mio. Euro. Die Gruppe umfasst wie oben beschrieben Diagnosen wie „Blutungen in der Frühschwangerschaft“, „Venenerkrankungen“, „Infektionen des Urogenitaltraktes“, „Diabetes“ oder „Fehl- und Mangelernährung in der Schwangerschaft“. Aufenthalte mit der Hauptdiagnose „Diabetes“ machen davon etwa 8% aus.

„Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung“

2009: 10 Mio. €

„Sonstige Krankheiten der Mutter“

2009: 17 Mio. €

Die restlichen Diagnosegruppen („Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft und des Wochenbettes“/O10-O16, „Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten“/O85-O92) und „Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode“/O95-O99) machen lediglich gut 1% der Gesamtsumme bewerteter LKF-Punkte aus und lagen 2009 absolut bei insgesamt 7 Mio. Euro.

alle weiteren: je 1% der Gesamtausgaben

Tabelle 6.2-1: Bewertete LKF-Punkte der Diagnosen „O10-O99“ in allen Krankenanstalten: Vergleich 2004-2009

Diagnosegruppe	Bewertung 2004 (€)	% an Gesamtvergütung	Bewertung 2009 (€)	% an Gesamtvergütung	Veränderung (in %) 2004 - 2009
O10-O16	2.534.131	1	2.011.666	1	-522.465 (-21%)
O20-O29	14.428.082	6	16.971.860	5,5	+2.543.777 (+18%)
O30-O48	20.870.457	8	21.630.672	7	+760.215 (+4%)
O60-O75	18.350.260	7	10.001.791	3	-8.348.469 (-45%)
O80-O84	201.592.804	77	258.312.975	82	+56.720.171 (+28%)
O85-O92	3.252.332	1	3.488.343	1	+236.011 (+7%)
O95-O99	1.011.685	0	1.543.910	0,5	+532.225 (+53%)
<i>Gesamt</i>	<i>262.039.752</i>	<i>100</i>	<i>313.961.218</i>	<i>100</i>	<i>+51.921.466 (+20%)</i>

Quelle: [26]; Legende:

O10 - O16 Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

O20 - O29 Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind

O30 - O48 Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen

O60 - O75 Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung

O80 - O84 Entbindung

O85 - O92 Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten

O95 - O99 Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind

- Mehrlingsschwangerschaften: steigende Aufenthalte und Ausgaben**

Aufgrund ihres Risikostatus wurden die Aufenthalte mit einer Diagnose im Zusammenhang mit Mehrlingsschwangerschaft gesondert ausgewertet. Die Aufenthalte mit der Diagnose „Mehrlingsgeburt“ stiegen von 630 im Jahr 2004 auf 711 in 2009. Die bewerteten LKF-Punkte dieser Diagnose stiegen ebenfalls (2004: 2,8 Mio. Euro; 2009: 3,9 Mio. Euro). Alle Diagnosen im Zusammenhang mit Mehrlingsschwangerschaften machten 2004 1,3% der Gesamtbewertung aus, bis 2009 stieg der Anteil um 0,2%-Punkt auf 1,5%.
- private Krankenhäuser: Anstieg der Entbindungen**

Betrachtet man die Aufenthalte in privaten Krankenanstalten gesondert (Abbildung 6.2-2), so sind im Gegensatz zu den fonds-finanzierten Krankenanstalten die Aufenthalte und Belagstage zwischen 2001 und 2007 kontinuierlich gestiegen, und zwar von etwa 3.100 auf 3.800 Aufenthalte (+23%) und von 17.300 auf etwa 21.500 Belagstage (+24%). Der Knick im Jahr 2003 ist durch fehlende Daten von 2 Privatkrankenanstalten in diesem Jahr bedingt. Der größte Anteil bei den Aufenthalten und Belagstagen war durch Aufnahmen mit der Hauptdiagnose „Entbindung“ bedingt. Ihr Anteil an allen Aufenthalten stieg von 57% aller Aufnahmen in 2001 auf 80% in 2007, während Aufenthalte mit anderen Hauptdiagnosen fast durchgängig sanken.
- andere Hauptdiagnosen sind gesunken**

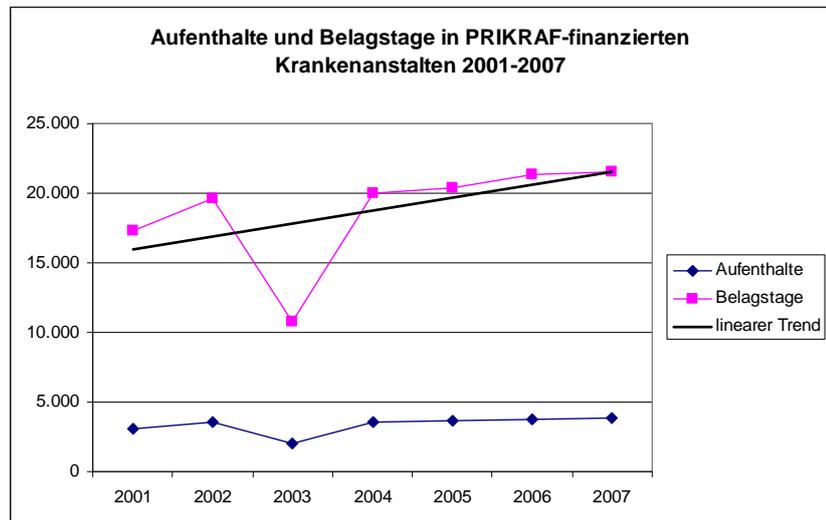


Abbildung 6.2-2: Aufenthalte und Belagstage in PRIKRAF-finanzierten Krankenanstalten

PRIKRAF: Privater Krankenanstaltenfinanzierungsfonds

6.2.2 Geburt

Die Aufenthalte mit der Hauptdiagnose „Entbindung“ wurden gesondert analysiert (Tabelle 6.2-2). 2004 wurden drei Viertel aller Aufenthalte (in allen Krankenanstalten) in dieser Gruppe mit der Diagnose „Spontangeburt eines Einlings“ dokumentiert. Diese Diagnose war auch 2009 die häufigste Geburtsdiagnose, ihr Anteil an allen Entbindungen sank aber seit 2004 und machte 2009 nur mehr zwei Drittel aller Aufnahmen aus. Die Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung stieg hingegen deutlich an und zwar von 19% aller Geburtsdiagnosen 2004 auf 27% 2009.

Die restlichen Diagnosen (Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion; Sonstige geburtshilfliche Maßnahmen bei Geburt eines Einlings; Mehrlingsgeburt) waren nur für insgesamt 6% bis 7% aller Aufnahmen ausschlaggebend.

Geburt „Einling“

Anteil der Spontangeburt sinkt

Schnittentbindung nimmt zu

andere geburtshilfliche Maßnahmen weniger relevant

Tabelle 6.2-2: Aufenthalte mit Entbindungsdagnosen: Vergleich 2004-2009

	Aufenthalte 2004	Anteil Aufenthalte in %	Aufenthalte 2009	Anteil Aufenthalte in %	Veränderung (in %) 2004-2009
Spontangeburt Einling	53701	75	47969	67	-5.732 (-11%)
Schnittentbindung Einling	13.624	19	19.145	27	+5.521 (+41%)
Geburt Einling mit Vakuum/Zange	3251	5	4169	6	+918 (+28%)
Mehrlingsgeburt	630	0,9	711	0,9	+81 (+13%)
Sonstige geburtshilfliche Maßnahmen Einlingsgeburt	130	0,1	95	0,1	-35 (-27%)
Gesamt	71.336		72.089		+ 753 (+1%)

Quelle: [26]

Sowohl für die Spontangeburt eines Einlings als auch für die Schnittentbindung eines Einlings stieg die Summe bewerteter LKF-Punkte deutlich an (Abbildung 6.2-3). Sie betrug für Spontangeburtendiagnosen 2004 126 Mio. Euro und stieg bis 2009 auf 138 Mio. Euro. Schnittentbindungen von Einlingen wurden 2004 mit 63 Mio. Euro bewertet und 2009 mit 101 Mio. Euro. Obwohl die Aufenthalte mit der Diagnose „Schnittentbindungen von Einlingen“ nur ein Drittel jener von Spontangeburtendiagnosen betragen, macht die Gesamtsumme der bewerteten Punkte der Schnittentbindung drei Viertel jener für Spontangeburtendiagnosen aus. Die Bewertung pro Aufenthalt für eine Diagnose „Spontanentbindung“ betrug 2009 etwa 2.900 Euro. Die Schnittentbindung kam auf 5.300 Euro, was also fast doppelt so teuer ist. Der Unterschied sank aber zwischen 2004 und 2009 leicht, was dadurch bedingt ist, dass die Bewertung der Spontangeburt stärker anstieg als jene für Kaiserschnitt.

Vergütung für Geburt ist deutlich angestiegen

Schnittentbindung fast doppelt so teuer wie Spontangeburt

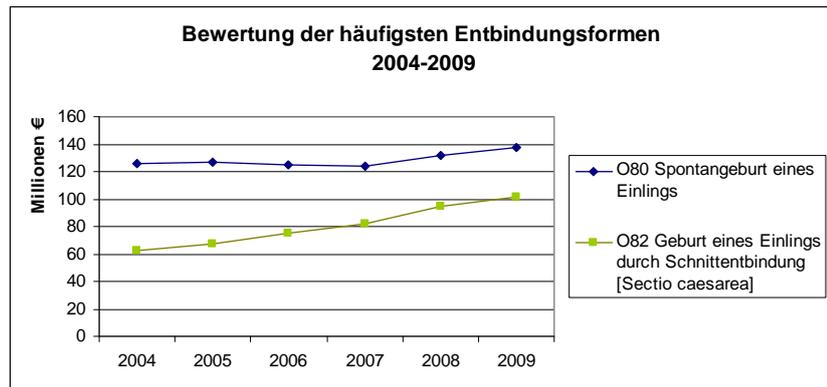


Abbildung 6.2-3: Vergütung der häufigsten Entbindungsformen 2004-2009; Quelle: [26]

auch bei PRIKRAF-Daten „Spontangeburt Einling“ größter Anteil aller Geburten

Anteil der Schnittentbindungen steigt deutlich: nun fast die Hälfte

1% der Entbindungen sind Mehrlingsgeburten

Bei den PRIKRAF-finanzierten Krankenanstalten (Tabelle 6.2-3) machte bei den Aufnahmen mit der Hauptdiagnose „Entbindung“ ebenfalls die Diagnose „Spontangeburt eines Einlings“ den größten Anteil aus. Sie ergibt gemeinsam mit den Aufenthalten mit der Diagnose „Schnittentbindung“ fast 100% aller „Entbindungsaufnahmen“, allerdings hat sich das Verhältnis der beiden Diagnosen zueinander stark verändert. Während 2001 die Spontangeburt für drei Viertel aller Entbindungsaufnahmen verantwortlich war, machte sie 2007 nur mehr die Hälfte dieser Aufnahmen aus. Der Anteil für die Schnittentbindung stieg im selben Zeitraum von 18% auf 44% aller Entbindungsaufnahmen. Die Schnittentbindung verzeichnet somit im Vergleich mit 2001 die größte Steigerung von +330% (+1.045 Aufnahmen). Die Mehrlingsgeburten machten hingegen relativ konstant 1% aller Entbindungsaufnahmen aus und stiegen bei Vergleich der beiden Zeitpunkte absolut nur geringfügig an (12%).

Tabelle 6.2-3: PRIKRAF-finanzierte Entbindungsaufenthalte: Vergleich 2001-2007

Entbindungsdiagnose	2001	Anteil in %	2007	Anteil in %	Veränderung (in %) 2001 vs. 2007
Spontangeburt Einling	1.401	78	1.583	52	+182 (+13%)
Schnittentbindung Einling	316	18	1.361	44	+ 1.045 (+331%)
Mehrlingsgeburt	17	1	19	1	+2 (+12%)
Sonstige (Zange, Vakuum...)	52	3	103	3	+51 (+98%)
Gesamt	1.786	100	3.066	100	1.280 (+72%)

Quelle: [27]

6.3 Leistungsgeschehen und Ausgaben für Neugeborene

Tabelle 6.3-1 zeigt, dass die stationären Aufenthalte von Neugeborenen bis 28 Tage Aufenthalt nach der Geburt mit einer Hauptdiagnose P0 bis P96 im Zeitraum 2004 bis 2009 von 10.942 auf 11.333 gestiegen sind (+4%). Die Belagstage stieg von 120.164 auf 126.579 Tage (+5%). Das ergibt eine etwa gleichbleibende durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 11 Tagen. Die Aufenthalte wurden im Jahr 2004 mit 84 Mio. Euro bewertet. Bis zum Jahr 2009 stiegen dieser Wert auf 137 Mio. Euro (+ 64%). Die Bewertung pro Aufenthalt stieg von 7.700 Euro im Jahr 2004 auf 12.100 Euro im Jahr 2009.

**durchschnittliche
Aufenthaltsdauer von 11
Tagen**
**+64%
Ausgabensteigerung**
in 2009: 137 Mio. €

Tabelle 6.3-1: Stationäre Aufenthalte von Neugeborenen mit Hauptdiagnose „P0-P96“

	Aufenthalte	Belagstage	LKF-Punkte bewertet
2004	10.942	120.164	83.790.366
2005	10.727	116.190	85.982.285
2006	11.101	122.268	93.789.255
2007	11.258	124.152	101.755.089
2008	11.722	126.277	109.726.692
2009	11.333	126.579	137.237.479
Veränderung (in %) 2004 vs. 2009	+391 (+4%)	+ 6.415 (+5%)	53.447.113 (+64%)

Quelle: [26]

Die Auswertung der Aufenthalte von Neugeborenen bis zu 28 Tagen, die unter irgendeiner anderen Hauptdiagnose administriert wurden (Tabelle 6.3-2) zeigt, dass die Aufenthalte zwischen 2004 und 2009 relativ unverändert bei etwa 3.500 blieben. Die Belagstage nahmen zwischen 2004 und 2007 kontinuierlich ab und stiegen seither wieder an. Die Ausgaben auf Basis der bewerteten LKF-Punkte sind hingegen von 19 Mio. Euro auf 28 Mio. Euro (+ 52%) gestiegen. Die bewerteten Punkte pro Aufenthalt betragen 2004 5.200 Euro und stiegen bis 2009 auf 8.100 Euro.

**bei anderen
Hauptdiagnosen: gleich
bleibende Aufenthalte
und steigende Ausgaben
(+ 52%)**

Tabelle 6.3-2: Stationäre Aufenthalte von Neugeborenen mit anderen Diagnosen

Jahr	Aufenthalte	Belagstage	LKF-Punkte bewertet
2004	3.534	32.187	18.676.619
2005	3.463	27.053	20.345.373
2006	3.566	26.422	20.660.575
2007	3.548	24.451	19.962.483
2008	3.623	24.663	22.065.355
2009	3.508	26.555	28.354.579
Veränderung (in %) 2004 vs. 2009	-26 (-1%)	-5.632 (-17%)	+9.677.960 (+52%)

Quelle: [26]

6.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben

**2009: 480 Mio. €
konservativ geschätzte
öffentliche Ausgaben**

**private Ausgaben
ebenfalls einige Mio. €**

Abbildung 6.4-1 zeigt zusammenfassend die Finanzierungsstrukturen für die stationäre Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt. Im Jahr 2009 wurden die in diesem Kapitel dargestellten Leistungen mit insgesamt 480 Mio. Euro an öffentlichen Ausgaben bewertet. Dieser Betrag kann als konservativ betrachtet werden, da die tatsächlichen Ausgaben bzw. die über das LKF-System hinausgehenden Kostenabdeckungen nicht enthalten sind.

Laut Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betragen die privaten Kostenbeiträge für alle mitversicherten Kinder im Jahr 2008 15 Mio. Euro (14 Mio. Euro nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz/ASVG + 1 Mio. Euro nach dem Beamten-Sozialversicherungsgesetz/BSVG) [28]. Welcher Anteil davon auf Neugeborene und Kinder bis zum Schuleintritt entfällt, kann diesen Daten nicht entnommen werden.

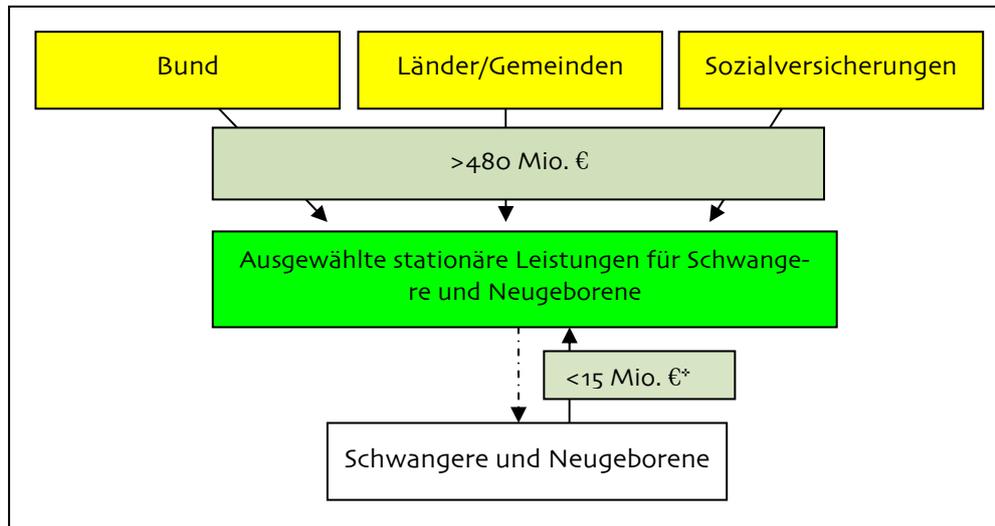


Abbildung 6.4-1: Finanzierungsstrukturen stationärer Bereich (Daten aus 2009)

* Beitrag für alle mitversicherten Kinder; Anteil für Neugeborene unbekannt; Daten aus 2008

7 Außerstationäre Leistungen für Schwangere und Neugeborene

7.1 Hebammenleistungen

7.1.1 Finanzierungsstrukturen

Hebammenleistungen umfassen laut Hebammengesetz die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge [29]. Die Leistungen können eigenverantwortlich durchgeführt werden, außer bei Verdacht oder Auftreten von für die Frau oder das Kind regelwidrigen und gefährdenden Zuständen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, wo der Beruf nur nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit ÄrztInnen ausgeübt werden darf [29].

Abseits der in Krankenanstalten getätigten Hebammenleistungen ist die öffentliche Finanzierung der freiberuflichen Hebammenleistungen im Gesamtvertrag zwischen Hauptverband der Sozialversicherungsträger und Hebammengremium geregelt. Laut Angaben des österreichischen Hebammengremiums haben derzeit österreichweit 182 Hebammen einen Kassenvertrag [30]. Das ist knapp ein Drittel der laut Statistik Austria in freier Praxis tätigen 838 Hebammen [31].

Es gelten folgende Regelungen für die Finanzierung von Leistungen: Im Rahmen einer Hausgeburt können vor der Geburt max. sieben Beistände bis zum Ende der Schwangerschaft beansprucht werden. Ab dem Tag der Geburt kann fünf Tage lang jeweils ein Beistand in Anspruch genommen werden. Bei Problemen stehen den Familien von Tag sechs bis zur achten Woche nach der Geburt max. sieben weitere Beistände zu [32].

Bei geplanter ambulanter Geburt können Frauen während der Schwangerschaft max. zwei Beistände in Anspruch nehmen. Die Regelung für die Betreuung im Wochenbett und danach ist identisch mit jener zur Hausgeburt [32].

Bei einer vorzeitigen Entlassung (bis vier Tage post partum) erfolgt die Betreuung nach der Entlassung wie bei der Hausgeburt. Bei Frühgeburt, Mehrlingsgeburt und Kaiserschnitt gilt dann die Regelung einer vorzeitigen Entlassung, wenn diese bis zum sechsten Tag abgewickelt wird. Für diesen Fall haben die Eltern Anspruch auf sieben Beistände bis zu acht Wochen nach der Geburt und einen extra Besuch, wenn dieser erforderlich ist [32].

Vertragshebammen verrechnen die Leistungen direkt mit den Krankenkassen. Werden Leistungen bei Hebammen ohne Kassenvertrag in Anspruch genommen, müssen diese direkt bezahlt werden. 80% der tariflich vereinbarten Leistung werden von der Krankenkasse rückvergütet. Das bedeutet, dass bei der Inanspruchnahme solcher Leistungen private Kosten anfallen.

Hebammengesetz:

Betreuung und Pflege der (werdenden) Mütter, Beistand bei Geburt,

Säuglingsfürsorge

Finanzierung zwischen Hebammengremium und Hauptverband

1/3 haben Kassenvertrag

Finanzierung durch Festlegung der zustehenden Beistände

bei vorzeitiger Entlassung erfolgt Betreuung wie bei Hausgeburt

bei Hebammen ohne Kassenvertrag werden 80% des Kassentarifs rückvergütet

7.1.2 Kosten und Ausgaben

Tarifordnung
400 € für Hausgeburt
35 € für Beistand
+ Kilometergeld

Die Tarifordnung (siehe Tabelle 7.1-1) inkludiert Hausbesuche, Untersuchungen in der Hebammenordination und die Hausgeburt [33]. Laut Tarifordnung wird für Hausgeburten eine Pauschale von knapp 400 Euro bezahlt. Für die sogenannten Hebammenbeistände (aufsuchende Hilfen) besteht eine Pauschale von 35 Euro. Dazu kommen noch Sachabgeltungen von max. 34 Euro und eine Kilometer-Gebühr.

Tabelle 7.1-1: Kassentarife für Hebammenleistungen

Leistung	Tarife
Hebammenbeistand (Hausbesuch)	35 €
Sonn- und Feiertagszuschlag	5,25 €
Geburtspauschale	390 €
Kilometergeld/km	0,42 €
Sachabgeltung für Materialien und Medikamente bei Hausgeburt	34 €
Sachabgeltung für Materialien und Medikamente im Wochenbett	9 €
Sachabgeltung im Fall einer vorzeitiger Entlassung bis zum 4. Tag	4,50 €
Satz pro Ordinationsbesuch bei Hebammen mit Ordination	24 €

Quelle: [32]

Wahlhebammen
Hausgeburt inkl.
Betreuung: 1.600 €
Hausbesuch: 80 €

Tabelle 4.3-2 beschreibt im Unterschied dazu die Preise für Wahlhebammenleistungen am Beispiel der Preise laut Hebammenzentrum Wien. So wird für eine Hausgeburt inklusive Vor- und Nachbetreuung von sechs bis zehn Hausbesuchen eine Pauschale von 1.600 Euro verrechnet. Pro Hausbesuch werden 80 Euro verlangt.

Tabelle 7.1-2: Preise für Wahlhebammen des Hebammenzentrums Wien

Leistung	Preis
Geburtsbegleitung im Krankenhaus (inkl. Rufbereitschaft)	850 €
Hausgeburtspauschale (inkl. Rufbereitschaft und Hausbesuche)	1.600 €
Hausbesuch nach ambulanter Geburt oder vorzeitiger Entlassung	80 €

Quelle: [34]

Tabelle 7.1-3 zeigt Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zu Anzahl und Ausgaben für Hebammenleistungen von Juli 2007 bis Juli 2008 [32]. In diesem Jahr wurden ca. 581 Hausgeburten gemeldet. Der Aufwand pro Fall lag bei 695 Euro (dieser Betrag inkludiert die Geburtspauschale und die Hausbesuche aber nicht das Kilometergeld). Außerdem wurden 1.027 ambulante Geburten gemeldet, deren Kosten pro Fall 250 Euro betragen. Zusätzlich wurden 1.507 vorzeitige Entlassungen mit einem Aufwand von 50 Euro pro Fall registriert. Die Kilometergeldgebühr betrug für diesen Zeitraum insgesamt 272.000,- Euro, sodass die Sozialversicherungsträger laut diesen Daten insgesamt etwa 1 Mio. Euro für Hebammenleistungen ausgaben. Die tatsächlich erbrachten Hebammenleistungen können laut Aussage des Hauptverbandes von diesen Angaben etwas abweichen, sodass die öffentlichen Gesamtkosten pro Jahr eher auf 1,5 Mio. Euro geschätzt werden. Die privaten Ausgaben für Hebammenleistungen sind unbekannt.

2007 – 2008
581 Hausgeburten
pro Fall 695 €
~1.000 ambulante Geburten u. 1.500 vorzeitige Entlassungen

öffentliche Kosten pro Jahr 1,5 Mio. €
private Ausgaben unbekannt

leichte Zunahme der Hebammenleistungen

Im Zeitverlauf ist eine leichte Zunahme bei den Hebammenleistungen zu verzeichnen, die insbesondere auf die vorzeitigen Entlassungen zurückzuführen ist. Hausgeburten steigen nur gering an und finden eher im ländlichen Raum und in Westösterreich statt.

Tabelle 7.1-3: Ausgaben für Hebammenleistungen pro Jahr (Juli 2007-Juli 2008)

	Hausgeburt	Ambulante Geburt	Vorzeitige Entlassung
Fälle	581	1.207	1.507
Aufwand/Fall (ohne km-Geld)	695 €	250 €	50 €
Gesamtaufwand (ohne Km-Gebühr)	403.795 €	301.750 €	75.350 €
Aufwand Km-Gebühr	272.000 €		
Gesamt	1,05 Mio. €		

Quelle: [32]

7.2 Sonstige außerstationäre Leitungen im niedergelassenen und ambulanten Bereich

Versicherte Schwangere können im niedergelassenen Bereich sowohl prä- als auch postnatal (fach-)ärztliche Leistungen außerhalb des Mutter-Kind-Passes in Anspruch nehmen, wenn es der Gesundheitszustand erfordert. Darunter fallen pränatal zusätzliche Ordinationsleistungen, Labordiagnostik oder Ultraschalluntersuchungen. Postnatal erfolgt die Verrechnung von weiteren Ordinationen (Gewichtskontrollen, gynäkologische Kontrolle, Beratung) über die Position „Ordination“ bzw. „Therapeutische Aussprache“. Bei Bedarf werden auch zusätzliche Untersuchungen des Kindes (z.B. weitere Hüftultraschalluntersuchungen) von den Krankenkassen finanziert. Außerdem fällt die Verschreibung von Medikamenten in den Sozialversicherungsbereich.

Anspruch auf zusätzliche ärztliche Leistungen außerhalb des Mutter-Kind-Passes...

... Auswertung dieser Daten jedoch nicht gesondert möglich

Die Ausgaben für diese Leistungen lassen sich nicht quantifizieren, da bei der Abrechnung nicht zwischen Leistungen für Schwangere und sonstigen Personen differenziert wird. Auf eine Sonderauswertung zu diesen Leistungen wurde angesichts des beträchtlichen Ressourcenaufwands verzichtet.

Daten zu ambulanten Leistungen fehlen

Zusätzlich werden während der Schwangerschaft häufig über den Mutter-Kind-Pass hinausgehende ärztliche Leistungen im ambulanten Sektor in Anspruch genommen. Beispielsweise erfolgt die Betreuung von Risikoschwangerschaften oftmals in Spitalsambulanzen. Weder zur Frequenz dieser Leistungen, noch zu den damit verbundenen Ausgaben für die öffentlichen Kostenträger liegen Daten vor.

Anzahl und Ausgaben für sonstige private Leistungen unbekannt

Neben diesen öffentlich finanzierten Leistungen werden außerdem ärztliche Leistungen und Leistungen diverser Gesundheitsberufe in Anspruch genommen, die teilweise oder vollständig privat bezahlt werden. Hierunter fallen Leistungen bei WahlärztInnen außerhalb des Mutter-Kind-Passes (z.B. zusätzliche nicht medizinisch indizierte Ultraschalluntersuchungen) oder Leistungen weiterer Berufsgruppen, wie physiotherapeutische oder psychotherapeutische Leistungen. Beispielsweise bieten PhysiotherapeutInnen Geburtsvorbereitung an, die häufig privat bezahlt wird [35]. Schlussendlich finanzieren Schwangere aus Vorsorgemotiven eine Vielzahl an Leistungen, die von diversen Berufsgruppen angeboten werden, ausschließlich privat, wie z.B. Akupunktur. Zur konsumierten Anzahl solcher Leistungen und zu den privaten Ausgaben liegen keinerlei Daten vor.

7.3 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben

Finanzierung gesamt über Sozialversicherung + privat

Abbildung 7.3-1 fasst die Finanzierungsstrukturen der Hebammenleistungen und der Leistungen im niedergelassenen Bereich zusammen. Im Vergleich zu den bisher dargestellten Leistungen sind hier die Sozialversicherungsträger die einzigen öffentlichen Kostenträger. Eine beträchtliche aber unbekante Summe wird privat finanziert.

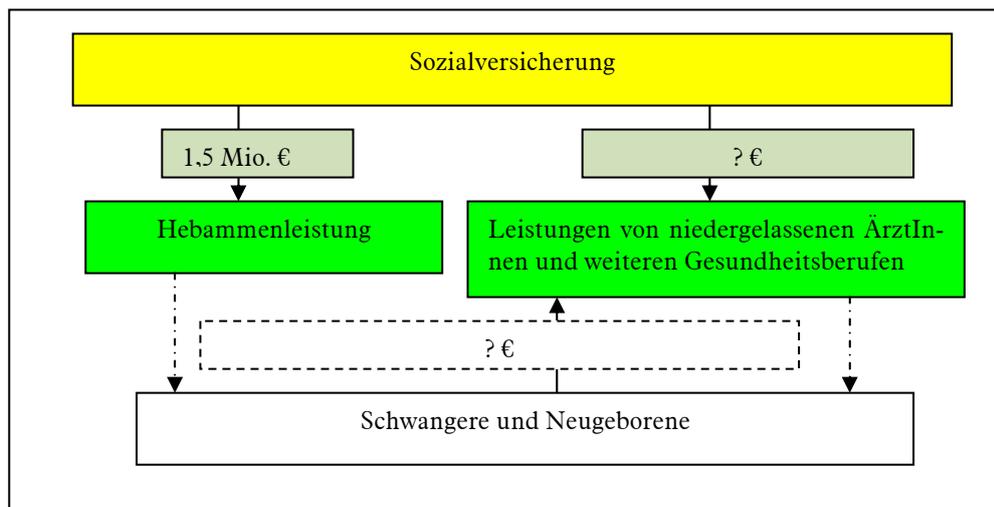


Abbildung 7.3-1: Finanzierungsstrukturen der außerstationärer Leistungen (Daten aus 2007/2008)

8 Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder

8.1 Finanzierungsstrukturen

Der Impfplan für Säuglinge und Kleinkinder beinhaltet alle empfohlenen Impfungen [36]. Ein Großteil dieser Impfungen ist kostenlos, einige müssen privat bezahlt werden. Für die öffentlich finanzierten Impfungen übernimmt 2/3 der Kosten der Bund. Die übrigen Kosten tragen Länder und Hauptverband der Sozialversicherungsträger zu je einem Sechstel. Zusätzlich tragen die Länder die anfallenden Durchführungskosten in der Höhe von 12,30 Euro pro Impfung.

**2/3 der finanzierten
Kosten übernimmt Bund
je 1/6 Länder,
Hauptverband**

Tabelle 8.1-1 beschreibt, welche Impfungen derzeit empfohlen werden und deren Finanzierung. Zu den vollständig öffentlich finanzierten Impfungen zählen die Rotavirusimpfung, die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polyomyelitis, Haemophilus Influenza B, die Hepatitis-B Impfung und die Masern-Mumps-Röteln-Impfung. Die Pneumokokken-Impfungen, die Meningokokken-Impfungen, die Hepatitis-A Impfung, die FSME-Impfung und die Impfung gegen Varizellen sind hingegen privat zu bezahlen.

**öffentlich finanziert 6-
fach Impfung, Rotavirus
MMR**

**privat zu zahlen:
Pneumo- u.
Meningokokken, Hep A,
FSME, Varizellen**

Tabelle 8.1-1: Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder laut Impfplan und Finanzierung in Österreich; Stand Jänner 2011

Impfung	Empfohlenes Alter	Finanzierung
Rotavirus (RTV)	7. LW bis 6. LM – 2 bzw. 3 Schluckimpfungen	öffentlich
Diphtherie (DIP)	3 Teilimpfungen im 3. LM, 5. LM und ab 12. LM 3. (6-fach Impfung)	öffentlich
Tetanus (TET)	3 Teilimpfungen im 3. LM, 5. LM und ab 12. LM 3. (6-fach Impfung)	öffentlich
Pertussis (PEA)	3 Teilimpfungen im 3. LM, 5. LM und ab 12. LM 3. (6-fach Impfung)	öffentlich
Poliomyelitis (IPV)	3 Teilimpfungen im 3. LM, 5. LM und ab 12. LM 3. (6-fach Impfung)	öffentlich
Haemophilus infl. B (HIB)	3 Teilimpfungen im 3. LM, 5. LM und ab 12. LM 3. (6-fach Impfung)	öffentlich
Hepatitis B (HBV)	3 Teilimpfungen im 3. LM, 5. LM und ab 12. LM 3. (6-fach Impfung)	öffentlich
Konjugierte Mehrfachimpfung gegen Pneumokokken (PNC)	4 Teilimpfung im 3. LM, 5. LM, 7. LM und 13. – 24. LM	Privat
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	2 Teilimpfungen im 13. LM und 20.-24. LM 2. MMR Impfung	öffentlich
Konjugierte Meningokokken-Impfung (MEC)	1 bis 3 Teilimpfungen je nach Alter bei 1. Impfdosis	Privat
Hepatitis A (HAV)	2 Teilimpfungen im 14. LM und 20.-24. LM	Privat
FSME	3 Teilimpfungen im 13. LM, 14. LM, 20.-24. LM,	Privat
Varizellen (VZV)	1 bis 2 Teilimpfungen im 13.-14. LM und evt. 20.-24. LM	Privat

Quelle:[36, 37]

8.2 Leistungsgeschehen

**neue Impfungen:
steigender Verbrauch,
Abnahme der MMR-
Impfung**

Die Daten zu den jährlich verbrauchten Impfdosen (Tabelle 8.1-2) zeigen bei den jüngeren Impfungen (Pneumokokken, Rotavirus) eine kontinuierliche Steigerung des Verbrauchs, während etwa bei der Masern-Mumps-Röteln-Impfung eine Abnahme des Verbrauchs zu beobachten ist. Bei den anderen Impfungen ist eine Beschreibung der tatsächlichen Inanspruchnahme auf Basis dieser Daten eingeschränkt, da sie in unterschiedlicher Form (Einfach/Mehrfachimpfung) verabreicht werden können. Zu den weiteren privat zu bezahlenden Impfungen liegen keine Daten vor.

Tabelle 8.2-1: Jährliche Impfstoffdosen ausgewählter Impfungen

	1998	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MMR		184.076	218.953	190.010	146.828	186.344	262.105	254.848	247.084	246.761	254.550	240.716	156.032
Hepatitis B		298.095	441.808	278.575	211.755	195.946	172.449	155.668	155.688	172.449	155.668	154.000	94.244
DTP		304.066	294.836	301.872	311.306	294.411	306.186	301.760	301.760	306.186	301.760	310.000	303.555
Hib		304.066	184.749	253.553	284.905	290.470	307.516	301.760	301.760	307.516	301.760	310.000	303.555
IPV Kinder (basic immunisation)			184.749	275.268	308.361	294.411	306.186	301.760	301.760	306.186	301.760	310.000	303.555
IPV (Buster)		7.579	7.185	6.235	101.521	159.295	96.384	127.385	75.000	96.384	127.385	75.000	54.228
IPV total		7.579	191.934	281.503	409.882	453.706	402.570	429.145	376.760	402.570	429.145	376.760	357.783
dT		130.893	153.993	157.272	149.518	158.055	97.864	141.595	150.000	97.864			
Dt Polio										67.024	69.111	75.000	48.399
DtP										73.000	63.926	73.000	54.228
Rotarivirus											100.615	134.502	164.732
Pneumokok- ken									22.000	28.150	31.252	32.000	34.214

Quelle: [37]; DTP: Diphtherie, Tetanus, Polio; dT: Diphtherie, Tetanus, MMR: Masern, Mumps, Röteln, Hib: Hämophilus Influenza B; IPV: Polio;

8.3 Kosten und Ausgaben

**öffentliche Preise: 10- 30
€/Dosis**

Abbildung 8.3-1 zeigt die Preise für die öffentlich finanzierten Impfungen im Zeitverlauf. 2009 lagen die Preise pro Dosis zwischen knapp unter 10 Euro für die Masern-Mumps-Röteln Impfung und gut 30 Euro für die 6-fach Impfung gegen Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, HIB und Hepatitis B. Die meisten anderen Impfstoffpreise kosten gut 10 Euro pro Dosis.

**Privatpreise: 30-100
€/Dosis
teilweise
Ländersubvention**

Die Preise für die privat zu zahlenden Impfstoffe (Tabelle 8.3-1) liegen derzeit zwischen 30 Euro und gut 100 Euro pro Teilimpfung. Am teuersten ist die konjugierte Pneumokokken-Impfung, für die bis zu 440 Euro zu bezahlen sind. Die Preise sind innerhalb Österreich unterschiedlich, da es oft bundeslandspezifische öffentliche Subventionen gibt, die aus Steuergeldern finanziert werden. Beispielsweise wird die Pneumokokken-Impfung in Salzburg mit 20 Euro je Teilimpfung subventioniert, sodass inklusive eines Preisnachlasses der Pharmafirmen eine Impfdosis statt ursprünglich 123 Euro nur mehr 57 bis 64,40 Euro inklusive Impfonorar kostet [38]. Auch in der Steiermark wird die Pneumokokken-Impfung aus Steuermitteln subventioniert, ebenso die FSME Impfung.

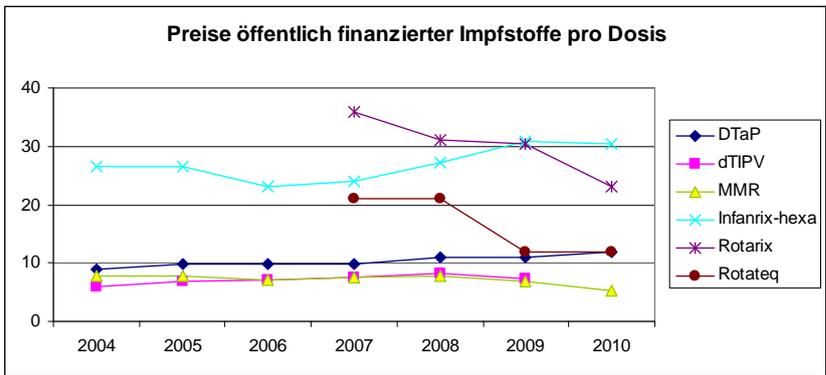


Abbildung 8.3-1: Preise für öffentliche finanzierte Impfstoffe

Quelle: [37]

Tabelle 8.3-1: Preise für privat finanzierte Impfstoffe

Impfstoff	Preis*
Konjugierte Mehrfachimpfung gegen Pneumokokken (PNC)	ca. € 30 bis € 110 pro Impfung; ca. € 120 bis € 440 für alle 4 Teilimpfungen
Konjugierte Meningokokken-Impfung (MEC)	ca. € 50 pro Impfung; € 50 bis € 150 für alle Teilimpfungen
Hepatitis A (HAV)	ca. € 35 bis € 55 pro Impfung; ca. € 70 bis € 110 für 2 Teilimpfungen
FSME	ca. € 30 bis € 40 pro Impfung; ca. € 60 bis € 120 für 3 Teilimpfungen
Varizellen (VZV)	ca. € 60 pro Impfung; bis zu € 120 für 2 Teilimpfungen

Quelle: [39]; *private Preise je nach Subvention und je nach Impfstoff (bundesländerspezifisch) unterschiedlich

Die öffentlichen Ausgaben für Impfungen von Säuglingen, Kleinkindern und für Schulimpfungen sind in Abbildung 8.3-2 dargestellt. Die Gesamtausgaben inklusive aller administrativen Kosten betragen 2004 etwa 22 Mio. Euro. Sie stiegen bis 2009 deutlich auf gut 30 Mio. Euro an. Die Ausgaben für das Jahr 2010 wurden mit knapp 25 Mio. Euro angegeben. Die sinkenden Ausgaben sind durch Umstellungen bei den Impfschemata bedingt und daher nur vorübergehend (z.B. statt 2 x Dreifach-Schulimpfung nur 1x, damit Pausieren eines Jahrgangs). Von den Gesamtausgaben entfiel 2010 ein Drittel (8,4 Mio. Euro) auf Impfungen von Säuglingen und Kleinkindern [37].

öffentliche Ausgaben für Impfung Säuglinge + Kleinkinder 2010: 8,4 Mio. €

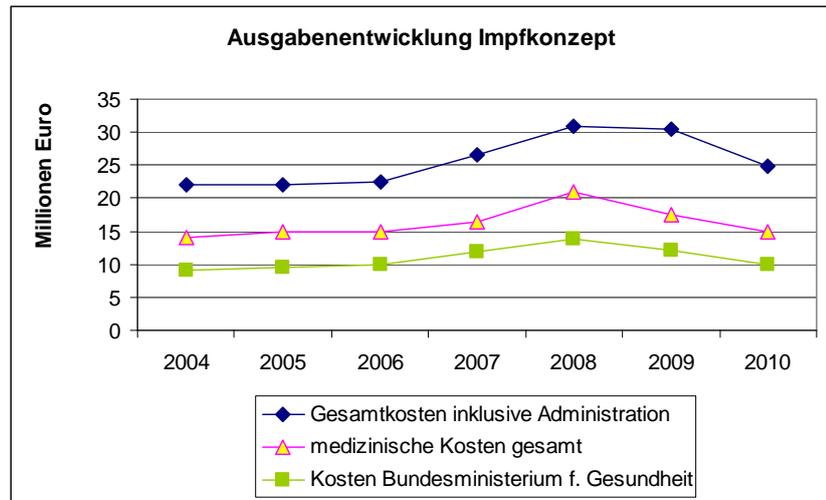


Abbildung 8.3-2: Ausgabenentwicklung für Impfungen

8.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben

Säuglings- und Kleinkinderimpfungen
 5,6 Mio. € BMG
 2,8 Mio. € andere
 privat: > 3 Mio. €

Abbildung 8.4-1 fasst die Finanzierungsstrukturen für Impfungen zusammen. Entsprechend den in Kapitel 8.1. beschriebenen Finanzierungsstrukturen werden die Ausgaben für Säuglings- und Kleinkinderimpfungen in der Höhe von ca. 5,6 Mio. Euro vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Die restlichen Kostenträger finanzieren gemeinsam 2,8 Mio. Euro. Die restlichen Kostenträger finanzieren gemeinsam 2,8 Mio. Euro. Die privat getätigten Ausgaben sind unbekannt. Geht man von den 34.214 Impfdosen für die Pneumokokken-Impfung im Jahr 2009 aus, die durchschnittlich mit 84 Euro pro Impfung zu bezahlen sind, liegt die untere Grenze der Privatausgaben jedenfalls bei knapp 3 Mio. Euro.

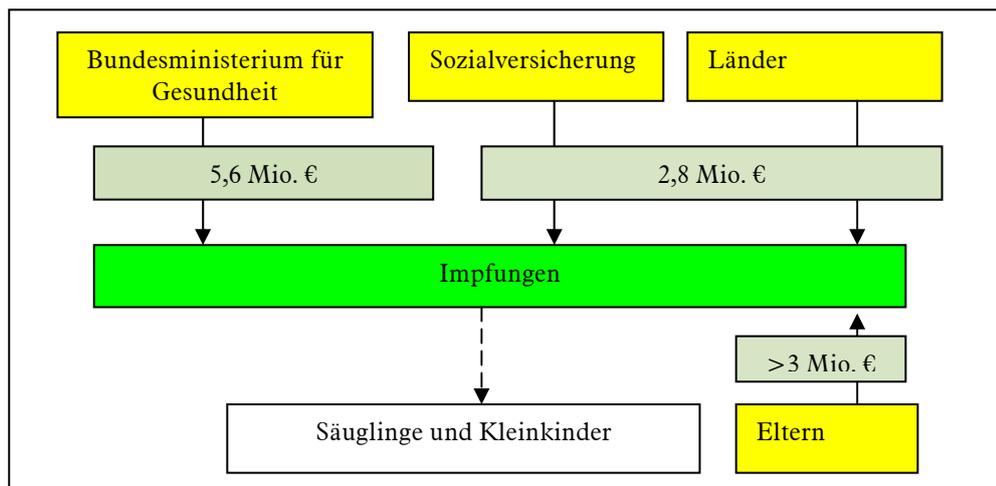


Abbildung 8.4-1: Finanzierungsstrukturen für Impfungen

9 Leistungen diverser Gesundheitsberufe für Kleinkinder

In diesem Kapitel wird die Finanzierung von Leistungen diverser Berufsgruppen beschrieben, die im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen in der Motorik, Sprache oder Wahrnehmung, mit chronischen Krankheiten und für Kinder in schwierigen Lebenssituationen mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten angeboten werden.

Die Leistungen entsprechen zwar häufig therapeutischen Leistungen, sind aber im Sinne einer frühen Intervention gleichzeitig Präventionsmaßnahmen. Das Angebot reicht von psychologischer Entwicklungsdiagnostik über Physiotherapie, Ergotherapie, logopädischer Therapie bis hin zu Psychotherapie. Die beschriebenen Berufsgruppen umfassen Physio-, Logo-, Ergo- und PsychotherapeutInnen sowie PsychologInnen.

Eine quantitative Darstellung der erbrachten Leistungen an Diagnostik und Kindertherapien, die einen Vorsorgecharakter haben, ist nicht möglich, da Angebot und Therapiefrequenz weder in Institutionen noch im niedergelassenen Bereich erfasst werden. Außerdem ist der Zugang zu Therapien regional sehr unterschiedlich [40]. Daten zu den Ausgaben fehlen ebenfalls

Kapitel beschreibt Diagnostik und Prävention bei Kleinkindern

Therapie = Prävention

Daten zu Leistungsgeschehen und Ausgaben fehlen

9.1 Finanzierungsstrukturen

Die beschriebenen berufsgruppenspezifischen Leistungen können zum einen als Leistungen im niedergelassenen Bereich in freier Praxis erbracht werden. Hier ist zwischen TherapeutInnen oder PsychologInnen mit und ohne Kassenvertrag zu unterscheiden. Bei Anbietern mit Kassenverträgen werden die Leistungen durch die Sozialversicherungen getragen. Bei WahltherapeutInnen bzw. WahlpsychologInnen müssen die Kosten privat getragen werden und es ist nur eine teilweise Rückerstattung durch die Sozialversicherung möglich.

Vereinzelte werden therapeutisch-pädiatrische Leistungen mit Vorsorgecharakter im Rahmen von speziellen Programmen auf Länderebene finanziert. Beispielsweise wird in den Bundesländern Vorarlberg, Oberösterreich und Tirol ein logopädisches Screening von LogopädInnen in den Kindergärten durchgeführt. Dieses ist jedoch nicht standardisiert. Die Finanzierung erfolgt gänzlich durch die Länder. In den anderen Bundesländern gibt es ein Beobachtungsverfahren durch PädagogInnen in den Kindergärten [41] (siehe auch Kapitel 10.1).

Teilweise können die genannten Leistungen auch in Institutionen erbracht werden. Dort sind sie für die Betroffenen kostenlos oder mit geringem Selbstbehalt verbunden, es sind hierfür aber oft lange Anfahrtswege nötig, die Angebote weisen große regionale Unterschiede auf und es ist mit langen Wartezeiten zu rechnen. So gibt es beispielsweise 14 Ambulanzen, in denen psychotherapeutische Leistungen angeboten werden [40]. Bei den kinderpsychologischen Leistungen wird geschätzt, dass 50% der PsychologInnen in Institutionen angestellt sind. Die Finanzierung solcher Leistungen ist abhängig vom zugeordneten Kompetenzbereich. Handelt es sich zum Beispiel

sozialversicherungsfinanzierte Leistungen im niedergelassenen Bereich,...

länderfinanzierte Vorsorgeleistungen oder...

in Institutionen mit unterschiedlichen Kostenträgern

um eine Spitalsambulanz, erfolgt die Finanzierung über die Sozialversicherungsträger.

**auch vollständig privat
finanzierte Leistungen**

Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass eine Reihe an ausschließlich privat zu finanzierenden Leistungen für Babys und Kleinkinder von unterschiedlichen Berufsgruppen angeboten werden. Ein Beispiel dafür ist das Babyschwimmen.

9.2 Leistungsgeschehen

**keine Daten zu
erbrachten Leistungen,
nur zu Leistungsangebot**

Daten zur Anzahl der erbrachten Leistungen für Kleinkinder existieren nicht. Es kann lediglich ein Überblick über die Angebotsstruktur von Physio-, Logo-, Ergo- und Psychotherapie sowie zu psychologischen Leistungen erbracht werden. Tabelle 9.2-1 bietet einen Überblick über die niedergelassenen Physio-, Ergo- und PsychotherapeutInnen mit einem Angebot im Bereich Pädiatrie sowie über die LogopädInnen, die Leistungen bei Spracherwerbsstörungen anbieten. Es werden TherapeutInnen mit und ohne Kassenvertrag dargestellt.

**Kassenvertragssituation
unterschiedlich verteilt,**

**Logopädie mehr als
Ergotherapie**

Österreichweit standen 2009 369 PhysiotherapeutInnen, 342 LogopädInnen und 187 ErgotherapeutInnen zur Verfügung. Je nach Berufsgruppe hatten davon zwischen 10% und 26% einen Kassenvertrag, wobei die Verteilung je nach Bundesland stark schwankt. Während im Burgenland bei keiner der genannten Berufsgruppen ein/e KassentherapeutIn zur Verfügung steht, haben in anderen Bundesländern zwischen 5% und 40% einen Kassenvertrag. Die höchsten Anteile an Kassenveträgen waren bei den LogopädInnen vorhanden, die niedrigsten bei den ErgotherapeutInnen.

**keine Kassenverträge
bei Psychotherapie mit
Spezialisierung auf
Kinder**

Überdies wurden 491 PsychotherapeutInnen mit Spezialisierung auf Kinder bzw. 1.081 mit einem Angebot für Jugendliche registriert, wobei sich die Zahlen hier durch Doppelnennungen überschneiden. Mit Stand April 2009 gab es darunter keine/n TherapeutIn mit Kassenvertrag.

Tabelle 9.2-1: PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen im Bereich „Pädiatrie“ (Stand 2009)

PhysiotherapeutInnen Pädiatrie										
	Ö	Wien	NÖ	BGLD	OÖ	Stmk	Sbg	Ktn	Tirol	Vbg
Gesamt	369	82	72	22	44	58	40	30	30	26
Kassen (%)	37 (10%)	4 (5%)	2 (3%)	0 (0%)	4 (9%)	5 (9%)	7 (18%)	1 (3%)	10 (33%)	4 (15%)
LogopädInnen Pädiatrie										
	Ö	Wien	NÖ	BGLD	OÖ	Stmk	Sbg	Ktn	Tirol	Vbg
Gesamt	342	86	63	13	17	42	22	14	79	6
Kassen (%)	90 (26%)	29 (34%)	28 (44%)	0 (0%)	11 (65%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (25%)	2 (33%)
ErgotherapeutInnen Pädiatrie										
	Ö	Wien	NÖ	BGLD	OÖ	Stmk	Sbg	Ktn	Tirol	Vbg
Gesamt	187	62	46	9	19	9	19	9	12	2
Kassen (%)	19 (10%)	11 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (37%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)
PsychotherapeutInnen*										
	Ö	Wien	NÖ	BGLD	OÖ	Stmk	Sbg	Ktn	Tirol	Vbg
Kinder	491	129	71	19	70	68	35	23	60	16
Jugendl.	1081	339	138	35	150	129	77	35	141	37
Kassen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Doppelnennungen häufig; bei Angebot für Kinder besteht meist auch Angebot für Jugendliche; Quelle: [40]

Tabelle 9.2-2 zeigt die Mitglieder des Berufsverbands der PsychologInnen, die einen Arbeitsschwerpunkt im Bereich Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie (KiJuFam) haben [42]. Demnach gibt es aktuell 1.338 PsychologInnen in dieser Fachsektion, wobei 925 davon zur selbständigen Tätigkeit berechtigt sind. Hinsichtlich der Vertragssituation gibt es laut Berufsverband der Österreichischen PsychologInnen 90 VertragspsychologInnen und 100 WahlpsychologInnen für klinisch-psychologische Diagnostik [42].

90
VertragspsychologInnen

Tabelle 9.2-2: BÖP-Mitglieder der Fachsektion Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie

	Ö	Wien	NÖ	BGLD	OÖ	Stmk	Sbg	Ktn	Tirol	Vbg
Alle Mitglieder der Fachsektion KiJu-Fam*	1.338	466	176	35	161	207	108	70	93	22
Mitglieder der Fachsektion KiJu-Fam, die auch Klin. Psychol. Sind**	925	339	121	27	117	125	78	46	57	15
Mitglieder der Fachsektion KiJu-Fam mit Praxisadresse	374	155	63	12	43	33	29	15	20	4

Quelle: [42] *Mitgliedschaft ist bereits möglich, ohne als Klinische PsychologIn gem. Psychologengesetz eingetragen zu sein. Ausübung selbständiger Tätigkeit in diesem Fall noch nicht möglich

** Eintragung in die Liste der Klinischen PsychologInnen berechtigt zur selbständigen Tätigkeit

9.3 Kosten und Ausgaben

**pro Einheit 60 bis 100 €
davon bis zu 75 € privat**

Die Kosten für einzelne physio- ergo-, logo- oder psychotherapeutische Therapiestunden und für eine psychologische Diagnostik außerhalb eines Kasensvertrags sind in Tabelle 9.3-1 angeführt. Eine Stunde kostet zwischen 60 und 100 Euro. Im Falle eines Zuschusses von der Krankenkasse sind davon zwischen 15 und 78 Euro pro Stunde privat zu bezahlen.

Tabelle 9.3-1: Kosten diverser Therapien und der klinisch-psychologischen Diagnostik pro Einheit

	Kosten (€)	Zuschuss Krankenkasse (€)	Private Kosten (€)
Physiotherapie	65-75	22-40	25-53
Ergotherapie	60-70	17-40	20-53
Logopädie	65-75	30-50	15-45
Psychotherapie	65-100	21,80	43-78
Psychologische Diagnostik	80	40	40

Quelle: [40, 42]

Die gesamten öffentlichen und privaten Ausgaben für die beschriebenen Leistungen sind uns nicht bekannt.

9.4 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben

**keine Daten zu
Gesamtausgaben**

Abbildung 9.4-1 zeigt die Finanzierungsstrukturen für die Leistungen der betroffenen Berufsgruppen im Überblick. Als öffentliche Kostenträger sind primär Sozialversicherungsträger und Länder involviert, wobei die Ausgaben nicht eruiert werden konnten. Ein gewisser (ebenfalls unbekannter) Anteil ist privat zu finanzieren.

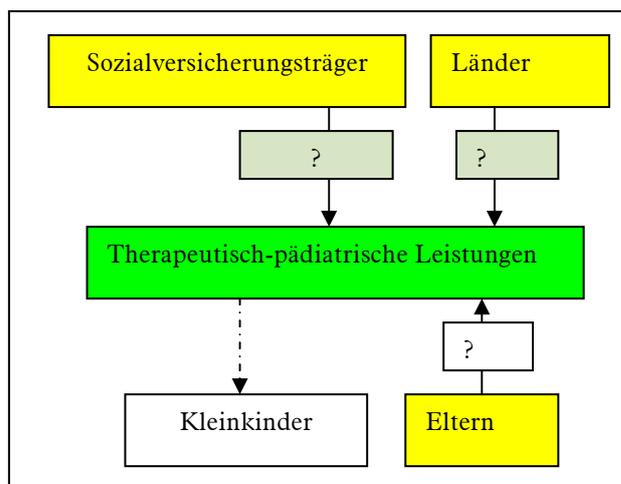


Abbildung 9.4-1: Finanzierungsstrukturen für therapeutisch-pädiatrische Leistungen diverser Berufsgruppen

10 Sonstige Sachleistungen

Neben den bisher angeführten Leistungen existiert in Österreich eine sehr breite Palette weiterer Leistungen, die zumeist auf Bundesländerebene angesiedelt sind und entweder durch die Länder direkt angeboten und finanziert werden, von privaten Anbietern angeboten werden und von den jeweiligen Bundesländern finanziell unterstützt werden oder die von mehreren verschiedenen Kostenträgern gefördert werden.

Charakteristisch ist, dass die Finanzierung der meisten dieser Leistungen jährlich neu beantragt werden muss und daher für die Kostenträger eine Ermessensausgabe darstellt. Diese Leistungen sind demnach in der Finanzierung tendenziell unsicherer als die bisher dargestellten Angebote.

Das Leistungsangebot differiert zwischen den Bundesländern erheblich. Nachfolgend sind beispielhaft aus zwei Bundesländern (Steiermark und Wien) Leistungsangebote und deren Finanzierung (sofern Daten dazu zur Verfügung gestellt wurden) dargestellt. Es sei erwähnt, dass das Leistungs- und Finanzierungsspektrum bei einer Beschreibung der restlichen sieben Bundesländer noch wesentlich breiter wäre. Beispielsweise existieren in mehreren Bundesländern Frühförderungsangebote wie etwa das Angebot „SAFE“ in Niederösterreich, das vom Land Niederösterreich finanziert wird. Charakteristisch sind auch Initiativen auf regionaler Ebene wie etwa die Einrichtung einer Gemeindegemeinderkrankenkraft in Korneuburg [43].

Bei den Leistungen wurde das Augenmerk primär auf jene Leistungen gelegt, die dem Gesundheitsbereich und den entsprechenden Länderressorts zugeordnet werden können bzw. von den Gesundheitsressorts haupt- oder mitfinanziert werden. Wenngleich die Abgrenzung nicht immer eindeutig zu treffen ist, werden die zahlreichen weiteren Leistungen mit anderen primären Zuständigkeitsbereichen (wie z.B. diverse sozialarbeiterische Leistungen) hier nicht oder nur vereinzelt angeführt.

**weitere Leistungen
angesiedelt auf
Bundesländerebene**

**Finanzierung meist
jährlich neu zu
beantragen**

**Leistungsangebot
differiert zwischen
Bundesländern**

**Beispiele aus Wien und
Steiermark**

**Beschränkung auf
Leistungen aus dem
Gesundheitsbereich**

10.1 Länderspezifische Leistungen im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindphase

10.1.1 Beispiel Steiermark

Die steiermärkische Landesregierung führte eine konkrete Datenerhebung für die Fragestellung des Berichts durch und stellte eine Übersicht zum Angebot an Leistungen für Schwangere und Kleinkinder, die einen Vorsorgecharakter erkennen lassen, und zu deren Finanzierung zur Verfügung.

**Datenerhebung in der
Steiermark**

Übersicht über Angebote und Projekte

2010: 21 unterschiedliche Projekte
108.900 € Fördermittel

Förderung variiert von einmalig bis längerfristig Eltern-Kind-Zentren mit Subventionen des Bundes

Tabelle 10.1-1 zeigt eine Übersicht über alle in den Daten genannten Angebote, die über unterschiedliche Organisationen angeboten werden. Darunter fallen solche, die primär vom Gesundheitsressort finanziert werden und solche, die von anderen Stellen unterstützt werden. Im Jahr 2010 wurden 21 unterschiedliche Initiativen bzw. Projekte gefördert, zusätzlich noch zahlreiche Frühförderungsinitiativen bzw. -vereine. Die öffentliche Finanzierung des Landes Steiermark lag bei den vom Gesundheitsressort unterstützten Initiativen zwischen 800 Euro und 24.600 Euro pro AntragstellerIn. Insgesamt wurden Fördermittel von 108.900 für das Jahr 2010 angegeben. Zu den von anderen Stellen geförderten Angeboten liegen keine Daten über die öffentlichen Ausgaben vor.

Die Daten aus den Vorjahren zeigen, dass viele der geförderten Projekte schon seit mehreren Jahren mit ähnlich hohen Beträgen öffentlich unterstützt werden. Die Förderpalette variiert aber insgesamt. Beispielsweise wurde im Jahr 2009 einmalig ein mobiler Kinderpflegekrankendienst mit 130.000 Euro unterstützt.

Die Eltern-Kind-Zentren sind ein Beispiel für Leistungen, die neben dem Land Steiermark von weiteren Kostenträgern subventioniert werden. Klassisch für die Finanzierung der Eltern-Kind-Zentren, die auch in den anderen Bundesländern vorhanden sind, sind Bundessubventionen im Rahmen der Jugendwohlfahrt (meist unter 5.000 Euro pro Jahr) und in Form einer Subvention für Elternbildung (etwa 15.000 Euro pro Jahr und Zentrum).

Tabelle 10.1-1: Öffentlich (mit)finanzierte Organisationen/Initiativen, die Leistungen für Schwangere und Kleinkinder in der Steiermark erbringen; 2010;

Leistungsart	Finanzielle Unterstützung durch das Land Steiermark	Privater Kostenbeitrag	Weitere involvierte (öffentliche) Kostenträger
Gesundheitsressortförderungen für Schwangere und Neugeborene			
Caritas-Beratungszentrum für Schwangere	10.000 €	Kostenlos	
9 Eltern-Kind-Zentren	24.600 €	n.b.	Bundessubventionen (Jugendwohlfahrt, Elternbildung)
Hebammengremium Steiermark; Hebammen-Hotline	2.000 €	Kostenlos	FA11, Stadt Graz (beantragt)
Stillrunde und Babytreff, Marktgemeinde Oberaich	800 €	Kostenlos	
Frauen- und Mädchenberatung Hartberg	10.000 €*	Kostenlos	FA6, FA11, Bundesministerium für Frauen und Öffentlichen Dienst, Stadtgemeinde Hartberg, Sozialhilfverband Hartberg
Gesundheitsressortförderungen für Kinder			
Förderverein Odilien-Institut für Menschen mit Sehbehinderung oder Blindheit	15.000 €	Beratung erfolgt kostenlos	FA11, Stadt Graz
Hör- und Sprachberatungsstelle, FA88, Amt der Steiermärkischen Landesregierung	Angebot der FA 8B	Kostenlos	

Kind und Scheidung, Institut für Familienfragen	7.500 €	Beratungsangebot kostenlos; freiwillige Kostenbeiträge	FA6, FA11, Stadt Graz, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen
RAINBOWS für Kinder und Jugendliche in stürmischen Zeiten	15.000 €	Verschiedene TeilnehmerInnenbeiträge je nach Angebot	FA6, FA11, Stadt Graz, Bundesministerium für Gesundheit
Patchwork-Familien Service, Verein für Elternteile und Familien im Wandel	5.000 €	Mitgliederbeiträge	
Durch andere Stellen geförderte Leistungen			
Psychologischer Dienst & Familienberatung Graz	n.b.	n.b.	Stadt Graz
Inst. f. Familienberatung u. Psychotherapie, Diözese Graz Seckau	n.b.	n.b.	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
Leseoffensive Steiermark	n.b.	n.b.	FA 6, Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Heilpädagogisches Zentrum des Landes Steiermark	n.b.	n.b.	FA 11, Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Elternberatungszentren	n.b.	Kostenlos	FA 6A, Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Förderzentrum des Landes Steiermark für Hör- und Sprachbildung	n.b.	n.b.	FA 11B, Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Modell der „Frühen Sprachförderung“	n.b.	n.b.	FA 6E, Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Sozial- und Heilpädagogisches Förderungsinstitut Steiermark	n.b.	n.b.	FA 11B, Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Chance B – Soziale Dienstleistungen für die Menschen in der Region	n.b.	n.b.	n.b.
Mosaik GmbH Graz	n.b.	n.b.	n.b.
Verein für psychische u. soziale Lebensberatung	n.b.	n.b.	n.b.
Steirischer Elternbrief	n. b.	Kostenlos	Startpaket für Eltern mit Infomaterial
Zahlreiche Frühförderstellen und –vereine	n.b.	n.b.	n.b.

Quelle: [44]; FA: Fachabteilung; n.b.: nicht bekannt; * Antrag in Bearbeitung; Förderung ist zu erwarten

Daneben existieren noch weitere Organisationen, die Vorsorgemaßnahmen anbieten und von unterschiedlichen öffentlichen Kostenträgern subventioniert werden. Hierunter fällt z.B. das Frauengesundheitszentrum in Graz, das von unterschiedlichen Ressorts des Landes Steiermark, von der Gesundheitsplattform Steiermark, vom Fonds Gesundes Österreich, der Stadt Graz, vom Bundesministerium für Gesundheit, vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und vom Bundesministerium für Wirtschaft und Familie gefördert wird [45]. Das Zentrum bietet etwa Informationsveranstaltungen für Frauen am Anfang der Schwangerschaft, Beratung zu Pränataldiagnostik oder psychosoziale Schwangerschaftsberatung an.

„Frauengesundheitszentrum Graz“
viele öffentliche Kostenträger

weitere Angebote z.B. Screeningmaßnahmen in Kindergärten

Weitere öffentlich (mit-)finanzierte Leistungen in der Steiermark sind die Angebote des Vereins „Styria Vitalis“, der u.a. Erste Hilfe Kurse oder (mobile) Zahnhygieneberatung durchführt und der vom Land Steiermark, so wie vom Fonds Gesundes Österreich gefördert wird. Außerdem werden in öffentlichen Kindergärten zahlreiche Screeningmaßnahmen wie etwa Sehtests oder logopädische Diagnostik durchgeführt. Bei speziellem Bedarf wird auf Therapieangebote im niedergelassenen Bereich verwiesen [46]. Über die Häufigkeit der Inanspruchnahme oder deren Ausgaben liegen keine Daten vor.

10.1.2 Beispiel Wien

Wien
vielfältiges Angebot

jedoch keine Angaben zu öffentlichen Ausgaben

In Wien existiert ebenfalls eine Reihe an unterschiedlichen Leistungen für Schwangere, Neugeborene und Kleinkinder. Eine Übersicht zum Leistungsangebot liegt vor (Tabelle 10.1-2), nicht aber zu den damit verbundenen öffentlichen Ausgaben. Die Angebote reichen von allgemeinen beratenden und informierenden Angeboten für Eltern (Elternberatung, Elternschule, Broschüre zu Mutter-Kind-Pass etc.) über Ernährungsinitiativen (z.B. Ernährungsakademie) und Anti-Gewalt Maßnahmen bis zu Präventionsmaßnahmen in Kindergärten (Sehtests, Hörtests etc.).

Tabelle 10.1-2: Vorsorgeleistungen in Wien

Leistungsart	Privater Kostenbeitrag	Beschreibung
Elternberatung	Kostenlos	Gesundheitliche, psychosoziale und psychohygienische Prophylaxe
Entwicklungsdiagnostik	Kostenlos	Entwicklungsneurologische Untersuchung nach identifiziertem Risiko bei Neugeborenen u. Kindern bei stationärer Aufnahme
Familienhebammen	Kostenlos	(aufsuchende) Hebammenhilfe zu Geburtsvorbereitung, Stillberatung u. bei sozioökonomischer und psychosozialer Belastungssituation
Säuglings- und Kleinkinderausstattung	Kostenlos	„Wiener Wäschepaket“
Eltern-Kind-Zentren mit Elternschule	Kostenlos (Elternschule) od. geringer Kostenbeitrag	Diverse Vorträge, Baby-Treffs, Erste-Hilfe Kurse etc.
Beiheft zum Mutter-Kind-Pass	Kostenlos	Infobroschüre inkl. Tipps und Selbsttests zu Rauch- und Trinkverhalten
„Ernährung, die bewegt“	Kostenlos	Beratung und Angebote (Kochkurse, Bewegung) für übergewichtige Mütter mit übergewichtigen Kindern
Reihenuntersuchungen in den städtischen Kindergärten	Kostenlos	Körperliche Untersuchung
Seh- und Hörtests in allen Wiener Kindergärten	Kostenlos	
„Tipptopp-Kariesstopp“	Kostenlos	Zahngesundheitserziehung in Wiener Kindergärten
Wiener Ernährungsakademie	?	Lehrgang für KindergartenpädagogInnen

Projekt „Gesunde Kinderbetreuungseinrichtung“	Kostenlos	Mehrdimensionales Gesundheitsförderungsprojekt für Personal, Kinder und Eltern
FEM – Elternambulanz im Wiener Wilhelminenspital	Kostenlos	Angebot für sozial benachteiligte schwangere Frauen mit psychosozialen Krisen
Unterstützung von Schwangeren und jungen Müttern mit psychosozialen Krisen	Kostenlos	Schulungen zur Früherkennung von psychischen Problemen in Spitälern des KAV
Curriculum Gewalt gegen Frauen	Kostenlos	Schulungen zur Gewaltfrüherkennung im Spital
Diverse Spezialprogramme	Kostenlos	Bsp. Donauspital: Programm zur Adipositasprävention, Infektprävention etc.

Quelle: [47]: KAV: Wiener Krankenanstaltenverbund

10.2 Einzelprojekte zur Gesundheitsförderung

Neben den beschriebenen Leistungen der Länder existiert auf Länderebene auch eine Reihe an Einzelprojekten – oft in Form von Pilotprojekten – die als klassische Gesundheitsförderungsprojekte über den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) – also aus Bundesmitteln – mitfinanziert werden. Auch hier kann keine vollständige Darstellung erfolgen, die folgenden Beispiele sollen jedoch einen Eindruck über die Heterogenität der Angebote und ihre Finanzierung geben. Aus den Projekten, die über den Fonds mitfinanziert werden, konnten sieben Projekte in fünf Bundesländern identifiziert werden, die in den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindphase angesiedelt sind (Tabelle 10.2-1). Die meisten Projekte fokussieren auf frühe Unterstützung der Eltern, um frühkindliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden. Die Fördersummen des FGÖ liegen zwischen 30.000 Euro und 250.000 Euro. Die Landesförderungen wurden mit Beträgen zwischen 110.000 Euro und rund 1 Mio. Euro angegeben.

7 Pilotprojekte zur Gesundheitsförderung auf Länderebene

Fokus: Prävention frühkindlicher Entwicklungsstörungen

Tabelle 10.2-1: Einzelprojekte zur Gesundheitsförderung

Projekt	Öffentliche Finanzierung	Beschreibung
MIA-Mütter in Aktion	Fonds Gesundes Österreich; Gesundheitsfonds Steiermark	Gesundheitsförderung, Verhältnis-, Verhaltensprävention und Partizipation für Schwangere und Mütter (Steiermark)
ABC-Elternführerschein	k.A.	Seminare zu Unterstützung bei Erziehungsfragen (Wien)
Eine Chance für Kinder	Fonds Gesundes Österreich (62.729 €); Landesregierung Vorarlberg (124.998 €)	Frühe Unterstützung für Jungfamilien durch Beratung und Vermittlung (Vorarlberg)
Netzwerk Familie Feldkirch und Dornbirn	Bezirk Dornbirn; Bezirk Feldkirch; 135.730 € Gesamtprojektkosten, davon 76.020 € von Fonds Gesundes Österreich	Unterstützung für Familien mit problematischer Erziehung/Pflege; Vermittlung über diverse Berufsgruppen (Vorarlberg)

Projekt	Öffentliche Finanzierung	Beschreibung
Babyfon	Landesregierung Vorarlberg; Gesamtprojektkosten 122.262 €; davon 36.876 € von Fonds Gesundes Österreich	Unterstützung für (werdende) Eltern durch Vernetzung (Vorarlberg)
Wir werden Eltern - Gesundheit beginnt mit der Geburt	Landesregierung Tirol, Forschungsförderung Universität Innsbruck; Fonds Gesundes Österreich; Gesamtprojektkosten 112.383 €; davon 56.040 € Fonds Gesundes Österreich	Niederschwelliges Informationsmaterial über Unterstützungsangebote, Ausbildung von „Peers“ zu ModeratorInnen (Tirol)
Bewusst von Anfang an	Landesregierung Niederösterreich; Gesamtprojektkosten 1.027.594 €; davon 252.028 € Fonds Gesundes Österreich	Verbesserung und Standardisierung der Angebote für Schwangere und Jungfamilien (Niederösterreich)

k.A.: keine Angabe; Quelle: Fonds Gesundes Österreich [48]

10.3 Zusammenfassende Darstellung Finanzierung und Ausgaben

diverse Kostenträger involviert, Ausgaben unbekannt

Abbildung 10.3-1 fasst die Finanzierungsstrukturen für die in diesem Kapitel angeführten Leistungen zusammen. Die primären öffentlichen Kostenträger für diese Leistungen sind die Länder, häufig ist jedoch eine Mischfinanzierung diverser Kostenträger typisch. Eine zentrale Rolle spielt hier der aus Bundesmitteln gespeiste FGÖ. Eine Gesamtquantifizierung der Ausgaben ist nicht möglich

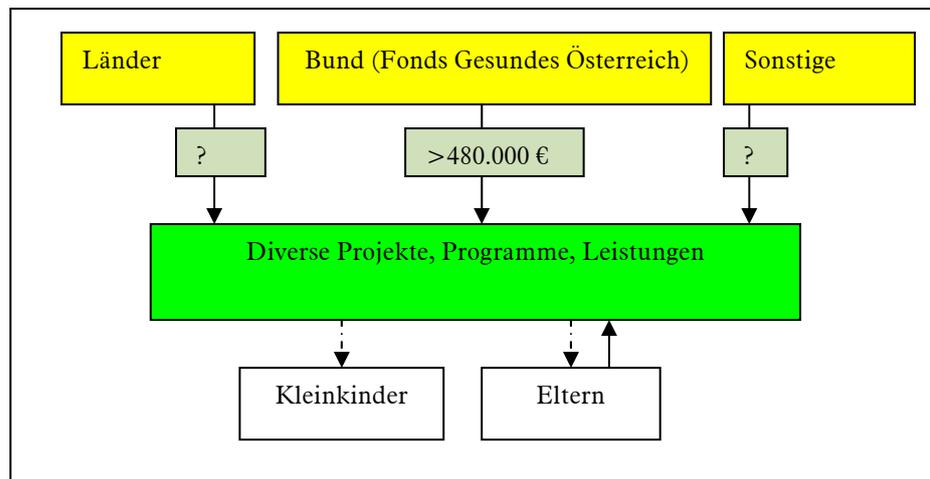


Abbildung 10.3-1: Finanzierungsstrukturen für sonstige Leistungen

11 Geldleistungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Kind/Familie

Neben den beschriebenen Sachleistungen existieren eine Reihe von Geldleistungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Kind/Familie. Kostenträger sind sowohl Bundesministerien, als auch Sozialversicherungsträger und Länder. Nachfolgend werden zunächst die bundeseinheitlich geregelten Geldleistungen, die über Bund und Sozialversicherungsträger finanziert werden, und anschließend die länderspezifisch geregelten Geldleistungen dargestellt.

Geldleistungen rund um Schwangerschaft, Geburt, Kind/Familie

11.1 Geldleistungen des Bundes und der Sozialversicherungsträger

Wie in Kapitel 2.1. angeführt, wurde die Auswahl der Geldleistungen auf jene Leistungen beschränkt, die im Zusammenhang mit Kindern zumindest bis zu deren 6. Lebensjahr bezogen werden können, und außerdem erfolgte eine Einschränkung auf die ausgabenstärksten Leistungen. Zahlreiche weitere Geldleistungen (z.B. Zuschuss zum Kinderbetreuungsgeld) oder Steuerbegünstigungen (z.B. Alleinverdienerabsetzbetrag) werden mit Ausnahme des Kinderabsetzbetrages nicht angeführt.

Auswahl von ausgabenstärksten Geldleistungen

11.1.1 Wochengeld

Unselbstständig erwerbstätige Frauen und selbstständig erwerbstätige Frauen, die bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft versichert sind, haben Anspruch auf Wochengeld. Dieses Wochengeld wird während der Schutzfrist ausbezahlt. Im Normalfall beginnt diese Schutzfrist acht Wochen vor dem errechneten Geburtstermin und endet acht Wochen danach. In einigen Fällen (nach Kaiserschnitt, Früh- oder Mehrlingsgeburt) ist eine verlängerte Schutzfrist von 12 Wochen nach der Geburt vorgesehen. Wenn die Schutzfrist vor der Geburt gekürzt wird, kann sie nach der Geburt um diesen Teil verlängert werden. Darüber hinaus kann Wochengeld bezogen werden, wenn nach arbeitsinspektions- oder amtsärztlichem Zeugnis die Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Mutter oder Kind durch die Beschäftigung gegeben ist (frühzeitiger Mutterschutz).

Anspruch auf Wochengeld während der Schutzfrist

**normalerweise:
8 Wochen vor, bis 8 Wochen nach Geburt**

Als Berechnungsbasis dient das durchschnittliche Einkommen der letzten drei Monate vor der Schutzfrist. Bei selbständigen UnternehmerInnen beträgt das Wochengeld 24,78 Euro pro Tag. Der Antrag wird bei der gesetzlichen Krankenkasse gestellt, die dieses auch auszahlt [49]. Das Wochengeld wird zu 70% vom FLAF und zu 30% von den Sozialversicherungsträgern finanziert [50].

Finanzierung: 70% FLAF, 30% Sozialversicherung

**Anstieg der Ausgaben
und durchschnittlichen
Tage je Fall**

**mögliche Gründe:
längere Bezugszeiten,
höheres Einkommen**

Tabelle 11.1-1 zeigt die jährlichen Gesamtausgaben für das Wochengeld vom Jahr 2000 bis 2009. Es ist ein jährlicher Anstieg zu beobachten. Während im Jahr 2000 etwa 310 Mio. Euro ausgegeben wurden, waren es im Jahr 2009 415,5 Mio. Euro (+34%). Der größte Anstieg der Ausgaben erfolgte vom Jahr 2008 auf das Jahr 2009 mit 23,3 Mio. Euro. Neben den Gesamtausgaben stiegen auch die durchschnittlichen Tage je Fall von 141 (~20 Wochen) im Jahr 2000 auf 159 (~23 Wochen) im Jahr 2009, was auf eine Zunahme von vorzeitigem Mutterschutz hindeutet und/oder durch vermehrte Kaiserschnitte, Früh- und Mehrlingsgeburten bedingt sein könnte. Jedenfalls sind die durchschnittlichen Tage pro Fall höher als die vorgeschriebene Schutzfrist von 16 Wochen. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben pro Fall. Die Ursachen dafür können ebenfalls die längere Bezugszeiten und/oder ein höheres Einkommen von Frauen sein.

Tabelle 11.1-1: Statistik zum Wochengeld

Jahr	Gesamtausgaben für Wochengeld (Mio. Euro)	Durchschnittl. Tage je Fall	Ausgaben je Fall
2000	309,9	141	k.A.
2001	313,0	144	k.A.
2002	323,5	146	k.A.
2003	325,3	146	k.A.
2004	335,7	146	5.474
2005	346,5	148	5.618
2006	358,9	150	5.911
2007	371,1	152	6.103
2008	392,3	157	6.511
2009	415,5	159	6.829
Veränderung in % 2000-2009	+ 34 %	+ 13 %	+ 25 %*

*K.A.: keine Angabe; * 2004-2009; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger [51]*

**Wochengeld-
aufwendung der Wiener
Gebietskrankenkasse**

2009: 102,2 Mio. €

In Abbildung 11.1-1 sind die Mutterschutzfälle der Wiener Gebietskrankenkasse von 2000 bis 2009 – nach Fällen mit individueller Freistellung und absolutem Beschäftigungsverbot getrennt – und der damit verbundene Wochengeldaufwand dargestellt. Während die Fälle mit absolutem Beschäftigungsverbot eher leicht sinken, stiegen jene mit individueller Freistellung im Rahmen des vorzeitigen Mutterschutzes kontinuierlich an. Sie betragen im Jahr 2000 5.187 Euro und in 2009 6.746 Euro. Der Wochengeldaufwand ist im selben Zeitraum deutlich gestiegen und zwar von 76,5 Mio. Euro auf 102,2 Mio. Euro (+ 34%).

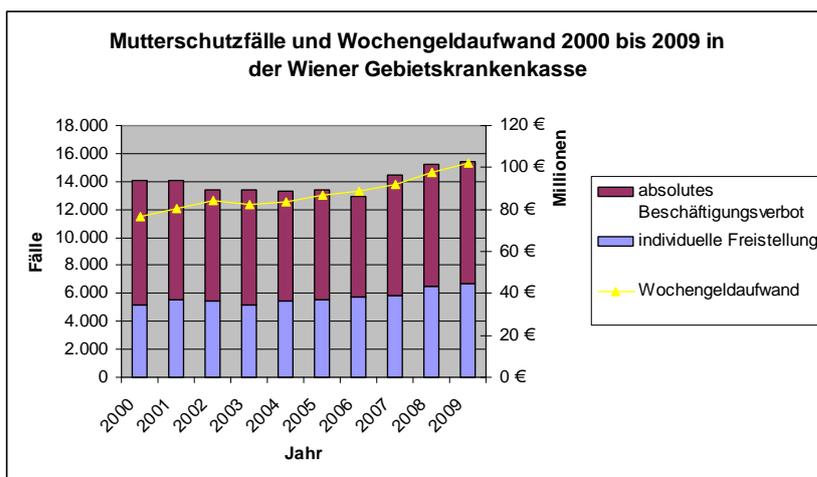


Abbildung 11.1-1: Mutterschutzfälle in der Wiener Gebietskrankenkasse; Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse [52]

Tabelle 11.1-2 zeigt eine Auswahl an typischen Indikationen, die bei Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse zu einer vorzeitigen Freistellung führen.

Tabelle 11.1-2: Häufige Indikationen, die zu einer vorzeitigen Freistellung bei Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse führen

Plazenta praevia totalis bzw. partialis
Sonographisch bewiesene subamniotale oder subplazentare Einblutungen
Verdacht auf Plazenta increta/percreta inklusive Narbeninvasion ab SSW 23+0
Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen
Wachstumsretardierung mit nachgewiesener Mängelversorgung des Feten
Mehrlinge ab >2, Gemini erst nach Organscreening
Zervixinsuffizienz
Vorzeitige Wehen bei Zustand nach Tokolyse im Krankenhaus
Kongenitale Fehlbildungen mit einhergehender schwerer psychischer Belastungsreaktion
Auffälligkeiten im pränatalen Ultraschall mit drohendem Risiko einer Fehlgeburt unter laufender Therapie
Thromboembolische Geschehen in der laufenden Schwangerschaft
Anämie mit Hb unter 8,5 g/dl und zusätzlicher kardiopulmonaler Symptomatik
IDGM Typ 1 (oft schwer einstellbar und Hypogefährdung)
Belastete Anamnese mit st.p. spontanem Spätabort oder Frühgeburt eines Einlings
Uterusfehlbildung
Organtransplantierte Schwangere

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse [52]

11.1.2 Kinderbetreuungsgeld

**Kürzung bei fehlenden
Mutter-Kind-Pass
Untersuchungen**

Das Kinderbetreuungsgeld ist im Zusammenhang mit den Eltern-Kind-Leistungen von besonderer Bedeutung, da es mit dem Mutter-Kind-Pass gekoppelt ist. Bei fehlendem Nachweis der Schwangerenuntersuchungen und der Kindesuntersuchungen bis zum ersten Lebensjahr wird das Kinderbetreuungsgeld gekürzt (siehe Kapitel 12.2. für Details).

**verschiedene Modelle
der Bezugsmöglichkeit**

Seit dem Jahr 2010 gibt es zwei Systeme bei der Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes. Ab dem Zeitpunkt der Geburt kann man einmalig zwischen fünf verschiedenen Bezugsmöglichkeiten wählen, die sich den zwei Systemen unterordnen [11]:

- ✿ Pauschales Kinderbetreuungsgeld: Variante 30 plus 6 (14,53 Euro/Tag, 30-36 Monate), Variante 20 plus 4 (20,80 Euro/Tag, 20-24 Monate), Variante 15 plus 3 (26,60 Euro/Tag, 15-18 Monate), Variante 12 plus 2 (33 Euro/Tag, 12-14 Monate)
- ✿ Einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld: Variante 12 plus 2 (80% der Letzteinkünfte, max. 66 Euro/Tag, 12-14 Monate)

**Ausgaben 2009: 1,2
Mrd. €**

Das über den FLAF ausbezahlte Kinderbetreuungsgeld stieg zwischen 2003 und 2008 kontinuierlich an (2003: 1,1 Mrd. Euro; 2008: 1,6 Mrd. Euro). 2009 war es mit 1,2 Mrd. Euro im Vergleich zum Vorjahr etwas niedriger.

11.1.3 Familienbeihilfe und Mehrkindzuschlag

**Familienbeihilfe für
Eltern mit Kindern in
Österreich**

**mind. 105,40 € im
Monat/Kind**

Eltern mit österreichischer Staatsbürgerschaft, mit Wohnsitz oder ständigem Aufenthalt in Österreich und Lebensmittelpunkt in einem bestimmten Bundesgebiet, haben Anspruch auf Familienbeihilfe. Dieser Anspruch besteht unabhängig von Beschäftigung oder Einkommen. Allerdings gilt dieser Anspruch nur für jene Familien, deren Kinder nicht einen dauerhaften Aufenthalt im Ausland haben. Der Anspruch gilt, solange die Kinder minderjährig sind, allerdings wird der Anspruch verlängert wenn sich das Kind noch in Ausbildung befindet. Die allgemeine Familienbeihilfe beträgt 105,40 Euro pro Kind und Monat. Dieser Betrag kann bei bestimmten Altersgrenzen mittels Antrag erhöht werden. Beispielsweise erhält man dann ab dem 3. Lebensjahr des Kindes 112,70 Euro. Außerdem erhöht sich der Gesamtbetrag bei jedem zusätzlichen Kind. Im Monat September wird die Familienbeihilfe teilweise doppelt ausbezahlt [53]. Im Zuge der Budgetkonsolidierung 2010 wurden im Zusammenhang mit der Familienbeihilfe einige Kürzungen (z.B. Verringerung der Altersgrenze) beschlossen.

**2010 Verkürzung
beschlossen**

**ab 3 Kindern
Mehrkinderzuschlag**

**abhängig von
Einkommen**

Zusätzlich kann von Familien ab dem dritten Kind ein Mehrkinderzuschlag bezogen werden, sofern auch Familienbeihilfe bezogen wird. Im Zuge der Budgetsanierung wurde eine Kürzung von 36,40 Euro auf 20 Euro vorgesehen. Für den Mehrkinderzuschlag besteht eine Einkommensgrenze, die im Jahr 2009 bei 55.000 Euro für das Familieneinkommen lag. Im Rahmen der ArbeitnehmerInnenveranlagung kann dieser Zuschlag jährlich beantragt werden [54].

**Ausgaben 2009: 2,7
Mrd. €**

Die Familienbeihilfe wird durch den FLAF finanziert. Die Gesamtausgaben des FLAFs für die Familienbeihilfe inklusive Mehrkinderzuschlag stiegen zwischen 2000 und 2009 von 2,7 Mrd. Euro auf 3,4 Mrd. Euro. 2009 waren von insgesamt 1,8 Mio. BeihilfenbezieherInnen 222.000 BezieherInnen (12,2%) solche mit Kindern im Alter von 0 bis 2 Jahren und 554.000 (31%)

BezieherInnen solche mit Kindern im Alter von 3 bis 9 Jahren [20]. Welcher Betrag an Familienbeihilfe jeweils auf diese Altersgruppen entfiel, lässt sich aus den Daten nicht berechnen, da die Beihilfe je nach Alter und Anzahl der Kinder unterschiedlich gestaffelt ist.

11.1.4 Kinderabsetzbetrag

Der Kinderabsetzbetrag steht jeder Familie zu, die auch Familienbeihilfe empfängt. Der Elternteil, der die Familienbeihilfe empfängt, erhält den Kinderabsetzbetrag, für den kein extra Antrag notwendig ist. Für jedes Kind erhält man 58,40 Euro [54]. Der Betrag machte 2009 1,3 Mrd. Euro aus [55]. Er wird in Form einer Negativsteuer bar ausbezahlt und über das allgemeine Budget finanziert.

Negativsteuer
2009: 1,3 Mrd. €

11.2 Geldleistungen der Länder

Zusätzlich zu den Geldleistungen des Bundes existieren auf Landesebene diverse und von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Geldleistungen. Es konnten nicht von allen Bundesländern Daten hierzu gewonnen werden, sodass die Darstellung lückenhaft bleibt.

Unterschiede nach Bundesländern – keine vollständigen Angaben

Im Bereich der Länderbudgets sind primär öffentliche Ausgaben im Rahmen von Familienförderungsbudgets relevant, die allerdings häufig für Leistungen verwendet werden, die außerhalb des in diesem Bericht beschriebenen Leistungsspektrums liegen (z.B. Schulstarthilfen, Anschubfinanzierung Betriebstagesmütter/väter). Es werden daher nur jene Leistungen angeführt, die dem in Kapitel 2 beschriebenen Leistungsspektrum zugeordnet werden können.

Ausgaben für Familienförderungsbudgets

Tabelle 11.2-1 stellt die Geldleistungen im Überblick dar. In mehreren Bundesländern existiert eine Förderung im Rahmen von Mehrlingsgeburten, wobei die Höhe unterschiedlich ist und pro Kind zwischen 250 Euro und 400 Euro liegt. In den meisten Bundesländern kann ein monetärer Kinder- bzw. Familienzuschuss beantragt werden, der allerdings einkommensabhängig ist und nur bei sehr niedrigem monatlichem Nettoeinkommen gewährt wird. In mehreren Bundesländern gibt es Gutscheinsysteme für bestimmte Leistungen (z.B. für Elternbildung).

häufigste Leistungen: Geld für Mehrlinge, Familienzuschuss

Tabelle 11.2-1: Ausgewählte Geldleistungen der Länder

Bundesland	Relevante Leistungen	Ausgaben	Beschreibung
Burgenland	1) Beitrag für Mehrlingsgeburten 2) Kinderbonus	1) k. A. 2) k. A.	1) 700 €/pro Zwillingsgeburt; 1.000 € pro Drillingsgeburt; 300 € für jedes weitere Mehrlingskind 2) 140 € bis 190 €/Monat bis 3. Lebensjahr; einkommensabhängig (722,40 € monatl. Pro-Kopf- Einkommen netto)
Kärnten	1) Kärntner Familienzuschuss 2) Kärntner Babygeld 3) Kärntner Müttergeld	1) k. A. 2) k. A. 3) k. A.	1) 40 € bis 190 €/Monat u. Kind nach Kinderbetreuungsgeld; einkommensabhängig (593 € monatl. Pro-Kopf- Einkommen netto) 2) 500 € pro Kind 3)
Oberösterreich	1) Elternbildungsgutschein 2) Mutter-Kind Zuschuss	1) k. A. 2) k. A.	1) 20 € bei Beantragung v. Familienkarte u. zu 3., 6., 10. Geburtstag eines Kindes 2) 370 € pro Kind in 2 Raten bei Inanspruchnahme aller Mutter-Kind-Pass Untersuchungen + Impfungen (siehe Kapitel 12.2)
Niederösterreich	Mehrlingsgeburtenförderung	k. A.	500 €/Zwillingsgeburt; 500 €/weiteren Mehrling
Salzburg	Förderung aus Anlass der Geburt von Mehrlingen	41.600 € (2005); 51.500 € (2009)	400 € /Mehrlingskind
Steiermark	1) Kinderzuschuss 2) Elternbildungsgutschein	1) k. A. 2) k. A.	1) 145, 35 €/Monat innerhalb 1. LJ; einkommensabhängig (783,99 € monatl. Pro-Kopf-Einkommen netto) 2) 2 x 10 € für BesitzerInnen eines steirischen Familienpasses
Tirol	Tiroler Kindergeld Plus	5 Mio. €/Jahr	400 € /2-bis 3-jähriges Kind und Jahr
Vorarlberg	Vorarlberger Familienzuschuss	5,4 Mio. € (2000); 2,1 Mio. € (2009)	43,60 € bis 439 €/Monat im Anschluss an Kinderbetreuungsgeld; einkommensabhängig
Wien	Wiener Familienzuschuss	4,4 Mio. €	50,87 € bis 152,61 € pro Monat im 2. u. 3. LJ.; einkommensabhängig

Quellen: [56-63]; k. A.: keine Angabe

12 Gesamtfinanzierungsstrukturen und Anreizwirkungen

Die Gesamtfinanzierungsstrukturen und insbesondere die Vergütung für die Leistungen (z.B. ob jede einzelne Leistung abgegolten wird oder eine Pauschalvergütung stattfindet) haben einen wesentlichen Einfluss auf das Leistungsgeschehen in einem Gesundheits- und Sozialsystem. Beeinflusst wird die Art der Leistung (z.B. Kaiserschnitt oder Spontangeburt), die Qualität und Quantität der Leistung, das Setting des Leistungsgeschehens (z.B. ambulant oder stationär), die Benennung einer Krankheit und die Dokumentation des Schweregrads im Rahmen der Vergütung sowie die Häufigkeit von Überweisungen von niedrigeren in höhere Versorgungsstufen. Diese Anreizwirkungen können bewusst als Steuerungselement eingesetzt werden, oft entstehen sie jedoch implizit durch die Struktur des Gesamtsystems.

Nachfolgend werden die Finanzierungsstrukturen der beschriebenen Leistungen in einer Gesamtzusammenschau beschrieben und die darin inhärenten Anreizwirkungen erläutert. Das daran anschließende Kapitel beschreibt schließlich konkret die monetären Anreizsysteme, die im Zusammenhang mit dem Mutter-Kind-Pass bewusst als Steuerungselement eingesetzt wurden.

12.1 Anreizwirkungen des Gesamtsystems

In Abbildung 12.1-1 ist zusammenfassend dargestellt, dass die beschriebenen Leistungen von fünf zentralen Kostenträgern finanziert werden (Sozialversicherungsträger, Länder, Gemeinden, Bund und hierbei insbesondere der FLAF), die gleichzeitig auf unterschiedlicher Ebene angesiedelt sind und unterschiedlichen Kompetenzbereichen zuzuordnen sind. Einzelne Kostenträger können in jeweils unterschiedlichen Funktionen an der Finanzierung der beschriebenen Leistungen beteiligt sein. So sind beispielsweise die Länder einerseits in der Funktion als Krankenanstaltenträger in die Finanzierung eingebunden, andererseits sind sie im Rahmen der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdiensts für die Ko-Finanzierung von Impfungen zuständig und sie vergeben diverse Förderungen etc.

Während bei der Finanzierung der Sachleistungen alle genannten Kostenträger (in je nach Leistungsart unterschiedlichem Ausmaß) beteiligt sind, werden die Geldleistungen zum Großteil über den FLAF und aus dem allgemeinen Bundesbudget finanziert.

Der Mitteltransfer ist durch eine Fragmentierung in unterschiedliche Finanzierungsströme charakterisiert und die beschriebenen Sachleistungen werden jeweils über eigene Vergütungsformen finanziert. Beispielsweise werden die Krankenhausleistungen über ein Fallpauschalensystem finanziert, außerstationäre Leistungen und die Mutter-Kind-Pass Leistungen primär über eine Einzelleistungshonorierung.

Einige wenige Leistungen werden vollständig öffentlich finanziert (z.B. Mutter-Kind-Pass, einzelne Impfungen), bei den meisten ist eine private Zuzahlung oder zumindest ein geringer Selbstbehalt zu leisten.

Finanzierung beeinflusst Leistungserbringung

bewusst als Steuerung eingesetzt oder implizite Steuerungseffekte

Kapitel beschreibt Gesamtfinanzierungsstruktur + Anreizwirkungen

5 zentrale öffentliche Kostenträger in mehrfacher Funktion involviert

Geldleistungen zumeist über FLAF und Bund finanziert

verschiedene Vergütungsformen

meistens private Zuzahlung nötig

**die meisten
Geldleistungen und ein
Teil der Sachleistungen
mit universellem
Anspruch**

Der Großteil der Geldleistungen, aber nur ein Teil der Sachleistungen kann als universelle Leistung ohne besondere Anspruchsvoraussetzung beschrieben werden. Dies sind die Mutter-Kind-Pass Leistungen, die Impfungen, ein Großteil der länderspezifischen Vorsorge bzw. gesundheitsfördernden Projekte und Programme für Eltern und Kleinkinder, das Kinderbetreuungsgeld, die Familienbeihilfe und der Kinderabsetzbetrag. Die anderen Leistungen sind entweder Versicherungsleistungen und daher prinzipiell an Erwerbstätigkeit gebunden (stationäre Leistungen, ärztliche Leistungen und Leistungen anderer Gesundheitsberufe im niedergelassenen Bereich, Wochengeld) oder es handelt sich um sogenannte subsidiäre Leistungen, für die nur unter einer bestimmten Einkommensgrenze ein Anspruch besteht (z.B. diverse Geldleistungen auf Länderebene).

**Anreiz für:
Spitalszentrierung,**

Die derzeitigen Finanzierungsstrukturen setzen mehrere Anreize für eine spitalszentrierte Versorgung. Es wird einerseits durch das Fallpauschalenmodell ein Anreiz zur Steigerung der Fallzahlen gesetzt. Andererseits bewirkt die „Deckelung“ des Spitalsbeitrags der Sozialversicherungsträger (siehe Kapitel 6.1), dass Mehrleistungen im Spitalsbereich mit keinen zusätzlichen Kosten für die Sozialversicherungsträger verbunden ist, während Mehrleistungen außerhalb des Bereichs (z.B. Hebammenleistungen) eine Ausgabensteigerung für die Sozialversicherungsträger bedeuten.

**ärztliche vs. nicht-
ärztliche Leistung,**

**Schwangere vs.
Kleinkindleistung,
Fragmentierung vs.
Koordination**

Bedingt durch die höheren Zuzahlungen bei außerstationären Leistungen und therapeutischen Leistungen für Kleinkinder sind außerdem ärztliche Leistungen für Schwangere mit größeren Anreizen zur Inanspruchnahme verbunden als Leistungen anderer Berufsgruppen für Kleinkinder. Hinsichtlich Organisation der Leistungserbringung führen die Finanzierungsstrukturen aufgrund ihrer Heterogenität zu einer Fragmentierung und erschweren die Koordination verschiedener Leistungselemente im Sinne einer personenzentrierten Versorgung.

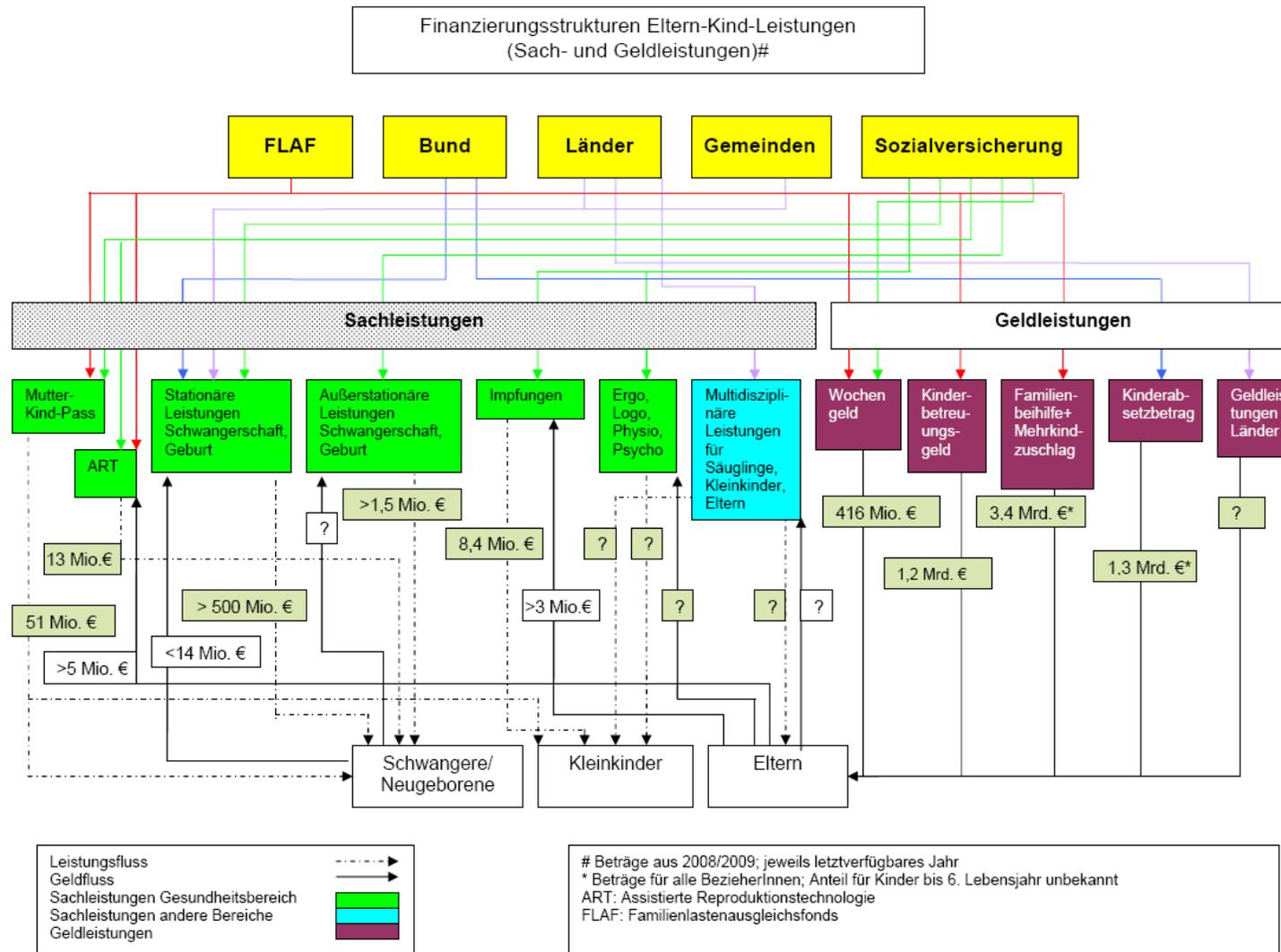


Abbildung 12.1-1: Überblick Gesamtfinanzierungsstrukturen; Beträge aus 2008/2009 (jeweils letztes verfügbares Jahr)

12.2 Anreizsysteme und -wirkungen bei den Mutter-Kind-Pass Untersuchungen

von Beginn an Koppelung mit monetären Anreize

Die Mutter-Kind-Pass Leistungen waren von Beginn an bewusst gesetzte monetäre Anreize gekoppelt um eine möglichst hohe Teilnehmerate zu erreichen. Diese Verknüpfung wurde durch ein damals neues Bundesfinanzgesetz möglich. Tabelle 12.2-1 zeigt die monetären Anreize im historischen Verlauf seit Einführung des Mutter-Kind-Passes.

Tabelle 12.2-1: Übersicht über Leistungsausweitung und monetäre Anreize seit Bestehen des Mutter-Kind-Passes

Jahr	Untersuchungen	Monetäre Anreize
1974	4 Schwangerenuntersuchungen + 1 Neugeborenenuntersuchung	Koppelung an erhöhte Geburtenbeihilfe von öS 15.000 (1.090 €)
1975	4 Schwangerenuntersuchungen + 5 Kindesuntersuchungen im 1. LJ	Koppelung an erhöhte Geburtenbeihilfe von 2x öS 8.000 (je 580 €)
1982	4 Schwangerenuntersuchungen + 5 Kindesuntersuchungen im 1. LJ + 1 weitere Kindesuntersuchung	Koppelung an erhöhte Geburtenbeihilfe von 2x öS 8.000 (je 580 €) + 1x öS 3.000 (218 €)
1984		Kürzung der ersten beiden Teilbeträge auf 2x öS 5.000 (je 360 €)
1987	5 Untersuchung + 2 Ultraschalluntersuchungen in Schwangerschaft, Erweiterung Kindesuntersuchung bis 4. LJ inkl. fachspez. Untersuchungen (HNO, Augen...)	Zusätzlich öS 2.000 (145 €) für allgemeine Schwangeren- und Kindesuntersuchungen, alle anderen Leistungen fakultativ
1997		Streichung erhöhte Geburtenbeihilfe; statt dessen Mutter-Kind-Pass Bonus von öS 2.000 (145 €) nach 1. LJ (einkommensabhängig)
2002		Nachweis von 5 Schwangeren- und 5 Kindesuntersuchungen Voraussetzung für volle Höhe Kinderbetreuungsgeld

**zunächst +1.090 €
dann 2x 580 € bei
Leistungsnachweis**

Wer die Untersuchungen (zunächst 4 Schwangerenuntersuchungen und eine Neugeborenenuntersuchung) wahrnahm, erhielt unabhängig vom Sozialversicherungsstatus eine höhere Geburtenbeihilfe von öS 15.000 (1.090 Euro) [64, 65]. Bereits 1975 folgte eine Erweiterung um vier weitere Kindesuntersuchungen. Gleichzeitig wurde die Geburtenbeihilfe auf zwei Raten zu je öS 8.000 (ca. 581,40 Euro) angehoben [65]. Für die erste Rate waren mindestens vier Untersuchungen in der Schwangerschaft und die Untersuchung des Neugeborenen nötig. Für den zweiten Teilbetrag waren vier Untersuchungen des Kindes im ersten Lebensjahr notwendig [66].

**1982: weitere 200 € bei
zusätzlichen
Kindesuntersuchungen
1984: Kürzung**

Im Jahr 1982 wurde das Screeningprogramm abermals erweitert. Eine zusätzliche Kindesuntersuchung wurde eingeführt. Daran koppelte man einen dritten Teilbetrag und erhöhte somit die Geburtenbeihilfe um öS 3.000,- (ca. 218,- Euro). Im Jahr 1984 wurden allerdings die ersten beiden Teilbeträge von öS 8.000,- auf jeweils öS 5.000,- (ca. 363,40 Euro) gekürzt [67].

Mit erstem Jänner 1987 erfolgte eine Ausweitung der Schwangerenuntersuchungen um eine fünfte allgemeine Untersuchung und zwei Ultraschalluntersuchungen. Die Kindesuntersuchungen wurden bis zum Ende des 4. Lebensjahres verlängert. Weitere fachspezifische Kindesuntersuchungen (Augen, HNO, Orthopädie) kamen hinzu. An die allgemeine Schwangeren- und Kindesuntersuchung war eine weitere Sonderzahlung von öS 2.000 (145 Euro) geknüpft. Neu ist, dass alle weiteren Leistungen fakultativ waren und die Ausbezahlung der erhöhten Geburtenbeihilfe nicht an deren Inanspruchnahme gebunden war [65].

Mit der neuen Mutter-Kind-Pass-Verordnung vom Jänner 1997 erfolgte im Zuge der Budgetsanierung die ersatzlose Streichung der erhöhten Geburtenbeihilfe. Dem befürchteten Rückgang der Untersuchungsfrequenz wurde mit einem Mutter-Kind-Pass-Bonus in der Höhe von öS 2.000,- (ca. 145,- Euro) versucht, entgegenzuwirken. Die Prämie wurde nach Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes ausbezahlt, war aber mit einer Einkommensobergrenze verknüpft. Das zu versteuernde Familieneinkommen durfte etwa im Jahr 2001 öS 532.800 (38.720 Euro) pro Jahr nicht übersteigen. Insgesamt änderte sich also nicht nur die Höhe der Transferleistung, sondern auch der Auszahlungszeitpunkt. Die bisherige Auszahlung in Teilschritten wurde durch eine Einmalzahlung ersetzt. Untersuchungen nach dem 1. Lebensjahr sind seither nicht mit monetären Anreizen verknüpft [65].

Mit der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes im Jänner 2002 (siehe Kapitel 11.1-2) entfiel der Mutter-Kind-Pass-Bonus. Statt dem bisherigen Bonussystem wurde ein Malussystem eingeführt, nach dem der Bezug des Kinderbetreuungsgeldes bei fehlendem Nachweis der Mutter-Kind-Pass-Leistungen gekürzt wird. Es sind die ersten zehn Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes (fünf vor und fünf nach der Geburt) (siehe Tabelle 12.2-2) notwendig, um die volle Höhe des Kinderbetreuungsgeldes beziehen zu können. Auf fakultative Leistungen und andere häufig durchgeführte pränataldiagnostische Leistungen, die aber nicht Teil des Mutter-Kind-Passes sind (wie z.B. Organscreening, Combined Test zur Bestimmung des Risikos bestimmter Fehlbildungen) kann ohne Abzug von Kinderbetreuungsgeld verzichtet werden [68].

**1987: weitere Untersuchung mit +145 €gekoppelt
nun auch fakultative Leistungen**

**1997: Streichung erhöhte Geburtenbeihilfe
Stattdessen einkommensabhängiger Mutter-Kind-Pass Bonus
Anreiz nur mehr bis 1. Lebensjahr**

**2002: Malussystem;
Koppelung Mutter-Kind-Pass mit Kinderbetreuungsgeld**

Tabelle 12.2-2: Erforderliche Untersuchungen für Bezug des Kinderbetreuungsgeldes und fakultative Untersuchungen (kursiv gedruckt)

Untersuchungen in der Schwangerschaft
gynäkologische Untersuchung bis 16. SSW einschließlich Blutuntersuchung und <i>Ultraschalluntersuchung in 8. bis 12. SSW</i>
gynäkologische Untersuchung in 17. bis 20. SSW einschließlich Blutuntersuchung und <i>Ultraschalluntersuchung in 18. bis 22. SSW</i>
gynäkologische Untersuchung in 25. bis 28. SSW einschließlich Blutuntersuchung
gynäkologische Untersuchung in 30. bis 34. SSW einschließlich <i>Ultraschalluntersuchung in 30. bis 34. SSW</i>
gynäkologische Untersuchung in 35. bis 38. SSW

Untersuchungen des Kindes
Untersuchung in der ersten Lebenswoche einschließlich <i>Hüftultraschall</i>
Untersuchung in der 4. bis 7. Lebenswoche einschließlich orthopädische Untersuchung
<i>Hüftultraschalluntersuchung in der 6. bis 8. Lebenswoche</i>
Untersuchung zwischen 3. und 5. Lebensmonat
Untersuchung zwischen 7. und 9. Lebensmonat einschließlich HNO Untersuchung
Untersuchung zwischen 10. und 14. Lebensmonat einschließlich Augenuntersuchung
<i>Untersuchung zwischen 22. und 26. Lebensmonat einschließlich fachärztlicher Augenuntersuchung</i>
<i>Untersuchung zwischen 34. und 38. Lebensmonat</i>
<i>Untersuchung zwischen 46. und 50. Lebensmonat</i>
<i>Untersuchung zwischen 58. und 62. Lebensmonat</i>

**Kürzung
Betreuungsgeld bei
unterlassenen
Nachweis Mutter-Kind-
Pass Untersuchung**

Die Kinderbetreuungsgeld-Varianten verlangen nach verschiedenen Arten des Nachweises für die durchgeführten Untersuchungen. Kommt man der Nachweispflicht nicht nach bzw. wurden die vorgeschriebenen Untersuchungen nicht durchgeführt, reduziert sich das Kinderbetreuungsgeld folgendermaßen [69]:

- ✿ Kinderbetreuungsgeld in der **Variante 30 plus 6**: Kinderbetreuungsgeld halbiert sich **ab dem 25. Lebensmonat** des Kindes von 14,53 Euro auf **7,27 Euro** pro Tag.
- ✿ Kinderbetreuungsgeld in der **Variante 20 plus 4**: Kinderbetreuungsgeld halbiert sich **ab dem 17. Lebensmonat** des Kindes von 20,8 Euro auf **10,40 Euro** pro Tag.
- ✿ Kinderbetreuungsgeld in der **Variante 15 plus 3**: Kinderbetreuungsgeld halbiert sich **ab dem 13. Lebensmonat** des Kindes von 26,6 Euro auf **13,30 Euro** pro Tag.
- ✿ Kinderbetreuungsgeld in der **Variante 12 plus 2**: Kinderbetreuungsgeld halbiert sich **ab dem 10. Lebensmonat** des Kindes von 33 Euro auf **16,50 Euro** pro Tag.
- ✿ Kinderbetreuungsgeld in der **einkommensabhängigen Variante**: Kinderbetreuungsgeld reduziert sich **ab dem 10. Lebensmonat** des Kindes um **16,50 Euro** pro Tag.

**bis zu 2.400 €weniger
Betreuungsgeld**

Das bedeutet beispielsweise für die Variante „30+6“ einen Einkommensverlust zwischen 1.105 und 2.431 Euro für die restliche Bezugsdauer. Bei der Variante „15+3“ sind Gesamteinbußen zwischen 1.212 und 2.426 Euro die Folge.

Neben dieser bundesweiten Regelung gibt es zusätzliche Anreizsysteme auf Bundesländerebene. Beispielsweise erhalten in Oberösterreich Elternteile, die das Kind überwiegend betreuen, auf Antrag einen sogenannten Mutter-Kind-Zuschuss von einmalig 370 Euro, der vom Land Oberösterreich aus Steuermitteln finanziert wird. Der Zuschuss wird in zwei Teilbeträgen jeweils nach Vollendung des 2. und 5. Lebensjahres unter der Voraussetzung ausbezahlt, dass alle Mutter-Kind-Pass Untersuchungen sowie die 6-fach Impfung und die Masern-Mumps-Röteln Impfung (alle empfohlenen Teilimpfungen) durchgeführt wurden.

länderspezifische Regelungen

Beispiel Mutter-Kind-Zuschuss OÖ

Zum Zusammenhang zwischen monetären Anreizstrukturen und Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Leistungen liegen wenig konkrete Daten vor. Einzelne Untersuchungen zur Inanspruchnahme vor der Reduktion der Geburtenbeihilfe gingen von einer 90- 95%igen Teilnehmerate aus [66, 70]. Nach Streichung der Geburtenbeihilfe wurde vorerst nur ein geringer Rückgang der Teilnahme festgestellt, soweit dies mit den zur Verfügung stehenden Daten überhaupt möglich war.

wenig Info zu Auswirkung auf Teilnahme

Wimmer-Puchinger und Baldszti [65] beschreiben unter Berücksichtigung der Geburtenrate zwischen 1997 und 2000 auf Basis der abgerechneten Sonderleistungspositionen einen österreichweiten Rückgang von 2,7%. Der stärkste Rückgang wurde in Kärnten (-11%), Niederösterreich (-5,5%) und im Burgenland (-4,9%) verzeichnet, während in einzelnen Bundesländer (Salzburg, Tirol) ein Anstieg zu bemerken war. Eine Detailauswertung in Oberösterreich zeigte, dass der Rückgang bei den Untersuchungen während der Schwangerschaft wesentlich niedriger ausfiel, als bei den Kindesuntersuchungen nach dem 1. Lebensjahr. Auch eine Analyse von Daten aus dem Bundesland Wien zeigt ein ähnliches Muster. Die Untersuchungen während der Schwangerschaft und die erste Neugeborenenuntersuchung (die allerdings hauptsächlich im Spital stattfindet), wurden 1998 zu fast 100% in Anspruch genommen. Ab der 1. Kindesuntersuchung wurden zunehmend fehlende Untersuchungen registriert. Daten aus der Steiermark zeigen einen Rückgang bei den Schwangerenuntersuchungen zwischen 1996 und 2005 von 10% [71].

länderspezifisch unterschiedlicher, geringer Rückgang der Teilnahme

manchmal auch Anstieg

Rückgang eher bei Kindesuntersuchungen

Wie in Kapitel 3 angeführt, fehlen auch für die Bewertung der Teilnehmerate nach dem Jahr 2000 Daten zur Inanspruchnahme pro Person. Dass der Rückgang der abgerechneten Sonderleistungspositionen während der Schwangerschaft größer ist, als die Reduktion der Geburten, könnte auf eine sinkende Teilnahme hinweisen, kann aber auch andere Ursachen haben (z.B. Wechsel zu WahlärztInnen). Setzt man die Untersuchung der Neugeborenen in der 4. bis 7. Lebenswoche in Bezug zur Anzahl der Geburten (siehe auch Tabelle 3.2-1 in Kapitel 3), so betrug der Anteil dieser Leistung an den Geburten im Jahr 2004 83%. Seither ist er geringfügig aber kontinuierlich auf 81% gesunken. Auch hier könnte das „Wahlarztphänomen“ oder eine tatsächlich sinkende Inanspruchnahme eine Rolle spielen. Bei einzelnen späteren Kindesuntersuchungen ist auf Basis der Abrechnungsdaten eher eine steigende Inanspruchnahme zu vermuten.

in jüngerer Zeit eher Anstieg bei Kindesuntersuchungen

Ein Hinweis über die Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Leistungen bis zum 1. Lebensjahr lässt sich auch über die Häufigkeit der Kürzungen des Kindergeldes aufgrund nicht nachgewiesener Mutter-Kind-Pass Untersuchungen gewinnen. Abbildung 12.2-1 zeigt, dass die Kürzungen in den ersten drei Jahren von 2.041 auf 2.317 Fälle stiegen und seither tendenziell sinken. Bei im Jahr 2009 geborenen Kindern erfolgten 1.565 Kürzungen, wobei hier zu bedenken ist, dass der relevante Kürzungszeitpunkt bei diesen

Kürzung Kinderbetreuungsgeld gibt Info zu Teilnahme Mutter-Kind-Pass

Kindern teilweise noch nicht erreicht wurde (und die Fälle demnach noch zunehmen könnten).

kaum Kürzungen beim
Kinderbetreuungsgeld

Die Anzahl der Kürzungen entspricht 2,6% aller Lebendgeborenen im Jahr 2002 und 2% der Lebendgeborenen in 2009. Allerdings werden in der Statistik Wechselfälle bei Kinderbetreuungsgeldbezug zwischen Mutter und Vater zweifach gezählt, sodass bei einzelnen Kindern zwei Kürzungsfälle pro Kind auftreten können. Die tatsächliche Anzahl der Mütter bzw. Kinder mit fehlenden Mutter-Kind-Pass Leistungen wird daher etwas geringer sein, als die Fälle der Kürzungen in Abbildung 12.2-1.

geringe Teilnahme:
junge Frauen mit
niedriger Schulbildung,
Mehrgebährende,
Singles

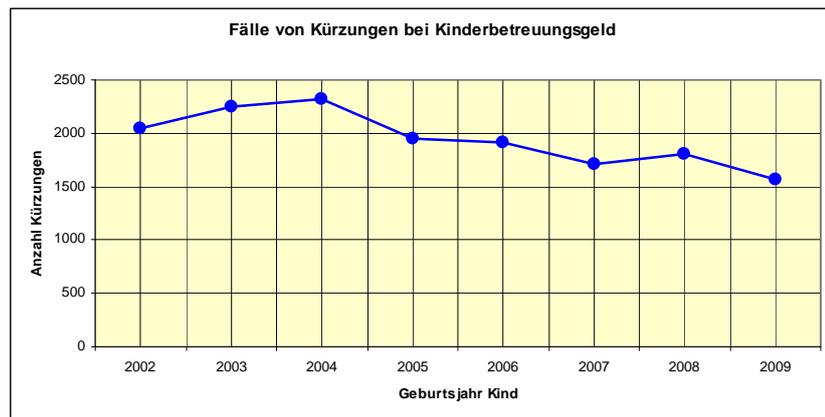


Abbildung 12.2-1: Fälle von Kürzungen bei Kinderbetreuungsgeld

Bezüglich sozioökonomischer Merkmale der Inanspruchnahme zeigt eine Untersuchung, dass jene Frauen, die keine oder nur wenige Mutter-Kind-Pass-Leistungen während der Schwangerschaft in Anspruch nehmen, einerseits junge Frauen (unter 20 Jahren), Frauen mit geringer Schulbildung, mit drei oder mehr Kindern, solche mit ungeplanter Schwangerschaft und Frauen ohne Partner [65] waren. Eine Datenanalyse aus Wien zeigte bei Frauen bzw. Kindern aus den Bezirken 2, 16 oder 20 eine geringere Teilnehmerate, als bei jenen aus den Bezirken 13,14,18 und 23 [65]. Eine Untersuchung aus der Steiermark aus dem Jahr 1999 zeigte hingegen, dass gut gebildete junge Frauen mit wenig Kindern die Wichtigkeit der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen am geringsten einschätzten. Ob sich das auf die tatsächliche Inanspruchnahme auswirkte, ging daraus nicht hervor [72]. Pass zeigte in einer oberösterreichischen Untersuchung, dass Erstgebährende, solche mit höherer Bildung, Selbständige oder Angestellte (im Vergleich zu Arbeiterinnen) und Frauen im urbanen Raum mit größerer Wahrscheinlichkeit die Mutter-Kind-Pass Untersuchungen in Anspruch nehmen [16].

13 Diskussion

Bedingt durch die historische Entwicklung des österreichischen Wohlfahrtsstaats und durch seine föderalistische Struktur sind die Finanzierungsstrukturen der beschriebenen Eltern-Kind-Leistungen äußerst komplex gestaltet. Das betrifft sowohl die Mittelaufbringung, sprich die beteiligten Kostenträger, als auch den Mitteltransfer, worunter die Finanzierungsflüsse und die Vergütungsformen zu verstehen sind.

Bei einer Gesamtbetrachtung der Finanzierungsstrukturen lassen sich folgende Muster hinsichtlich der *Finanzierungsbeteiligung* ausmachen. Es hat sich herauskristallisiert, dass der öffentliche Finanzierungsanteil bei den medizinischen Leistungen für Schwangere inklusive Geburt am größten ist. Bei den Sachleistungen für Kinder ist – wenn sie nicht Teil des Mutter-Kind-Passes sind – ein privat zu leistende Anteil wesentlich wahrscheinlicher und höher. Das liegt zum einen an mangelndem öffentlichem Leistungsangebot (z.B. ErgotherapeutInnen mit Kassenvertrag), zum anderen an prinzipiellen Selbstbehalten, die mit der Inanspruchnahme solcher Leistungen verbunden sind.

Dieses Ungleichgewicht ist auch beim Vergleich medizinischer versus „psycho-sozialer Leistungen“ vorhanden. Während etwa Krankenhausleistungen fast vollständig öffentlich finanziert werden und der Trend (z.B. auch durch Abschaffung des Spitalsbeitrags für Mehrlinge in einzelnen Bundesländern) in Richtung ausschließlich öffentliche Finanzierung geht, sind beispielsweise psychotherapeutische Leistungen viel eher mit einem hohen privaten Finanzierungsanteil verbunden.

Während also Schwangere einen uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen (inklusive teuren stationären geburtshilflichen Leistungen) haben, ist der Zugang zu Leistungen für Kleinkinder, insbesondere wenn es sich um „nicht-medizinische“ Leistungen handelt, durch die privaten Zuzahlungen deutlich eingeschränkt.

Außerdem lassen sich anhand der Quantifizierung der Ausgaben *Größenverhältnisse* erkennen, und zwar sowohl zwischen als auch innerhalb der Sach- und Geldleistungen. Die Daten zeigen, dass die Ausgaben für monetäre Transfers wesentlich höher sind, als jene für die abgebildeten Sachausgaben. Im Zusammenhang mit Eltern-Kind-Vorsorge ist insbesondere der Anstieg des Wochengelds zu erwähnen, der unter anderem mit einer steigenden Bezugsdauer aufgrund von frühzeitigem Mutterschutz zusammenhängen dürfte. Es stellt sich die Frage, ob hierfür eine tatsächliche Steigerung von Risikoschwangerschaften oder auch andere Gründe ausschlaggebend sind.

Die Ergebnisse sind konform mit anderen österreichische Daten, die zeigen, dass der Anteil an Geldleistungen gerade im familienpolitischen Bereich hoch ist. So wurden 2008 7,99 Mrd. Euro (2,8% des BIP) in Leistungen für Familien mit Kindern investiert. Lediglich 11% davon wurden für Sachleistungen aufgewendet [73]. Dadurch liegt Österreich bei den Sachleistungen für Kinder, wie zum Beispiel bei den Gesundheitsausgaben unter dem EU-Schnitt [74]. Dieses Muster bestätigt auch ein OECD-Bericht, der die direkten Finanztransfers an die Eltern als überdurchschnittlich hoch beschreibt, sodass die gesamten öffentlichen Ausgaben für Kinder von null bis 5 Jahren

**heterogenes Leistungs-
u.
Finanzierungsspektrum
bei Eltern-Kind-
Leistungen**

**größte öffentliche
Beteiligung bei
medizinischen
Schwangerenleistungen
+ stationäre Geburt,
bei Kindern mehr privat**

**psycho-soziale
Leistungen mit hohem
Privatanteil**

**Zugang zu Leistungen
ungleich**

**höhere Ausgaben für
Geld- als für
Sachleistungen**

**Wochengeld steigt,
Gründe?**

**hohe Geldleistungen für
Familien in Österreich
typisch**

**Gesundheitsausgaben
für Kinder aber
unterdurchschnittlich**

	<p>mit 42.405 Euro pro Kind deutlich über dem OECD-Mittel von 26.508 Euro liegen. Es wird damit aber vergleichsweise wenig Chancengleichheit erreicht [9].</p>
<p>stationärer Sektor bei Sachleistungen am teuersten</p>	<p>Betrachtet man die <i>Größenverhältnisse innerhalb der Sachleistungen</i> (sofern diese überhaupt quantifizierbar sind), so liegt der Ausgabenschwerpunkt im stationären Bereich. Die angeführten stationären Leistungen machten in der Bewertung 2009 knapp eine halbe Milliarde Euro aus. Dieser Betrag ist als konservativ zu betrachten.</p>
<p>Mutter-Kind-Pass vergleichsweise „billig“</p>	<p>Die Ausgaben für die Mutter-Kind-Pass Leistungen sind zwar wie die meisten anderen Leistungen, ebenfalls gestiegen, betragen aber mit gut 50 Mio. Euro nur etwa 10% jener des stationären Sektors. Auch der Vergleich mit anderen Leistungen zeigt interessante Größenverhältnisse. Während im Rahmen des Mutter-Kind-Passes gut 50 Mio. Euro für das Screening von rund 74.000 Schwangeren bzw. Kleinkinder ausgegeben wird (ca. 700 Euro pro Frau bzw. Kind), werden gleichzeitig 13 Mio. Euro für 1.800 ART-Schwangerschaften (ca. 7.000 Euro pro Schwangerschaft bei unbekanntem Erfolg hinsichtlich Geburt eines gesunden Kindes) finanziert. Letztere Ausgaben sind auch wesentlich höher als etwa jene für Impfungen im Säuglings- und Kleinkindalter, die bei 8 Mio. Euro liegen und sie steigen rasant.</p>
<p>stationärer Bereich: sinkende Aufenthalte, steigende Kosten durch teure Leistungen</p>	<p>Innerhalb des stationären Sektors ist trotz sinkender Aufenthalte ein deutlicher Anstieg der Vergütung zu beobachten. Die Ursache dafür wird darin vermutet, dass zunehmend teurere Leistungen (z.B. Kaiserschnitte statt Spontangeburt, neonatologische Intensivleistungen) durchgeführt wurden, wodurch sich auch der Anstieg an Vergütung pro Fall – insbesondere bei Aufenthalten von Neugeborenen – erklären lässt. Im Zusammenhang mit dem Mutter-Kind-Pass und dessen Identifikation von Risikoschwangerschaften ist erwähnenswert, dass sowohl Aufnahmen mit der Diagnose „Mehrlingsgeburt“ als auch insbesondere solche mit der Diagnose „Schnittentbindung eines Einlings“ deutlich zunehmen. Letzteres ist insbesondere bei den PRIKRAF-finanzierten Privatkrankenanstalten zu beobachten, wo Schnittentbindungen eines Einlings 2007 beinahe 50% aller Entbindungsaufnahmen ausmachten. Die Vergütung pro Schnittentbindung ist wesentlich höher als für eine Spontangeburt, wengleich der Unterschied 2009 niedriger war als 2004.</p>
<p>Schnittentbindung nimmt zu, vor allem in Privatkrankenanstalten</p>	
<p>private Krankenhäuser: mehr normale Schwangerschaften, mehr Kaiserschnitte</p>	<p>Dass in PRIKRAF-finanzierten Krankenhäusern die Aufnahmen mit der Hauptdiagnose „Entbindung“ einen zunehmenden Anteil ausmachen, während Aufnahmen, die mit pathologischen Verläufen von Schwangerschaften zusammenhängen, in abnehmendem Ausmaß administriert wurden, deutet außerdem darauf hin, dass sich Privatkrankenanstalten primär auf Geburten nach normalen Schwangerschaften konzentrieren, die Kinder dort allerdings zunehmend per Kaiserschnitt entbunden werden.</p>
<p>geringe Ausgaben für nicht-medizinische Gesundheitsberufe</p>	<p>Der Bericht macht zudem deutlich, dass hinsichtlich der involvierten <i>Berufsgruppen</i> der Großteil der öffentlichen Gelder für Leistungen von MedizinerInnen und Personal im Krankenhausbereich aufgewendet wird. Vergleicht man etwa die außerstationären Hebammenleistungen mit medizinischen (High-Tech) Leistungen, wird ersichtlich, dass die Ausgaben für die außerstationäre Hebammenleistung nur ein Zehntel der Ausgaben für assistierte Reproduktionstechnologie, nicht einmal 0,5% der stationären Ausgaben, maximal 1,5% der Ausgaben für Kaiserschnitte und nur etwa 3% der Ausgaben für die Mutter-Kind-Pass Leistungen betragen. Für andere Gesundheitsberufe dürfte dieses Verhältnis ähnlich aussehen, es ist aber aufgrund der Datenlage nicht in dieser Form quantifizierbar.</p>

Die Analyse zeigt zahlreiche *Anreizstrukturen* auf, die teilweise bewusst eingeführt wurden (wie beim Mutter-Kind-Pass), teilweise aber systemimmanent sind und mitunter zu nicht erwünschten Wirkungen oder zu ökonomisch ungünstigen Wirkungen führen. Die Anreize des bestehenden Finanzierungssystems sind eindeutig auf eine spitalszentrierte Versorgung ausgerichtet. Es besteht beispielsweise bei den beschriebenen Finanzierungsstrukturen keinerlei Anreiz, die ambulanten Hebammenleistungen auszuweiten, obwohl vor dem Hintergrund der hohen Ausgaben im Krankenhausbereich gerade das Modell der vorzeitigen Entlassung mit aufsuchender Hebammenbetreuung aus gesamtökonomischer Sicht eine attraktive Variante sein könnte. Die Nachteile des fragmentierten österreichischen Finanzierungssystems werden hier eklatant sichtbar.

Bei den monetären Anreizen im Rahmen des Mutter-Kind-Pass lässt sich erkennen, dass eine sukzessive Änderung von einem Bonussystem hin zu einem Malussystem stattgefunden hat. Das dürfte sich – soweit man dies aus den Daten interpretieren kann – auf die Teilnehmerate nur gering ausgewirkt haben. Sie ist in beiden Systemen zumindest bis zum 1. Lebensjahr des Kindes relativ hoch. Die Frage ist aber, ob das derzeitige System jene Gruppe erreicht, die bislang am Vorsorgeprogramm nicht teilnehmen. Wenn es bereits beim Bonussystem Frauen gab, die die Leistungen und damit einen doch beträchtlichen Geldbetrag nicht in Anspruch nahmen, deutet dies eher auf fehlendes Wissen und mangelnde Information in dieser Gruppe hin. Solche Frauen sind von einem Malussystem, das die fehlende Inanspruchnahme im Nachhinein durch Kürzung beim Kindergeld bestraft, benachteiligt. Ob zusätzliche Boni, wie der in Oberösterreich existierende Mutter-Kind-Zuschuss, die Teilnehmerate – insbesondere bei den späteren Kinderuntersuchungen – erhöhen, konnte aus den vorliegenden Daten nicht ermittelt werden.

Der Bericht weist folgende *Limitationen* auf. Eine Limitation besteht darin, dass dieser Überblick nicht alle Leistungen für Schwangere und Kleinkinder bis zum Schuleintritt lückenlos darstellt. Da für zahlreiche Leistungen die Kompetenzen auf der Länderebene verortet sind und zudem zahlreiche Ressorts betroffen sind, war es nicht möglich, sämtliche Angebote bis hin zu Einzelprojekten im Rahmen dieses Projektes zu erfassen.

Auch die Quantifizierung der Ausgaben war für viele Leistungen mangels Daten oder aufgrund vorgegebener Dateneigenschaften nicht möglich. Das ist insbesondere bei Leistungen außerhalb des stationären Sektors und bei Leistungen auf Landesebene der Fall. In der Gesamtzusammenschau der Ausgaben ist jedenfalls von einer Unterschätzung auszugehen.

Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht sind neben den in diesem Bericht beschriebenen direkten Kosten auch indirekte Kosten relevant. Darunter fallen im Rahmen der Eltern-Kind-Leistungen insbesondere Wartezeiten oder Zeiten für Anfahrtswege. Diese Kosten konnten im vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Der Bericht kann auch keine Aussage darüber treffen, wie wirksam die beschriebenen Leistungen bzw. wie Treffsicher die monetären Transfers sind. Ob die doch beträchtlichen Gelder daher sinnvoll eingesetzt werden, bleibt in diesem Projektteil noch offen.

Das breite Spektrum an bundesweiten aber auch regionalen Leistungen, die Darstellung der Größenverhältnisse und der Trends bei den öffentlichen und privaten Ausgaben und die Übersicht über die unterschiedlichen Fi-

Anreizwirkung führt zu unökonomischer Leistungserbringung

Anreizsystem Mutter-Kind-Pass: Teilnahme hoch, aber Malussystem für unerreichte Gruppe fraglich

**Limitationen:
Überblick bleibt lückenhaft,**

Quantifizierung nur grob möglich,

indirekte Kosten nicht berücksichtigt,

keine Aussage zu Wirksamkeit u. Treffsicherheit der Leistungen,

aber gute Grundlage für neue Finanzierungskonzepte

nanzierungsbeteiligungen bieten aber eine Grundlage für die Entwicklung von Finanzierungskonzepten bei einer Gestaltung der „Eltern-Kind-Vorsorge neu“.

**zu diskutieren:
mehr Sachleistungen
statt Geldleistungen?**

Hierzu können aus dem Bericht folgende *Debatten für die zukünftige Gestaltung der Finanzierungsstrukturen* angeregt werden. Zum einen gilt es, die Frage von Geld- versus Sachleistungen zu diskutieren. Die Entscheidung, ob öffentliche Gelder über eine Sach- oder Geldleistung in Anspruch genommen werden können, beeinflusst ganz wesentlich die sozialpolitische Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeit. Während mit Sachleistungen ganz bestimmte Zielgruppen unterstützt bzw. versorgt werden können, sind Geldleistungen eher dem Gedanken der Wahlfreiheit verpflichtet und sind zu meist als Steigerung des Familieneinkommens gedacht.

Umverteilung?

Die Debatten um mehr Kinderbetreuungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger Senkung der Familienbeihilfe zeigen, dass zukünftig vermehrte Sachleistungen im Kinderbetreuungsbereich mit der Reduktion von Geldleistungen im familienpolitischen Bereich einhergehen könnten. Die im Bericht dargestellte breite Palette an Geldleistungen – auch auf Bundesländerebene – könnte hier zu einer ebensolchen Debatte für zukünftige Gestaltung der Eltern-Kind-Vorsorge anregen. Es gilt etwa zu diskutieren, inwiefern das Leistungsspektrum einer „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ über eine Umverteilung von derzeitigen Geldleistungen hin zu Eltern-Kind-Vorsorgeleistungen als Sachleistung oder als Gutscheineleistung mitfinanziert werden könnte.

**welche Leistungen
sollen finanziert
werden? (Prioritäten)**

Eine weitere Frage, die sich aus den Ergebnissen ableitet, ist, welchen Leistungen zukünftig hinsichtlich der öffentlichen Ausgaben hohe Priorität und welchen weniger hohe Priorität eingeräumt werden soll. Für diese Bewertung sind die anderen Projektteile [6, 7], die sich mit dem gegenwärtigen Bedarf und internationalen best-practice Beispielen beschäftigen, ausschlaggebend. Ebenso muss die Wirksamkeit der Leistungen einbezogen werden.

**wie mit Finanzierung
besser koordinieren?**

**Anreizsysteme
hinterfragen**

Daran schließt sich die Frage, wie die Finanzierung der Leistungen und damit die Leistungen selber besser koordiniert werden können und welche monetären Anreizsysteme eingesetzt werden sollen, um bei den als wichtig und effektiv eingeschätzten Leistungen eine hohe Inanspruchnahme zu erreichen. Soll die derzeit starke Spitalszentrierung, sowie der Zentrierung auf medizinische Leistungen verändert werden, muss dies mit alternativen Finanzierungsmodellen unterstützt werden.

**„was“ wird finanziert,
nicht „wer“ finanziert,
soll im Vordergrund
stehen**

Die zukünftige Gestaltung der Leistungen einer „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ und deren Finanzierung sollte aus ökonomischer Sicht jedenfalls zunächst unabhängig davon erfolgen, welche öffentlichen Kostenträger die Leistungen finanzieren und das derzeitige Ausgaben-Ungleichgewichts zwischen echten Screening- bzw. Vorsorgemaßnahmen und High-Tech (Reproduktions)medizin kritisch beleuchten.

14 Literatur

- [1] Abuzahra M, Zechmeister I, Wild C. Mutter-Kind-Pass: Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2009.
- [2] Bundesministerium für Gesundheit. Mutter-Kind-Pass. Wien: BMG; 2010.
- [3] Bundesministerium für Gesundheit. Impfplan 2011 Österreich: Evidenzbasierte Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates (Impfausschuss: 12. Oktober 2010). 2011 [cited 2011 Jänner 20]; Available from: https://www.oegkk.at/mediaDB/749970_Impfplan_2011.pdf
- [4] Mossialos E, Merkur S, Ladurner J, Gerger M, Panea R. Antenatal Care in Austria and Selected Countries. Report for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. Vienna: Main Association of Austrian Social Security Institutions; 2009.
- [5] Piso B, Wild C, Winkler R, Warmuth M. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil IV: Synthese der Teile I-III, Handlungsempfehlungen. HTA-Projektbericht Nr. 45d. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2011.
- [6] Warmuth M, Mad P, Piso B, Wild C. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil I: Epidemiologie - Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit. HTA-Projektbericht Nr. 45a. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2011.
- [7] Winkler R. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil II: Internationale Policies, Konzepte und Screeningstrategien zu "Normal-" und "Risikoverläufen" während der Schwangerschaft und der frühen Kindheit bis zum Schuleintritt. HTA Projektbericht Nr. 45b. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2011.
- [8] Badelt C, Österle A. Grundzüge der Sozialpolitik. Allgemeiner Teil. Wien: Manz 1998.
- [9] OECD. Doing Better for Children. Paris: OECD; 2009.
- [10] Bundesministerium für Gesundheit. Mutter-Kind-Pass. 2010 [cited 2010 20.09.2010]; Available from: <http://www.help.gv.at/Content.Node/8/Seite.082200.html>
- [11] Bundeskanzleramt. Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen über die Festlegung eines Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes, die Voraussetzungen zur Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe sowie über den Mutter-Kind-Pass. 2002.
- [12] Kärntner Gebietskrankenkasse. E-Mail Schriftverkehr bezüglich Finanzierung des Mutter-Kind-Passes. Klagenfurt 2010.
- [13] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. E-Mail Schriftverkehr bezüglich Finanzierung des Mutter-Kind-Passes. 2010.
- [14] Statistik Austria. Bevölkerungsstand 1.1.2010. Wien: Statistik Austria; 2010.
- [15] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Auswertung Mutter-Kind-Pass-Leistungen. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010.
- [16] Pass C. Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes. Ein Beispiel für die Wechselwirkung zwischen sozialer Lage und Gesundheit? Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse 2001.

- [17] Bundeskanzleramt. Familienlastenausgleichsgesetz. Wien: Bundeskanzleramt; 2010.
- [18] Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend. Der österreichische Familienlastenausgleich. Ein zusammenfassender Überblick samt Grundsätze über die Familienbeihilfe und den Mehrkindzuschlag. Wien 2008.
- [19] Bundesministerium für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz. Familienlastenausgleichsfonds. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; 2010.
- [20] Statistik Austria. Aufwendungen des Familienlastenausgleichsfonds 1980 bis 2009. Wien: Statistik Austria; 2010.
- [21] Kern R, Heindl R, Likarz S. IVF-Register Jahresbericht 2009. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2010.
- [22] Salzburger Landeskrankenanstaltengesellschaft. Hormonambulanz IVF Labor Salzburg: Formalitäten. Salzburg: SALK; 2010.
- [23] Bundesministerium für Gesundheit. Ausgaben des IVF-Fonds. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2010.
- [24] Stöckler-Ipsiroglu S, Bodamer O, Möslinger D, Mühl A. Neugeborenen-screening in Österreich: Erweiterung des Untersuchungsprogramms nach Einführung der Tandemmassenspektrometrie (Manuskript).
- [25] Interessensvertretung für Kinder im Gesundheitswesen. Selbstbehalte für mitversicherte Kinder bei der GKK. Ungenach: Interessensvertretung für Kinder im Gesundheitswesen; 2010.
- [26] Bundesministerium für Gesundheit. Datenauswertung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems (LKF). Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2010.
- [27] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Datenauswertung PRIKRAF. Wien; 2011.
- [28] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Ergänzungsvorschlag zu § 447F ABs. 7. Kostenbeitrag für Angehörige bei Anstaltspflege. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; 2010.
- [29] Bundeskanzleramt. Hebammengesetz. Wien: Bundeskanzleramt; 2011.
- [30] Österreichisches Hebammengremium. Hebammensuche. Wien: Österreichisches Hebammengremium; 2010.
- [31] Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. Wien: Statistik Austria; 2010.
- [32] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Daten zu Hebammenleistungen als Kassenleistung. Wien 2010.
- [33] Österreichisches Hebammengremium. Hebammen-Arbeit. Wien: Österreichisches Hebammengremium; 2008.
- [34] Hebammenzentrum. Kostenüberblick bei Hebammenbetreuung. Hörrohr. 2010.
- [35] PhysioAustria. E-Mail Schriftverkehr 2010.
- [36] Bundesministerium für Gesundheit. Impfplan 2010 Österreich: korrigiert. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2010.
- [37] Bundesministerium für Gesundheit. Datenauswertung zu Impfungen. Wien: Bundesministerium für Gesundheit 2010.
- [38] Österreichische Apothekerkammer. Salzburger Impfkation gegen Pneumokokken. Salzburg: Österreichische Apothekerkammer. Landesgeschäftsstelle Salzburg; 2010.
- [39] Österreichischer Apothekerverlag. Austria-Codex. Wien: Österreichischer Apothekerverlag 2010.

- [40] Püspök R. Das Recht der Kinder auf Therapie. In: Kerbl R, Thun-Hohenstein L, Damm L, Waldhauser F, eds. *Kind und Recht 3 Jahrestagung Politische Kindermedizin 2009*. Wien: Springer Verlag 2010.
- [41] Berufsverband der Logopäden. E-Mail Schriftverkehr. 2010.
- [42] Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. Datenauswertung zu psychologischen Leistungen. Wien: Berufsverband Österreichischer PsychologInnen; 2011.
- [43] Vavrik K. Vorsorgemaßnahmen außerhalb des Mutter-Kind-Passes. Persönliche Kommunikation. 2010.
- [44] Steiermärkische Landesregierung. Daten zu Eltern-Kind-Initiativen der Steiermark. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung; 2010.
- [45] Frauengesundheitszentrum Graz. SubventionsgeberInnen. Graz: Frauengesundheitszentrum 2011.
- [46] Otto S. Screeninguntersuchungen in der Steiermark. Persönliche Kommunikation. 2010.
- [47] Ma 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien. Information zu Gesundheitsinitiativen und Projekten für werdende Mütter und Kinder bis zum 6. Lebensjahr. Email Schriftverkehr. Wien: MA 15; 2010.
- [48] Fonds Gesundes Österreich. Geförderte "Early Intervention" Projekte. Wien: Fonds Gesundes Österreich; 2010.
- [49] Bundeskanzleramt. Mutterschutzgesetz. Wien: Bundeskanzleramt; 2010.
- [50] Bundeskanzleramt. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz. RIS Bundeskanzleramt 2010.
- [51] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistisches Handbuch 2010. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; 2010.
- [52] Wiener Gebietskrankenkasse. Datenauswertung Mutterschutz. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse; 2011.
- [53] Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend. Familienbeihilfe, Mehrkindzuschlag. Wien 2009.
- [54] Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend. Finanzielle Unterstützungen. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend; 2010.
- [55] Bundesrechenzentrum. Ertragsanteile für das Jahr 2009. Wien: Bundesrechenzentrum; 2010.
- [56] Burgenländische Landesregierung. Familienförderungen des Landes Burgenland. Eisenstadt: Burgenländische Landesregierung; 2010.
- [57] Salzburger Landesregierung. E-Mail Schriftverkehr 2010.
- [58] Tiroler Landesregierung. Email Schriftverkehr. 2010.
- [59] Niederösterreichische Landesregierung. E-Mail Schriftverkehr 2010.
- [60] Steiermärkische Landesregierung. E-Mail Schriftverkehr 2010.
- [61] Vorarlberger Landesregierung. E-Mail Schriftverkehr 2010.
- [62] Steiermärkische Landesregierung. Datenauswertung zu Familienförderung in der Steiermark. Graz: Landesregierung Steiermark; 2010.
- [63] Stadt Wien - Geschäftsgruppe Bildung Jugend Information und Sport. Datenauswertung zu familienfördernden Maßnahmen Wien. Wien: Geschäftsgruppe Bildung, Jugend, Information und Sport; 2010.
- [64] Bundesministerium für Unterricht Jugend und Familie. Mutter-Kind-Pass. Erfahrungen und Entwicklungen. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Jugend und Familie; 1988.
- [65] Wimmer-Puchinger B, Baldaszi E. Mutter-Kind-Pass-Untersuchung. Bestandsaufnahme und Entwicklung von Optimierungsansätzen hinsichtlich Inanspruchnahme und Motivation. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung; 2001.

- [66] Köck C, Kytir J, Münz R. Risiko "Säuglingstod". Plädoyer für eine gesundheitspolitische Reform. Wien: Franz Deuticke 1988.
- [67] Höflechner S. Der Mutter-Kind-Pass im internationalen Vergleich. Ein Beitrag zur gesundheitspolitischen Diskussion. Graz: Geisteswissenschaftliche Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz; 1995.
- [68] Prenet. Mutter-Kind-Pass: Verpflichtung oder Angebot? o.A. [cited 20. Oktober 2010]; Available from:
http://www.nanaya.at/upload/file/BeilageMUKI_10-1.pdf
- [69] Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend. Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen als Voraussetzung für die Weitergewährung von Kinderbetreuungsgeld. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend; 2010.
- [70] Hummel R, Toth A. Mutter-Kind-Pass. Soziale Sicherheit. 1991;10:491-6.
- [71] Mossialos E, Merkur S, Ladurner J, Gerger M, Panea R. Antenatal Care in Austria and Selected Countries: Report for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. Wien: Österreichischer Hauptverband der Sozialversicherungsträger; 2009.
- [72] Conclusio. Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Eine empirische Studie zu psychologischen, soziologischen und ökonomischen Determinanten der Inanspruchnahme in der Steiermark. Graz: Conclusio; 1999.
- [73] MA 24 - Gesundheits- und Sozialplanung. Wiener Sozialbericht 2010. Wien: MA 24 Gesundheits- und Sozialplanung; 2010.
- [74] Röhring G, Czypionka T, Riedel M. Gesundheitsausgaben und -indikatoren im Kindesalter. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2010;4:338-47.