

Bericht des Rechnungshofes

Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	452
Abkürzungsverzeichnis	453

BMG

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation

Kurzfassung	456
Prüfungsablauf und -gegenstand	461
Allgemeines/Rechtliche Grundlagen	462
Organisation	463
Aufgabenwahrnehmung	469
Qualitätssicherung	477
Gebärung	485
Internes Kontrollsystem	493
Schlussempfehlungen	495

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Organisatorische Zuordnung und Ressourceneinsatz der Geschäftsbereiche _____	464
Tabelle 2:	Zeitaufwand und Entgelte der GÖG für die Führung des IVF-Registers _____	466
Tabelle 3:	Zeitaufwand und Entgelte der BHAG für die Fondsbuchhaltung _____	467
Abbildung 1:	IVF-Register _____	468
Tabelle 4:	Tarife für IVF-Vertragskrankenanstalten _____	470
Abbildung 2:	Fondsgestützte Behandlungsfälle (IVF-Versuche) 2001 bis 2013 _____	471
Tabelle 5:	Patientenstromanalyse 2013 _____	473
Tabelle 6:	Qualitätsvorgaben in den Verträgen _____	478
Tabelle 7:	Anzahl transferierter Embryonen _____	481
Tabelle 8:	Schwangerschaften je Follikelpunktion _____	481
Tabelle 9:	Entwicklung Baby-Take-Home-Rate (Geburten je Follikelpunktion) _____	482
Abbildung 3:	Finanzierungsstruktur der fondsgestützten IVF-Behandlungen _____	486
Tabelle 11:	Behandlungskosten und Fallkosten 2009 bis 2013 ____	487
Tabelle 10:	Aufbringung der Fondsmittel im Jahr 2013 _____	487
Tabelle 12:	Vergleich der Behandlungskosten laut IVF-Register und Jahresabschlüssen _____	489

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Abt.	Abteilung
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BHAG	Buchhaltungsagentur des Bundes
BMFJ	Bundesministerium für Familie und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
ELAK	Elektronischer Akt
etc.	et cetera
EUR	Euro
FLAF	Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen
FMedG	Fortpflanzungsmedizingesetz
Fonds	In-vitro-Fertilisationsfonds
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IKS	Internes Kontrollsystem
IVF	In-vitro-Fertilisation
LKH	Landeskrankenhaus
Nr.	Nummer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem, und andere(s)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation

Der beim BMG eingerichtete Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF) leistete anspruchsberechtigten Paaren finanzielle Unterstützung, wenn zur Erfüllung ihres Kinderwunsches Maßnahmen der In-vitro-Fertilisation erforderlich waren.

Die Aufgabenwahrnehmung des Fonds beruhte auf einer zweckmäßigen Organisation und guten Zusammenarbeit seiner Geschäftsbereiche, wobei das IVF-Register als wesentliches Instrument der Fondsverwaltung effiziente Verwaltungsabläufe unterstützte und eine geeignete Grundlage für die vom Fonds getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen war.

Der Fonds hatte auf eine ausreichende Versorgung Bedacht zu nehmen, verfügte jedoch über keine objektiven Kriterien zur Bemessung der dafür in den Vertragskrankenanstalten vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten.

Das BMG konnte das gesetzlich vorgesehene umfassende Konzept für die Qualitätssicherung auf dem Gebiet der In-vitro-Fertilisation auch 14 Jahre nach Einrichtung des Fonds noch nicht vorlegen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der Organisation, der Aufgabenerfüllung, der Gebarung und des Internen Kontrollsystems (IKS) des Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (Fonds) sowie der von ihm gesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen. (TZ 1)

Der Fonds wurde aufgrund einer Stichprobe nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Dieses Verfahren bezieht auch Rechtsträger ein, die nach dem ansonsten risikoorientierten Auswahlverfahren (z.B. wegen ihres geringen Gebarungsumfangs) nicht überprüft würden. Der RH wendet dieses Verfahren an, um seine präventive und beratende Wirkung zu verstärken. (TZ 1)

Allgemeines/Rechtliche Grundlagen

Während das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) die Zulässigkeit der medizinisch unterstützten Fortpflanzung regelte, legte das In-vitro-Fertilisationsfondsgesetz (IVF-Fonds-Gesetz) fest, unter welchen Voraussetzungen sich die öffentliche Hand an den Kosten der In-vitro-Fertilisation (IVF) beteiligte. (TZ 2)

Organisation

Die in der Geschäftsordnung des Fonds vorgesehene Bestellung eines Stellvertreters des Fondsvorsitzenden war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht erfolgt. (TZ 3)

Der Fonds umfasste vier Geschäftsbereiche, nämlich den gesundheitsrechtlichen, den medizinisch-fachlichen, den finanziellen und den familienpolitischen Bereich. Die Fondsorganisation entsprach den Vorgaben der Geschäftsordnung des Fonds. (TZ 4)

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) schloss gemäß IVF-Fonds-Gesetz für den Fonds die Verträge mit den Trägern der Krankenanstalten, die In-vitro-Fertilisationen durchführten. (TZ 5)

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) führte das IVF-Register im Auftrag des Fonds und erhielt dafür ein Entgelt von durchschnittlich 106.000 EUR pro Jahr. Ihre Leistungen wurden seit dem 1. Jänner 2012 aufgrund einer Leistungsanweisung des Fonds an

die GÖG erbracht und vom Fonds abgegolten. Dies war im Interesse der Kostenwahrheit angemessen. Die Abrechnungen der GÖG waren nachvollziehbar. (TZ 6)

Die Buchhaltungsagentur (BHAG) führte seit dem 1. Jänner 2005 die Buchhaltung für den Fonds. Der Fonds trug die Kosten seit dem 1. Jänner 2012. Er überprüfte die von der BHAG erbrachten Leistungen und nahm den auffallend höheren Ressourceneinsatz im Jahr 2009 zum Anlass, auf eine vereinbarungskonforme Leistungserbringung hinzuwirken. Die rechnerische Prüfung der Belege im Rahmen des Zahlungsvollzugs gehörte nicht zu den vereinbarten Pflichten der BHAG; die rechnerische Richtigkeit prüfte der Fonds selbst. (TZ 7)

Aufgabenwahrnehmung

Die vom Hauptverband für den Fonds abgeschlossenen Verträge begründeten die Berechtigung der Krankenanstalten zur Durchführung der IVF unter Kostentragung des Fonds. (TZ 9)

Der Text der vom Fonds mit den Trägern von Krankenanstalten abgeschlossenen Verträge wiederholte über weite Strecken Bestimmungen des IVF-Fonds-Gesetzes im Wortlaut; dies machte bei Gesetzesänderungen eine Neufassung der Verträge erforderlich. Die Begründung für die unterschiedlichen Tarife für öffentliche und private Vertragskrankenanstalten war nicht nachvollziehbar. (TZ 10)

Der Fonds verfügte über keine objektiven Kriterien zur Bemessung der optimal vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten in den Vertragskrankenanstalten und damit auch über keine Entscheidungsgrundlagen hinsichtlich des Abschlusses zusätzlicher Verträge. Es gab keine Hinweise auf Versorgungslücken. Eine Mindestfallzahl pro Vertragskrankenanstalt ist zur Wahrung der Behandlungsqualität von Bedeutung. Es war daher unerlässlich, die Frage des Abschlusses zusätzlicher Verträge einer möglichst objektiven Bewertung zu unterziehen. (TZ 11)

Der Anspruch auf Übernahme von 70 % der IVF-Behandlungskosten durch den Fonds bestand im Wesentlichen bei Unfruchtbarkeit der Frau oder des Mannes, sofern die Patienten bei Beginn des Versuchs das 40. (Frau) bzw. 50. (Mann) Lebensjahr nicht vollendet hatten. Die Vertragskrankenanstalten überprüften die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen vor Behandlungsbeginn und schlossen mit dem Paar einen schriftlichen Behandlungsvertrag. Das Regis-

Kurzfassung

ter führte bei der Anmeldung eine Plausibilitätsprüfung anhand der Sozialversicherungsnummern durch und meldete gegebenenfalls das Überschreiten der Altersgrenzen oder die Ausschöpfung der dem Paar zustehenden Versuche. (TZ 12, 13)

Bei Leistungszuständigkeit eines privaten Versicherungsträgers erfolgte die Zahlung an die Vertragskrankenanstalt erst nach Eingang der Zahlung des Versicherungsträgers. Diese Vorgangsweise führte zu einer Überschreitung der vertraglich vereinbarten Zahlungsfrist. (TZ 14)

Die vereinbarten Tarife waren seit März 2012 Pauschaltarife und deckten insbesondere auch alle im Rahmen eines IVF-Versuchs erforderlichen Medizinprodukte und Arzneimittel ab. Die Umstellung der Leistungsabgeltung auf pauschale Tarife, mit denen auch sämtliche verordneten oder verabreichten Arzneimittel abgegolten wurden, war für den Fonds zumindest kostenneutral. Der Wegfall der gesonderten Abrechnung der Arzneimittelrezepte führte einerseits zu einer Reduzierung des Verwaltungsaufwands des Fonds und stellte andererseits einen zusätzlichen Anreiz für die Vertragskrankenanstalten dar, ökonomische Grundsätze bei der Arzneimittelverordnung bzw. -verabreichung zu beachten. (TZ 15, 24)

Qualitätssicherung

Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung führte weltweit zu einer Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften. Die damit verbundene Erhöhung des Fehl- und Frühgeburtenrisikos verursachte steigende Kosten im Gesundheitswesen. (TZ 16)

Die vertraglich vereinbarten Qualitätskriterien waren unsystematisch in den Vertragstext integriert. Positiv war, dass der Fonds die Vertragskrankenanstalten seit dem Jahr 2012 vertraglich zur Einhaltung der Empfehlungen der einschlägigen Fachgesellschaften hinsichtlich der Anzahl maximal zu transferierender Embryonen verpflichtete, um die Qualität der fondsfinanzierten IVF-Behandlungen weiter zu erhöhen und Risiken für werdende Mütter und ungeborene Kinder zu reduzieren. (TZ 17)

Die Vertragskrankenanstalten waren zur Dokumentation aller IVF-Versuche im IVF-Register verpflichtet. Die vollständige Dokumentation der IVF-Versuche im IVF-Register umfasste auch Informationen über den Verlauf und das Ende der Schwangerschaft. Die

Geburtsmeldequote im IVF-Register lag im Jahr 2013 bei fünf der insgesamt 27 Vertragskrankenanstalten unter 90 %. (TZ 18, 19)

Bei Unterbleiben der gesetzlich vorgesehenen Geburtsmeldung durch die Patienten hatte der Fonds die anteilmäßig bezahlten Kosten von den Patienten zurückzufordern; eine Rückforderung von Leistungen erfolgte bis dato nicht. Die flankierenden Maßnahmen des Fonds bei der Einführung der gesetzlichen Meldepflicht der Patienten sowie die vertragliche Verpflichtung der Krankenanstalten zur Meldung nicht vollständig dokumentierter Behandlungsfälle trugen zu einer Erhöhung der Geburtsmeldequote im IVF-Register bei. (TZ 19)

Die GÖG erstellte für den internen Gebrauch einmal jährlich eine Datenauswertung aus dem IVF-Register, die der Planung von Qualitätssicherungsmaßnahmen diene. Die wesentlichen Erfolgsindikatoren wiesen gemäß den Datenauswertungen der GÖG insgesamt einen positiven Trend auf. Die vergleichende Darstellung der einzelnen Vertragskrankenanstalten war eine geeignete Grundlage für die vom Fonds gesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen. (TZ 20)

Der Fonds überprüfte die Einhaltung der vertraglich vereinbarten Mindestfallzahlen und Erfolgsraten durch die Vertragskrankenanstalten vor Ort. In einem aktuellen Fall stellte der Fonds die Vertragskündigung per Ende 2014 in Aussicht, sollten die in Folge einer im Jänner 2014 durchgeführten Einschau vereinbarten Maßnahmen nicht zu einer deutlichen Ergebnisverbesserung führen. Im Jahr 2013 wurden in dieser Krankenanstalt lediglich 19 IVF-Versuche bei einer Schwangerschaftsrate von 11,76 % je Follikelpunktion – bei einem Durchschnittswert aller Vertragskrankenanstalten von 31,7 % – durchgeführt. (TZ 21)

Das im IVF-Fonds-Gesetz vorgesehene Konzept zur umfassenden Qualitätssicherung auf dem Gebiet der IVF fehlte 14 Jahre nach der Einrichtung des Fonds noch immer. Der Fonds konnte die verbindliche Beachtung eines Qualitätsstandards nur für jene IVF-Behandlungen festlegen bzw. vereinbaren, die in Vertragskrankenanstalten unter seiner Kostentragung durchgeführt wurden. Die Qualitätssicherung war auch im nicht fondsfinanzierten Bereich von Bedeutung; der Fonds sollte diesbezüglich eine Vorreiterrolle einnehmen. (TZ 22)

Gebärung

Die Mittel des Fonds wurden zu 50 % durch den Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen (FLAF) und zu 50 % durch die Krankenversicherungsträger im Wege des Hauptverbands, die Krankenfürsorgeeinrichtungen und private Versicherungsunternehmen aufgebracht. (TZ 23)

Die IVF-Behandlungen in den Vertragskrankenanstalten machten im Jahr 2013 rd. 99,2 % der Aufwendungen des Fonds aus. (TZ 24)

Der Fonds hatte entgegen den gesetzlichen Vorgaben seit seinem Bestehen keine Voranschläge erstellt. (TZ 26)

Die in den Jahresabschlüssen des Fonds dargestellten Aufwendungen stimmten mit den Daten aus dem IVF-Register nicht überein. Der Fonds hatte die Abweichung von rd. 8,6 % im Jahr 2010 nicht zum Anlass genommen, die Ursachen für die Differenzen aufzuklären. Die Entgelte für die von der GÖG und der BHAG bezogenen Verwaltungsleistungen wurden in den Jahresabschlüssen nicht transparent ausgewiesen. (TZ 27)

Der Fonds hatte entgegen den gesetzlichen Vorgaben keine Geschäftsberichte erstellt. Ebenso wenig hatte er die in seiner Geschäftsordnung vorgesehenen Ausgabenstatistiken in Angriff genommen. (TZ 28, 29)

Internes Kontrollsystem

Der finanzielle Geschäftsbereich des Fonds führte die Verrechnung der von den Vertragskrankenanstalten erbrachten Leistungen unter Wahrung des Prinzips der Funktionstrennung durch. Die Verwendung des IVF-Registers mit den darin enthaltenen Prüfroutinen stellte sicher, dass nur vollständig dokumentierte Behandlungsfälle zur Abrechnung gelangten. (TZ 30)

Die GÖG kam ihrem gesetzlichen Auftrag zur nachvollziehbaren Dokumentation der Zugriffsberechtigungen auf das IVF-Register nach, konnte jedoch die Aktualität des Berechtigtenkreises nicht immer sicherstellen. (TZ 31)

Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation

Kenndaten zum Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation						
Rechtsgrundlagen	Bundesgesetz, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation eingerichtet wird – IVF-Fonds-Gesetz (BGBl. I Nr. 180/1999 i.d.g.F.) Bundesgesetz, mit dem Regelungen über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung getroffen werden – Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) (BGBl. Nr. 275/1992 i.d.g.F.)					
Zweck	Finanzielle Unterstützung von Paaren, die zur Erfüllung ihres Kinderwunsches auf Maßnahmen der In-vitro-Fertilisation angewiesen sind					
	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung 2009 bis 2013
	in 1.000 EUR					in %
Fondsgebarung						
Leistungs- aufwendungen ¹	12.749	12.990	13.175	13.514	13.704	7,49
	Anzahl					
IVF-Vertrags- krankenanstalten ²	26	26	27	27	27	3,85
davon						
öffentlich	10	10	10	10	10	0,00
privat	16	16	17	17	17	6,25
Behandlungsfälle (IVF-Versuche)	6.599	6.781	7.042	7.196	7.478	13,32

¹ Behandlungs- und Arzneimittelkosten

² jeweils zum Stichtag 1. Jänner

Quellen: Jahresberichte des IVF-Registers, BMG

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 Der RH überprüfte von April bis Mai 2014 die Gebarung des beim BMG eingerichteten Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (in der Folge kurz: **Fonds**).

Der Fonds wurde aufgrund einer Stichprobe nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Dieses Verfahren bezieht auch Rechtsträger ein, die nach dem ansonsten risikoorientierten Auswahlverfahren (z.B. wegen ihres geringen Gebarungsumfangs) nicht überprüft würden. Der RH wendet dieses Verfahren an, um seine präventive und beratende Wirkung zu verstärken.

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung der Organisation, der Aufgabenerfüllung, der Gebarung und des Internen Kontrollsystems des Fonds sowie der von ihm gesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2009 bis 2013.

Zu dem im Dezember 2014 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das BMG im Dezember 2014 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenüberung im Jänner 2015.

Allgemeines/Rechtliche Grundlagen

- 2 Unfruchtbarkeit ist laut Studien ein insbesondere in den Industrieländern zunehmendes Problem.¹ In Österreich werden Paare, die zur Erfüllung ihres Kinderwunsches auf Maßnahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung² angewiesen sind, seit dem Jahr 2000 finanziell unterstützt.

Während das Fortpflanzungsmedizingesetz³ (FMedG) die Zulässigkeit der medizinisch unterstützten Fortpflanzung sowie die Befugnis zu deren Durchführung regelte⁴, legte das In-vitro-Fertilisationsfondsgesetz⁵ (IVF-Fonds-Gesetz) fest, unter welchen Voraussetzungen sich die

¹ Die zunehmende Prävalenz der Unfruchtbarkeit ist neben gesundheitlichen Aspekten (Übergewicht, Rauchen, sexuell übertragbare Infektionskrankheiten) auch auf die Verschiebung der Familienplanung in spätere Lebensabschnitte zurückzuführen. Vgl. Strowitzki, T.: Gute klinische Behandlung („Good Clinical Treatment“) bei Maßnahmen der assistierten Reproduktion (ART). Übersetzung eines Positionspapiers der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology); Gynäkologische Endokrinologie 1/2009, S. 39 bis 44

² Unter medizinisch unterstützter Fortpflanzung wird die Herbeiführung einer Schwangerschaft auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr verstanden. Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung sind insbesondere das Einbringen von Samen in die Geschlechtsorgane einer Frau (Insemination) sowie die Vereinigung von Eizellen mit Samenzellen außerhalb des Körpers einer Frau und das anschließende Einbringen der befruchteten Eizellen (Embryo) in die Gebärmutter oder den Eileiter der Frau (In-vitro-Fertilisation (IVF)).

³ Bundesgesetz, mit dem Regelungen über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung getroffen werden; BGBl. Nr. 275/1992 i.d.g.F.

⁴ Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft von Personen verschiedenen Geschlechts zulässig und durfte nur in einer dafür zugelassenen Krankenanstalt durchgeführt werden. Die erste Bestimmung wurde allerdings vom VfGH wegen Gleichheitswidrigkeit aufgehoben. Mit dem im Jänner 2015 vom Nationalrat beschlossenen Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 stehen die Möglichkeiten medizinisch unterstützter Fortpflanzung – dem Erkenntnis des VfGH folgend – auch miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebenden Frauen offen.

⁵ Bundesgesetz, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der IVF eingerichtet wird; BGBl. Nr. 180/1999 i.d.g.F.

öffentliche Hand an den Kosten der In-vitro-Fertilisation⁶ (IVF) beteiligte.

Der Fonds trug bei Vorliegen der gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen 70 % der Kosten für Maßnahmen der IVF, sofern diese in Vertragskrankenanstalten des Fonds⁷ durchgeführt wurde. Der verbleibende Kostenanteil im Ausmaß von 30 % war vom Patientenpaar zu tragen. Die Mittel des Fonds wurden im Wesentlichen je zur Hälfte vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen (FLAF) und von den Krankenversicherungsträgern aufgebracht (siehe dazu TZ 23).

Organisation

Fondsvorsitz

- 3.1** Der Fonds hatte Rechtspersönlichkeit und war gemäß § 2 Abs. 1 IVF-Fonds-Gesetz beim BMG eingerichtet. Er wurde vom Bundesminister für Gesundheit im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Familie und Jugend vertreten. Laut Geschäftsordnung hatte die Bundesministerin für Gesundheit oder ein von dieser zu bestimmender Bediensteter des BMG den Vorsitz zu führen. Im Jahr 2008 wurde der Leiter der Sektion I des BMG zum Fondsvorsitzenden bestellt, die gemäß Geschäftsordnung ebenfalls vorgesehene Bestellung eines Stellvertreters durch den Fondsvorsitzenden war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH noch nicht erfolgt.
- 3.2** Der RH bemängelte, dass für den Fondsvorsitzenden entgegen der Vorgabe in der Geschäftsordnung des Fonds bis dato kein Stellvertreter bestellt worden war und empfahl dem Fonds, dies ehestens nachzuholen.
- 3.3** *Laut Stellungnahme des BMG sei die Leiterin der für die rechtlichen Fragen des Fonds einschließlich des Büros des Fonds zuständigen Abteilung im November 2014 als stellvertretende Fondsvorsitzende bestellt worden.*

⁶ Methode der medizinisch unterstützten Fortpflanzung, bei der die Vereinigung von Eizellen und Samenzellen außerhalb des Körpers der Frau („im Glas“) erfolgt. Dabei wird insbesondere zwischen „klassischer“ IVF (spontane Befruchtung) und intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI; Injektion eines einzelnen Spermiums in die vorbereitete Eizelle) unterschieden.

⁷ Die Vertragskrankenanstalten des Fonds werden auch als (IVF-)Zentren (z.B. in der Geschäftsordnung des Fonds oder in den Verträgen) bezeichnet.

Organisation

Geschäftsbereiche

4.1 (1) Der Fonds umfasste vier Geschäftsbereiche, nämlich den gesundheitsrechtlichen, den medizinisch-fachlichen, den finanziellen und den familienpolitischen Bereich.

Der gesundheitsrechtliche Bereich war insbesondere für die Beurteilung und Beantwortung aller Rechtsfragen, für die Abwicklung von Vertragsabschlüssen in Kooperation mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**) sowie für die Führung des Büros des Fonds einschließlich der Koordination der Geschäftsbereiche, der Unterstützung des Fondsvorsitzenden sowie der Organisation der Fondssitzungen zuständig.

Aufgabe des medizinisch-fachlichen Bereichs war die Beurteilung aller medizinischen Fragen, beispielsweise bei der Prüfung des Anspruchs gegenüber dem Fonds oder im Rahmen der Überprüfung der Vertragskrankenanstalten vor Ort.

Der finanzielle Bereich umfasste vor allem die Leistungsverrechnung mit den Vertragskrankenanstalten, die Verwaltung des Fondsbudgets sowie die Schaffung einer langfristigen Statistik zur Evaluierung der Kostenbelastung des Fonds.

Der familienpolitische Bereich war für alle familienpolitischen Angelegenheiten und für Fragen des FLAF zuständig.

(2) Die organisatorische Zuordnung der Geschäftsbereiche und die eingesetzten Personalressourcen sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 1: Organisatorische Zuordnung und Ressourceneinsatz der Geschäftsbereiche		
Geschäftsbereich	Organisatorische Zuordnung	Ressourceneinsatz in VBÄ¹
gesundheitsrechtlich	BMG Abt. II/A/2 (Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe)	0,25
medizinisch-fachlich	BMG Abt. III/8 (Kinder-, Jugend- und Gendergesundheit, Ernährung)	0,40
finanziell	BMG Abt. I/3 (Förderwesen, Gebarung IVF-Fonds)	2,50
familienpolitisch	BMFJ Abt. 6 ² (Familienrechtspolitik und Kinderrechte)	gering

¹ VBÄ = Vollbeschäftigungsäquivalent

² Bis Anfang 2014 war die Abteilung 1 (Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen) für Angelegenheiten des IVF-Fonds zuständig.

Quellen: Geschäftsordnung des Fonds, Geschäftseinteilung des BMG und des BMFJ, Schätzungen des BMG und des BMFJ

(3) Die Geschäftsstücke des Fonds wurden vom jeweils zuständigen Geschäftsbereich bearbeitet und die Erledigungen allen operativ tätigen Bereichen zur Kenntnis gebracht bzw. diese bei bereichsübergreifenden Erledigungen mitbefasst. Fondssitzungen wurden regelmäßig und nach Maßgabe aktueller Erfordernisse abgehalten und dokumentiert.

(4) Die Aufgaben des familienpolitischen Geschäftsbereichs wurden von der für Angelegenheiten der IVF zuständigen Fachabteilung des BMFJ wahrgenommen. Diese war nach eigenen Angaben nicht in das operative Geschäft eingebunden und vertrat die familienpolitischen Interessen im Zuge der regelmäßigen Teilnahme an den Fondssitzungen. Die dafür eingesetzten Personalressourcen waren laut BMFJ gering.⁸

4.2 Der RH stellte fest, dass die Einrichtung der vier Geschäftsbereiche den Vorgaben der Geschäftsordnung des Fonds entsprach.

Hauptverband

5 Der Hauptverband schloss gemäß IVF-Fonds-Gesetz für den Fonds die Verträge mit den Trägern der Krankenanstalten, die IVF durchführten.⁹ Für diese Aufgabe – insbesondere administrative Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Vertragsunterfertigung – sowie für die Berechnung des Schlüssels für die Verteilung der von ihm aufzubringenden Fondsmittel auf die einzelnen Krankenversicherungsträger setzte der Hauptverband nach eigenen Angaben Personalressourcen in geringem Ausmaß ein. Der Hauptverband war regelmäßig in den Fondssitzungen vertreten.¹⁰

Gesundheit Österreich GmbH

6.1 Gemäß § 7 IVF-Fonds-Gesetz führte die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Fonds das IVF-Register. Die Leistungen wurden seit 1. Jänner 2012 aufgrund einer Leistungsanweisung des Fonds an die GÖG erbracht und vom Fonds abgegolten. Vor dem Inkrafttreten der Leistungsanweisung hatte die GÖG die Führung des IVF-Registers im Rahmen des mit dem BMG vereinbarten Arbeitsprogramms besorgt. In dieser Zeit waren ihre Leistungen durch die Basiszuwendung des BMG abgegolten und dem Fonds nicht gesondert verrechnet worden.

⁸ Anlässlich der Verhandlungen zu der im März 2012 in Kraft getretenen neuen Regelung der Leistungsverrechnung (pauschalierte Abrechnung) fiel nach Angaben des BMFJ in der Budget- und in der Fachabteilung ein Arbeitsaufwand von insgesamt rd. fünf Arbeitstagen an. Danach beschränkte sich die Tätigkeit des BMFJ im Wesentlichen auf die Teilnahme an den Fondssitzungen.

⁹ Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren dies insgesamt 27 Vertragskrankenanstalten.

¹⁰ Der Hauptverband war an den Vertragsverhandlungen, insbesondere nach dem Inkrafttreten des IVF-Fonds-Gesetzes, beteiligt und nahm zuletzt eine beratende Rolle ein.

Organisation

Die Leistungen der GÖG umfassten die medizinische Dokumentation, die Wartung des Datenmaterials, die Benutzer- und Systemverwaltung und den Support sowie die Erstellung jährlicher Datenauswertungen, die als Grundlage für Qualitätssicherungsmaßnahmen dienten. Die GÖG erstellte auf Anforderung des Fonds auch ad hoc-Auswertungen und entwickelte das elektronische Abrechnungssystem in Kooperation mit dem Fonds kontinuierlich weiter. Die GÖG legte dem Fonds die vereinbarten Aufwandsschätzungen und Schlussabrechnungen termingerecht und vollständig vor.¹¹

Die folgende Tabelle stellt den bei der GÖG für die Führung des IVF-Registers angefallenen Aufwand in den Jahren 2009 bis 2013 dar:

Tabelle 2: Zeitaufwand und Entgelte der GÖG für die Führung des IVF-Registers						
Jahr	2009	2010	2011	2012	2013	2009 bis 2013
	Anzahl					
Stunden	739,00	712,32	681,88	722,50	707,52	3.563,22
	in EUR					
Stundensatz	76,08	77,95	82,80	83,50	85,50	–
Personalaufwand	56.223,12	55.525,34	56.459,66	60.328,75	60.492,96	289.029,84
Sachaufwand	87.228,00	10.424,00	29.548,20	78.981,96	33.120,00	239.302,16
Gesamt	143.451,12	65.949,34	86.007,86	139.310,71	93.612,96	528.332,00

Quelle: GÖG

Insgesamt fielen im überprüften Zeitraum Personalaufwendungen von rd. 289.000 EUR (durchschnittlich rd. 58.000 EUR pro Jahr) und Sachaufwendungen von rd. 239.000 EUR (durchschnittlich rd. 48.000 EUR pro Jahr) an. Im Jahr 2009 wurden wesentliche Komponenten der für die Registerführung eingesetzten Software neu programmiert¹², im Jahr 2012 erfolgte im Zuge der Umstellung des Serverbetriebs vom Standort GÖG zum Standort BMG sowie der Umstellung der Leistungsverrechnung auf Pauschaltarife eine neuerliche Softwareanpassung.

- 6.2** Der RH hielt fest, dass der für die Führung des IVF-Registers bei der GÖG anfallende Aufwand von jährlich durchschnittlich 106.000 EUR seit dem Jahr 2012 vom Fonds getragen wurde. Er erachtete dies im Interesse der Kostenwahrheit als angemessen. Die Abrechnungen der GÖG waren nachvollziehbar.

¹¹ Die GÖG hatte dem Fonds bis 30. November jeden Jahres eine Aufwandsschätzung für das jeweils folgende Kalenderjahr sowie bis zum 31. Jänner des jeweiligen Folgejahres eine Schlussabrechnung samt Originalbelegen zu übermitteln.

¹² Erfüllung der Anforderungen an Datensicherheit und Datenschutz; Verwendung neuer Technologien; Bereinigung gewachsener Strukturen; Prozessoptimierung

Buchhaltungsagentur

7.1 (1) Die Buchhaltungsagentur (BHAG) führte aufgrund einer Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 Buchhaltungsagenturgesetz¹³ seit dem 1. Jänner 2005 die Buchhaltung für den Fonds. Vereinbarungspartner der BHAG war bis 2011 das BMG und seit 1. Jänner 2012 der Fonds, der ab diesem Zeitpunkt die Kosten trug.

Der Fonds übermittelte der BHAG die zu buchenden Belege einschließlich der durch die Leiterin der Abt. I/3 des BMG unterfertigten Zahlungsaufträge. Zu den Aufgaben der BHAG zählten das Vorerfassen und die Buchung der Verrechnungsdaten, die Abwicklung des Zahlungsverkehrs, die ordnungsgemäße Ablage der Belege, die Überwachung der Einhaltung der Kontostände sowie die Erstellung der Jahresabschlussrechnungen. Die rechnerische Prüfung der Belege im Rahmen des Zahlungsvollzugs war ausdrücklich vom vereinbarten Leistungsumfang ausgenommen, weil diese vom Fonds selbst vorgenommen wurde (siehe TZ 30).

(2) Die BHAG verrechnete ihre Leistungen auf Basis des von ihr dokumentierten, für die Leistungserbringung notwendigen Zeitaufwands. Die vom Fonds für die Leistungen der BHAG entrichteten Entgelte sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 3: Zeitaufwand und Entgelte der BHAG für die Fondsbuchhaltung								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007 bis 2013
	Anzahl							
Stunden	170,25	148,00	235,00	148,50	170,69	145,66	164,12	1.182,22
	in EUR							
Stundensatz	55,48	58,73	55,20	55,20	56,47 ¹	65,17	66,43 ¹	
Leistungs- entgelt	9.445,47	8.692,04	12.972,00	8.197,20	9.638,94	9.492,66	10.902,33	69.340,64

¹ aufgrund unterjähriger Änderungen Angabe des durchschnittlichen Stundensatzes

Quelle: BMG

Anlässlich der im Jahr 2009 im Vergleich zu den Vorjahren auffallend höheren Zahl der verrechneten Stunden diskutierte der Fonds mit der BHAG das erforderliche Ausmaß ihrer Prüftätigkeit und lud die Sachbearbeiter der BHAG ein, sich vor Ort Kenntnis über den Verrechnungsprozess zu verschaffen. Das BMG akzeptierte die Abrechnung für das Jahr 2009, weil auch die Zahl der von der BHAG durchgeführten Transaktionen in diesem Jahr mit 1.118 signifikant höher war als in den Vorjahren (2007: 784; 2008: 736). In den Folgejahren

¹³ BGBl. I Nr. 37/2004 i.d.g.F.

Organisation

konnte die Bearbeitungsdauer reduziert werden und der Ressourceneinsatz orientierte sich wieder am Niveau der Vorjahre.

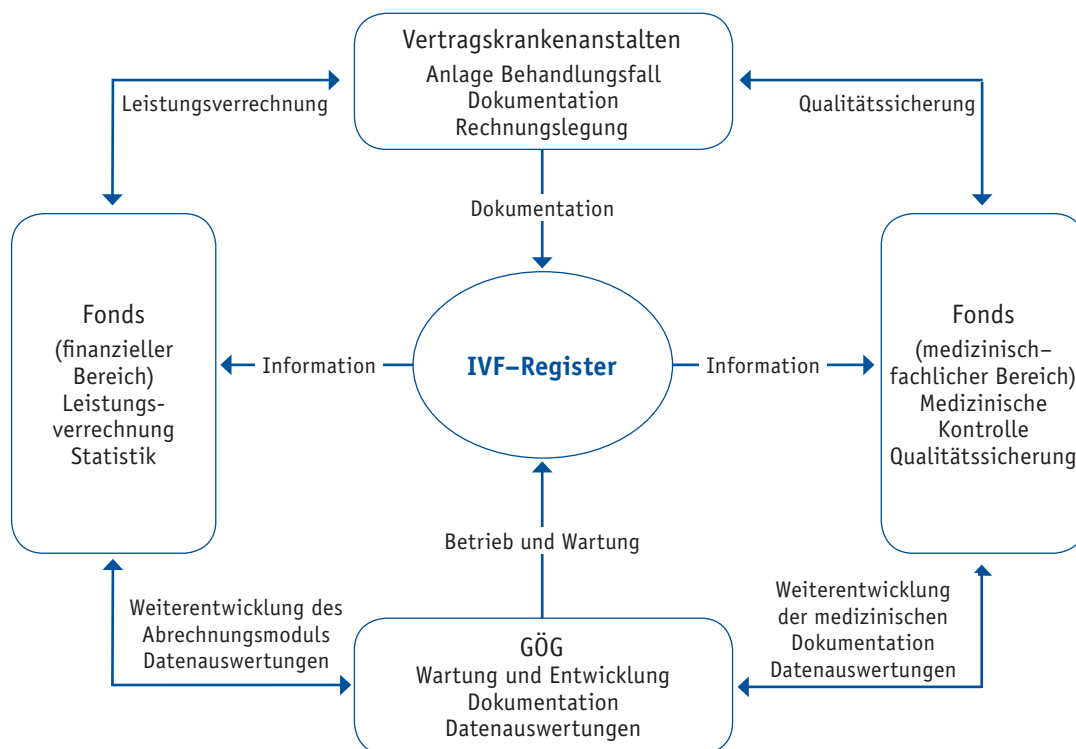
7.2 (1) Der RH erachtete die Beauftragung der BHAG mit der Durchführung der Buchhaltung des Fonds als zweckmäßig. Er hielt fest, dass die rechnerische Prüfung der Belege im Rahmen des Zahlungsvollzugs nicht zu den vereinbarten Pflichten der BHAG gehörte. Für den RH war diese Vereinbarung nachvollziehbar, weil der Fonds die rechnerische Richtigkeit selbst prüfte.

(2) Der RH vermerkte positiv, dass der Fonds die Abrechnungen der von der BHAG erbrachten Leistungen überprüfte und den auffallend höheren Ressourceneinsatz im Jahr 2009 zum Anlass nahm, auf eine vereinbarungskonforme Leistungserbringung hinzuwirken.

IVF-Register

8 Das IVF-Register als zentrale Datenbank war das wesentliche Instrument der Fondsverwaltung, wie die folgende Abbildung veranschaulicht:

Abbildung 1: IVF-Register



Quelle: RH

Die Vertragskrankenanstalten dokumentierten die Behandlungsfälle im IVF-Register und rechneten ihre Leistungen über das Register mit dem Fonds ab. Der finanzielle und der medizinisch-fachliche Geschäftsbereich des Fonds nutzten die Registerdaten zum Zweck der Leistungsverrechnung und für die Planung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die GÖG war wie erwähnt für den Betrieb des IVF-Registers verantwortlich und erstellte jährliche und anlassbezogene Datenauswertungen für den Fonds.

Aufgabenwahrnehmung

Verträge mit
Krankenanstalten

- 9 Die vom Hauptverband für den Fonds abgeschlossenen Verträge begründeten die Berechtigung der Krankenanstalten zur Durchführung der IVF unter Kostentragung des Fonds. Sie bedurften zu ihrer Rechtsgültigkeit der Zustimmung des Fonds.

Die mit dem Abschluss von Verträgen verbundenen Aufgaben nahm hauptsächlich der gesundheitsrechtliche Geschäftsbereich des Fonds – mit Unterstützung durch die anderen Geschäftsbereiche – wahr. Sie umfassten u.a. die Korrespondenz mit Krankenanstaltenträgern im Vorfeld der Antragstellung auf Vertragsabschluss sowie die Überprüfung der gesetzlichen Erfordernisse.¹⁴ Vertragsabschlüsse wurden gemeinsam mit den Financiers (insbesondere dem FLAF und dem Hauptverband) in den Fondssitzungen beschlossen und der Hauptverband mit der Durchführung beauftragt.

- 10.1 Die aktuellen Verträge waren im März 2012 in Kraft getreten. Der Vertragstext deckte die gesetzlichen Mindestinhalte ab (Leistungsumfang und Honorierung; Dokumentation; Rechte und Pflichten der Vertragspartner; Maßnahmen der Qualitätssicherung; Modalitäten der Rechnungslegung; Modalitäten der Kündigung) und wiederholte über weite Strecken die Bestimmungen des IVF-Gesetzes im Wortlaut; dies machte bei Gesetzesänderungen eine Neufassung der Verträge erforderlich. In den Anlagen zu den Verträgen waren vor allem das Leistungsprofil und die Tarife festgelegt.¹⁵ Die Verträge hatten gemäß IVF-Fonds-Gesetz bundesweit einheitlich zu sein.

¹⁴ Gemäß § 5 Abs. 3 IVF-Fonds-Gesetz setzte der Abschluss eines Vertrags mit dem Fonds u.a. voraus, dass der Träger der Krankenanstalt eine Zulassung gemäß § 5 Abs. 2 FMedG sowie eine Bewilligung gemäß § 22 Gewebesicherheitsgesetz besaß und eine Meldung als Entnahmeeinrichtung (§ 19 Gewebesicherheitsgesetz) erstattet hatte.

¹⁵ Vertragsbestandteil waren auch die Empfehlungen der Fachgesellschaften zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen, medizinische Definitionen und Indikationen sowie Formblätter für die Leistungsabwicklung und die Erstattung von Meldungen.

Aufgabenwahrnehmung

Die Verträge unterschieden hinsichtlich einzelner Leistungstarife zwischen der Gruppe der öffentlichen und jener der privaten Krankenanstalten: Private Vertragskrankenanstalten erhielten bei bestimmten Leistungspositionen einen um rd. 2,5 % höheren Tarif (siehe die folgende Tabelle). Laut Fonds und Hauptverband wurde dadurch dem Umstand Rechnung getragen, dass die Infrastruktur der öffentlichen Vertragskrankenanstalten durch die öffentliche Hand mitfinanziert wurde.

Tabelle 4: Tarife für IVF-Vertragskrankenanstalten			
	öffentlich	privat	Differenz
	in EUR		in %
IVF-Behandlungszyklus (Alter < 35)	2.522,19	2.587,89	2,60
IVF-Behandlungszyklus (Alter 35 bis 40)	2.691,83	2.761,87	2,60
ICSI-Behandlungszyklus (Alter < 35)	2.799,51	2.865,20	2,35
ICSI-Behandlungszyklus (Alter 35 bis 40)	2.969,14	3.039,18	2,36
Verwendung kryokonservierter Embryonen	676,57	679,52	0,44
Samengewinnung mittels MESA, TESE	561,13	561,13	0,00
Vollnarkose (medizinisch notwendig)	149,64	149,64	0,00
Versuchsabbruch vor Follikelpunktion (Alter < 35)	1.230,95	1.262,17	2,54
Versuchsabbruch vor Follikelpunktion (Alter 35 bis 40)	1.400,58	1.436,15	2,54
Versuchsabbruch nach Follikelpunktion IVF (Alter < 35)	2.012,34	2.064,15	2,57
Versuchsabbruch nach Follikelpunktion IVF (Alter 35 bis 40)	2.181,97	2.238,13	2,57
Versuchsabbruch nach Follikelpunktion ICSI (Alter < 35)	2.195,59	2.248,43	2,41
Versuchsabbruch nach Follikelpunktion ICSI (Alter 35 bis 40)	2.365,22	2.422,41	2,42
Abbruch eines Kryoversuchs	329,57	337,68	2,46
Schwangerschaftszuschlag	74,81	74,81	0,00

Quelle: Anlage 2 der Verträge

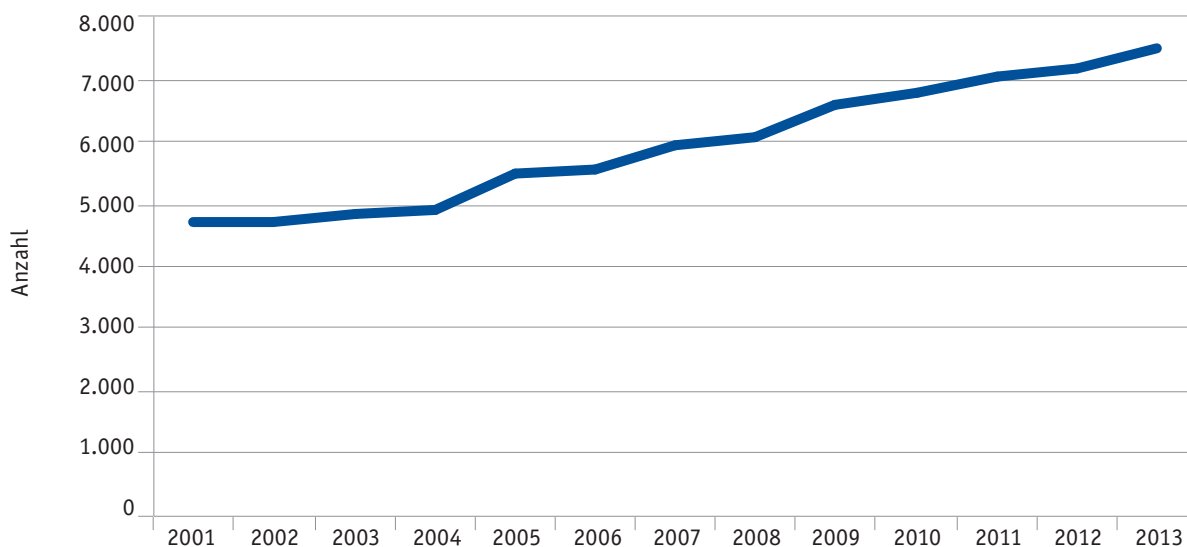
- 10.2** Der RH hielt fest, dass die Verträge den gesetzlichen Vorgaben entsprachen und die Beziehungen zwischen dem Fonds und den Leistungserbringern in zweckmäßiger Weise regelten. Die Begründung für die unterschiedlichen Tarife für öffentliche und private Vertragskrankenanstalten war für den RH nicht nachvollziehbar. Diese Differenzierung berührte die bundesweite Einheitlichkeit der ansonsten wortgleichen Verträge jedoch nicht.

Der RH hielt allerdings die Wiederholung des Gesetzestextes in den Verträgen für unzweckmäßig, weil sie bei Gesetzesänderungen eine Neufassung der Verträge erforderlich machte. Er empfahl dem Fonds, die Verträge im Sinne einer textlichen Bereinigung zu überarbeiten und auf Gesetze in der jeweils geltenden Fassung zu verweisen.

10.3 Das BMG sagte dies zu.

Versorgungssicherheit **11.1** (1) Die Anzahl der Vertragskrankenanstalten war seit dem Inkrafttreten des IVF-Fonds-Gesetzes (21 Vertragskrankenanstalten im Jahr 2000) bis zum Jahr 2007 auf 26 gestiegen. Seit dem Jahr 2010, in dem der letzte Neuvertrag abgeschlossen wurde, hatten 27 Krankenanstalten einen Vertrag mit dem Fonds (zehn öffentliche und 17 private Krankenanstalten). Die Anzahl der fondsgestützten Behandlungsfälle (sogenannte IVF-Versuche) stieg in den Jahren seit Inkrafttreten des IVF-Fonds-Gesetzes kontinuierlich an, wie die folgende Abbildung veranschaulicht:

Abbildung 2: Fondsgestützte Behandlungsfälle (IVF-Versuche) 2001 bis 2013



Quelle: GÖG-Jahresberichte

Die Anzahl der in Vertragskrankenanstalten durchgeführten fondsgestützten IVF-Versuche stieg von 4.726 im Jahr 2001 auf 7.478 im Jahr 2013.

Im Durchschnitt wurden im Jahr 2013 rd. 277 IVF-Versuche je Vertragskrankenanstalt durchgeführt, tatsächlich reichte die Bandbreite von 19 bis 1.158 Behandlungsfälle. Die als verbindliches vertragliches Qualitätskriterium vereinbarte jährliche Mindestfallzahl betrug 50. In der Vertragskrankenanstalt mit nur 19 durchgeführten IVF-Versuchen im Jahr 2013 führte der IVF-Fonds im Jänner 2014 eine Einschau vor Ort durch (siehe dazu TZ 21).

(2) Beim Abschluss der Verträge war gemäß § 5 Abs. 3 IVF-Fonds-Gesetz auf eine ausreichende Versorgung Bedacht zu nehmen.¹⁶

Der Fonds führte anlässlich des Abschlusses zusätzlicher Verträge keine gesonderte Prüfung der im Sinne des gesetzlichen Versorgungsauftrags vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten durch. Von der im Rahmen des Bewilligungsverfahrens gemäß den Krankenhausengesetzen vorgesehenen Prüfung des Bedarfs waren IVF-Vertragskrankenanstalten in Form selbstständiger Ambulatorien ausgenommen.¹⁷

Die von der GÖG jährlich durchgeführten Patientenstromanalysen zeigten, dass der Wohnort der IVF-Patienten nur eingeschränkt Rückschlüsse auf den Behandlungsort zuließ (siehe die folgende Tabelle). Hinweise auf Versorgungslücken bestanden nicht.

¹⁶ Diese Regelung wurde im Jänner 2015 vom Nationalrat mit dem Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 aufgehoben.

¹⁷ Gemäß § 3a Krankenhaus- und Kuranstaltengesetz (Grundsatzgesetz) sowie gemäß den Landes-Krankenanstaltengesetzen bedurften selbstständige Ambulatorien sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Die Bewilligung durfte nur erteilt werden, wenn – im Hinblick auf das bestehende Versorgungsangebot – eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsbereich erreicht werden konnte. Wenn das Leistungsangebot des Ambulatoriums – wie im Falle der privaten IVF-Vertragskrankenanstalten – ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen enthielt, hatte die Landesregierung von dieser Prüfung abzusehen.

Tabelle 5: Patientenstromanalyse 2013

	IVF-Patientinnen nach Wohnort	IVF-Behandlung im eigenen Bundesland	IVF-Behandlung im eigenen Bundesland
	Anzahl		in %
Burgenland	231	93	40,26
Kärnten	430	412	95,81
Niederösterreich	1.364	278	20,38
Oberösterreich	1.217	1.122	92,19
Salzburg	456	423	92,76
Steiermark	1.007	714	70,90
Tirol	784	737	94,01
Vorarlberg	364	358	98,35
Wien	1.569	1.530	97,51

Quelle: Jahresbericht der GÖG

11.2 (1) Der RH stellte fest, dass die Zahl der fondsgestützten Behandlungsfälle seit der Einrichtung des Fonds eine kontinuierliche und annähernd lineare Steigerung aufwies.

(2) Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Fonds über keine objektiven Kriterien zur Bemessung der optimal vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten in den Vertragskrankenanstalten und damit auch über keine Entscheidungsgrundlagen hinsichtlich des Abschlusses zusätzlicher Verträge verfügte. Er hielt in diesem Zusammenhang fest, dass die Beurteilung des Bedarfs an IVF-Vertragskrankenanstalten durch den Fonds auf methodische Schwierigkeiten stieß, u.a. weil der Wohnort der Patienten nur eingeschränkt auf den Behandlungsort schließen ließ.

Der RH hielt weiters fest, dass keine Hinweise auf Versorgungslücken bestanden und dass eine Mindestfallzahl pro Vertragskrankenanstalt zur Wahrung der Behandlungsqualität von Bedeutung war (siehe auch TZ 21). Er vertrat auch die Ansicht, dass der gesetzliche Auftrag, auf eine ausreichende Versorgung Bedacht zu nehmen, auch auf die Vermeidung einer Überversorgung abzielte. Für den RH war es daher unerlässlich, die Frage des Abschlusses zusätzlicher Verträge einer möglichst objektiven Bewertung zu unterziehen. Er empfahl dem Fonds, gemeinsam mit der GÖG Kriterien zur Bemessung der in den Vertragskrankenanstalten optimal vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten und damit zur Beurteilung des Bedarfs zu erarbeiten.

11.3 Laut Stellungnahme des BMG bestehe im IVF-Bereich keine angebots-induzierte Nachfrage, vielmehr sei aufgrund der sinkenden Fertilität, des Alters der Kinderwunschaare und des gesetzlichen Leistungsanspruchs bei Erfüllung der Voraussetzungen auch weiterhin von jährlich konstant ansteigenden Fallzahlen auszugehen. Überdies solle die Entscheidung über die Größe und die Behandlungskapazitäten der einzelnen IVF-Zentren weiterhin den einzelnen Krankenanstalten überlassen bleiben. Das BMG hielt fest, dass eine mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens vergleichbare Bedarfsregelung in diesem, auf eine spezielle Behandlungsmaßnahme für einen begrenzten Personenkreis ausgerichteten Bereich nicht erforderlich sei.

11.4 Der RH stellte klar, dass sich seine Empfehlung nicht auf einzelne IVF-Zentren, sondern auf die Behandlungskapazitäten aller Vertragskrankenanstalten und deren räumliche Verteilung bezog. Nach Ansicht des RH sollte der Fonds in der Lage sein, die Frage des Abschlusses zusätzlicher Verträge einer objektiven Bewertung zu unterziehen. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung an den Fonds, gemeinsam mit der GÖG Kriterien zur Bemessung der insgesamt optimal vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten und damit zur Beurteilung des Bedarfs zu erarbeiten.

Anspruchsvoraussetzungen

12 Der Anspruch auf Übernahme von 70 % der IVF-Behandlungskosten durch den Fonds bestand gemäß § 4 IVF-Fonds-Gesetz im Wesentlichen bei Unfruchtbarkeit der Frau oder des Mannes, sofern die Patienten bei Beginn des Versuchs das 40. (Frau) bzw. 50. (Mann) Lebensjahr nicht vollendet hatten.¹⁸ Überdies hatte sowohl für die Frau als auch für den Mann die Leistungszuständigkeit einer Krankenversicherung vorzuliegen.¹⁹ Der Anspruch auf Kostentragung bestand grundsätzlich für höchstens vier Versuche pro Paar.²⁰

¹⁸ Das IVF-Fonds-Gesetz konkretisiert, dass die Sterilität der Frau entweder tubaren Ursprungs, durch Endometriose oder durch polyzystisches Ovar bedingt sein muss. Darüber hinaus darf die Sterilität nicht die beabsichtigte Folge eines gewünschten Eingriffs sein.

¹⁹ Gemäß § 4 Abs. 4 Z 2 IVF-Fonds-Gesetz hatte im Krankheitsfall die Leistungszuständigkeit einer gesetzlichen Krankenversicherung, einer Krankenfürsorgeeinrichtung, einer durch Gruppenvertrag abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder eines sonstigen privaten Versicherungsunternehmens und dessen Einverständnis zur Übernahme der anteilmäßigen Kosten vorzuliegen.

²⁰ Gemäß § 4 Abs. 2 IVF-Fonds-Gesetz bestand ein Anspruch auf vier weitere Versuche, sofern ein Versuch erfolgreich (im Sinne der Herbeiführung einer Schwangerschaft) beendet wurde. Dies galt auch, wenn eine Schwangerschaft durch einen nicht fonds-finanzierten IVF-Versuch zustande kam.

13.1 Die Vertragskrankenanstalten überprüften die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen gemäß den Verträgen vor Beginn des Versuchs²¹ und schlossen mit dem Paar einen schriftlichen Behandlungsvertrag; erst danach durfte die Anmeldung des Paares sowie die Dokumentation des Behandlungsfalls im IVF-Register erfolgen. Das Register führte bei der Anmeldung eine Plausibilitätsprüfung anhand der Sozialversicherungsnummern durch und meldete gegebenenfalls das Überschreiten der Altersgrenzen oder die Ausschöpfung der dem Paar zustehenden Versuche.

13.2 Der RH beurteilte die Vorgehensweise der Vertragskrankenanstalten bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen als zweckmäßig und erachtete es als positiv, dass die Eingabe in das IVF-Register mit automatisierten Prüfroutinen verbunden war. Nach Ansicht des RH konnte durch diese Maßnahmen die gesetzeskonforme Inanspruchnahme der Fondsleistungen sichergestellt werden.

Leistungsverrechnung

14.1 Die Vertragskrankenanstalten übermittelten dem Fonds im Regelfall einmal monatlich Sammelrechnungen.²² Die Bearbeitungsdauer hing davon ab, ob die Leistungszuständigkeit eines gesetzlichen oder eines privaten Versicherungsträgers vorlag.

Bei Zuständigkeit eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers leistete der Fonds die Zahlungen innerhalb von vier Wochen nach Rechnungslegung durch die Vertragskrankenanstalten. Die Bedeckung war durch die monatlichen Akontozahlungen des FLAF und des Hauptverbands (siehe dazu TZ 23) gegeben.

Bei Zuständigkeit eines privaten Versicherungsträgers wurde dieser um Zahlung ersucht und der korrespondierende Anteil dem FLAF vierteljährlich gesondert in Rechnung gestellt. Die Zahlung an die Vertragskrankenanstalt erfolgte erst nach Eingang der Zahlung des privaten Versicherungsträgers.²³ Diese Vorgangsweise bewirkte, dass die Vertragskrankenanstalten einen zusätzlichen Anreiz hatten, das Vorliegen aller Anspruchsvoraussetzungen – einschließlich der Kostenübernahmeerklärung privater Versicherungsträger – bereits bei Behandlungs-

²¹ z.B.: Vorlage der medizinischen Befunde (sterilitätsbezogene Anamnese), Prüfung des Vorliegens der Leistungszuständigkeit einer Krankenversicherung (mittels e-card-Lesegerät oder durch Vorlage der Versicherungspolizze sowie der Kostenübernahmeerklärung einer privaten Versicherung) etc.

²² Die Sammelrechnungen waren gemäß den Verträgen (nicht öfter als) einmal monatlich zu erstellen. Bei sehr kleinen Vertragskrankenanstalten war das Intervall der Rechnungslegung größer.

²³ Dasselbe galt auch bei der Abrechnung mit Krankenfürsorgeanstalten und Selbstzahlern.

beginn zu prüfen. Sie führte andererseits aber zur Überschreitung der vertraglich vereinbarten Zahlungsfrist.²⁴

14.2 Der RH erachtete das Verfahren zur Abrechnung der Leistungen der Vertragskrankenanstalten im Wege monatlicher Sammelrechnungen als zweckmäßig. Er hielt es für angemessen, dass der Fonds die Zahlungen bei Leistungszuständigkeit eines privaten Versicherungsträgers erst nach der Verbuchung der entsprechenden Zahlungseingänge durchführte, weil dadurch u.a. für eine stets ausreichende Bedeckung des Fondskontos Sorge getragen wurde. Der RH wies allerdings darauf hin, dass diese Abrechnungspraxis zur Überschreitung der vertraglich vereinbarten Zahlungsfrist führte.

14.3 *Laut Stellungnahme des BMG sei die Überschreitung der vertraglich vereinbarten Zahlungsfrist mündlich mit den Vertragspartnern vereinbart.*

15.1 Bei den vereinbarten Tarifen handelte es sich seit März 2012 um Pauschaltarife; diese deckten die im Leistungsprofil angeführten Leistungen einschließlich aller im Rahmen des IVF-Versuchs erforderlichen Medizinprodukte und Arzneimittel ab.²⁵ Vor dem Inkrafttreten der aktuellen Verträge hatten die Krankenanstalten dem Fonds die anteiligen Kosten bestimmter Arzneimittel²⁶ gesondert in Rechnung gestellt. Dies hatte beim Fonds einen beträchtlichen Verrechnungsaufwand verursacht. So wurden etwa im Jahr 2011 15.683 Rezepte abgerechnet (2010: 14.374; 2009: 13.505). Überdies hatte die nachträgliche Verrechnung der sogenannten Refaktievereinbarungen²⁷ mit den Pharmaunternehmen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursacht.

²⁴ Gemäß § 9 Abs. 4 der Verträge erfolgte die Bezahlung nach Prüfung und Feststellung der Richtigkeit innerhalb von vier Wochen ab Rechnungseingang.

²⁵ Die Vertragskrankenanstalten konnten aufgrund der IVF-Fonds-Gesetz-Novelle 2010 ihre Medikamente selbst besorgen und auch ausgeben (§ 5a IVF-Fonds-Gesetz). Arzneimittel waren ab dem Inkrafttreten der neuen Verträge nur mehr in jenen Einzelfällen gesondert abzurechnen, in denen der Versuch vor März 2012 begonnen hatte und noch nicht abgeschlossen war.

²⁶ Arzneimittel und Medizinprodukte, die für die Vorbereitung und Durchführung der Stimulation, Eisprungauslösung und Lutealphase benötigt wurden.

²⁷ Der Hauptverband hatte im Auftrag des Fonds Refaktievereinbarungen (Vereinbarungen über den günstigeren Bezug von Arzneimitteln) mit Pharmaunternehmen abgeschlossen.

Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation

- 15.2** Der RH erachtete die Vereinbarung von Pauschaltarifen, die auch alle im Rahmen eines IVF-Versuchs erforderlichen Medizinprodukte und Arzneimittel abdeckten, als positiv. Der Wegfall der gesonderten Abrechnung der Arzneimittelrezepte führte einerseits zu einer Reduzierung des Verwaltungsaufwands des Fonds und stellte nach Ansicht des RH andererseits einen zusätzlichen Anreiz für die Vertragskrankenanstellen dar, ökonomische Grundsätze bei der Arzneimittelverordnung bzw. -verabreichung zu beachten.

Qualitätssicherung

Allgemeines

- 16** Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung einschließlich der Durchführung von Stimulationsbehandlungen und der Praxis, bei einem IVF-Versuch mehrere Embryonen zu transferieren, führte weltweit zu einer Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften. In Österreich stieg die Zwillingsrate bei den Lebendgeborenen seit dem Inkrafttreten des FMedG um rd. 70 %, während sich die Drillingsrate mehr als verdoppelte. Das erhöhte Fehl- und Frühgeburtenrisiko verursachte steigende Kosten im Gesundheitswesen.²⁸

Die Vertragskrankenanstellen waren vertraglich zur Erzielung einer Schwangerschaftsrate von 18 % verpflichtet. Der Transfer mehrerer Embryonen erhöhte die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft.

Qualitätskriterien

- 17.1** (1) Neben den unter TZ 9 erwähnten formalen gesetzlichen Qualitätskriterien setzte der Abschluss eines Vertrags mit dem Fonds voraus, dass die betreffende Krankenanstalt kontinuierlich Maßnahmen der Qualitätssicherung durchführte.²⁹ Dabei war insbesondere auf die Relation von erreichten Schwangerschaften pro IVF-Versuch sowie auf die Anzahl der Versuche zu achten.

Die vertraglich vereinbarten Qualitätskriterien konkretisierten u.a. die gesetzlichen Vorgaben und waren, wie die folgende Tabelle zeigt, unsystematisch in den Vertragstext integriert:

²⁸ z.B. für die intensivneonatologische Betreuung Frühgeborener oder die Behandlung von Folgeschäden

²⁹ Gemäß § 5 Abs. 3 IVF-Fonds-Gesetz hatte der Träger der Krankenanstalt „in Erfüllung der sich aus den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung ergebenden Anforderungen insbesondere kontinuierlich spezifische Maßnahmen der Qualitätssicherung“ durchzuführen.

Tabelle 6: Qualitätsvorgaben in den Verträgen		
Vertragsbestimmung	Titel	Qualitätskriterium bzw. Inhalt
§ 2	Qualitätskriterien für das IVF-Zentrum	Formale gesetzliche Qualitätskriterien Nachweis von zumindest 50 durchgeführten Versuchen im vorangegangenen Kalenderjahr und daraus resultierend durchschnittlich zumindest 10 % Geburten im IVF-Zentrum ¹ Erfüllung der von der Österr. Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie sowie der Österr. IVF-Gesellschaft herausgegebenen Empfehlungen zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistungen durch für den Bereich IVF verantwortliche Ärzte oder unter der Verantwortung und Aufsicht dieser oder gleichqualifizierter Ärzte
§ 5	Qualitätssicherung, Register	Regelung umfassender Dokumentations- und Meldepflichten der Vertragskrankenanstalten an das IVF-Register
§ 13	Sonstiges	Nachweis der Durchführung von mindestens 50 Versuchen pro Jahr unter Erreichung einer Erfolgsquote von 18 % Schwangerschaften pro Follikelpunktion

¹ Ausreichend war auch der Nachweis der persönlichen Durchführung von zumindest 50 Versuchen und daraus resultierend zumindest 10 % Geburten durch den ärztlichen Leiter der Vertragskrankenanstalt, wenn in der Einrichtung im vorangegangenen Kalenderjahr nicht zumindest 50 Versuche durchgeführt worden waren (§ 2 der Verträge).

Quelle: Verträge

(2) Die verpflichtende Einhaltung der Empfehlungen der einschlägigen Fachgesellschaften hinsichtlich der Anzahl maximal zu transferierender Embryonen wurde im Jahr 2012 – im Zuge der Neufassung der Verträge aufgrund der im Jahr 2010 erfolgten Novelle des IVF-Fonds-Gesetzes – als Vertragsvoraussetzung definiert. Damit sollten Mehrlingsschwangerschaften und –geburten und die damit einhergehenden Risiken reduziert werden.

17.2 (1) Der RH merkte kritisch an, dass die Qualitätskriterien unsystematisch in den Vertragstext integriert wurden. Er empfahl dem Fonds, bei einer Neufassung der Verträge die Pflichten der Krankenanstalten zur Qualitätssicherung und Dokumentation in den Vordergrund zu stellen.

(2) Der RH vermerkte positiv, dass der Fonds die Vertragskrankenanstalten seit dem Jahr 2012 vertraglich zur Einhaltung der Empfehlungen der einschlägigen Fachgesellschaften hinsichtlich der Anzahl maximal zu transferierender Embryonen verpflichtete, um die Qualität der fondsfinanzierten IVF-Behandlungen weiter zu erhöhen und Risiken für werdende Mütter und ungeborene Kinder zu reduzieren.

17.3 Laut Stellungnahme des BMG werde es die Qualitätskriterien für die Vertragskrankenanstalten systematischer in den Vertragstext integrieren.

Dokumentations- und Meldepflichten

18 Die Vertragskrankenanstalten waren zur Dokumentation aller IVF-Versuche im IVF-Register verpflichtet. Zu melden waren beispielsweise die persönlichen Daten, die sterilitätsbezogene Anamnese, die Behandlungsindikation, die Behandlungsschritte, die verordneten oder verabreichten Arzneimittel, der Schwangerschaftsverlauf sowie der Geburtsverlauf.

19.1 (1) Die Dokumentation eines IVF-Versuchs vom Behandlungsbeginn bis zum Behandlungsende³⁰ war Voraussetzung für die Abrechnung der erbrachten Leistungen mit dem Fonds und wurde dementsprechend von den Krankenanstalten vollständig durchgeführt. Die Dokumentation der Daten über den Verlauf und das Ende der Schwangerschaft, die ebenfalls eine wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung waren, wurde hingegen nur zum Teil geleistet; die Geburtsmeldequote des Jahres 2009 betrug 69 %. Mit Inkrafttreten der IVF-Fonds-Gesetz-Novelle 2010 wurden die Patienten verpflichtet, der behandelnden Vertragskrankenanstalt eine allfällige Geburt oder Fehlgeburt binnen drei Monaten zu melden.³¹

Der Fonds ergriff unmittelbar nach Inkrafttreten der Novelle Maßnahmen zur Erhöhung der Geburtsmeldequote im IVF-Register.³² Ab März 2012 wurden die Krankenanstalten vertraglich verpflichtet, dem Fonds regelmäßig jene Fälle zu melden, bei denen die fristgerechte Mel-

³⁰ Das Ende eines fondsfinanzierten Versuchs war gemäß § 1a Abs. 4 IVF-Fonds-Gesetz der Nachweis

- einer erfolgreich herbeigeführten, bildlich dokumentierten und intakten Schwangerschaft frühestens ab der 5. Woche nach Embryotransfer;
- des Endes einer Schwangerschaft vor diesem Zeitpunkt;
- einer dokumentierten Eileiterschwangerschaft oder
- einer nicht eingetretenen Schwangerschaft.

³¹ § 5b Abs. 1 IVF-Fonds-Gesetz; gleichlautend § 5 Abs. 5 der Verträge. Die neue Bestimmung war auf Versuche anzuwenden, die ab dem 14. Jänner 2010 begonnen wurden.

³² Der Fonds informierte die Vertragskrankenanstalten im Februar 2010 über die Inhalte der Novelle und stellte ihnen Formblätter für eine vom Patienten zu unterfertigende Verpflichtungserklärung sowie für die an die Vertragskrankenanstalt zu erstattende Meldung zur Verfügung. In weiterer Folge forderte der Fonds Informationen über offen gebliebene Fälle (Fälle, in denen der Ausgang der Schwangerschaft nicht im IVF-Register dokumentiert war) aktiv bei den Krankenanstalten ein. Dies führte im Regelfall dazu, dass die Vertragskrankenanstalten noch ausstehende Versuchsergebnisse im Register nachtrugen.

dung trotz einmaliger Mahnung unterblieben war.³³ Die Geburtsmeldequote stieg nach Einführung der Meldepflicht bis zum Jahr 2013 auf rd. 94 %.³⁴ 17 der insgesamt 27 Krankenanstalten wiesen eine Meldequote von 100 % auf, bei weiteren fünf Krankenanstalten lag sie über 90 %.

(2) Bei Unterbleiben der Geburtsmeldung hatte der Fonds die anteilmäßig bezahlten Kosten gemäß § 5b Abs. 2 IVF-Fonds-Gesetz von den Patienten zurückzufordern. In den – ungeachtet der erzielten Erhöhung der Geburtsmeldequote – verbliebenen offenen Fällen forderte der Fonds die Informationen über Schwangerschaftsverlauf und Geburt unmittelbar bei den Patienten ein; eine Rückforderung von Leistungen erfolgte bis dato nicht.

19.2 (1) Der RH hielt fest, dass die vollständige Dokumentation der IVF-Versuche im IVF-Register auch Informationen über den Verlauf und das Ende der Schwangerschaft umfasste. Der RH vermerkte positiv, dass die flankierenden Maßnahmen des Fonds bei der Einführung der gesetzlichen Meldepflicht der Patienten sowie die vertragliche Verpflichtung der Krankenanstalten zur Meldung nicht vollständig dokumentierter Behandlungsfälle zu einer Erhöhung der Geburtsmeldequote im IVF-Register beitrugen. Im Interesse einer weiteren Erhöhung der Meldequote empfahl der RH dem Fonds, gezielt bei den säumigen Krankenanstalten zu intervenieren und allenfalls Sanktionen bei Verletzung der Meldepflicht in den Verträgen vorzusehen.

(2) Der RH anerkannte die Bemühungen des Fonds zur Erhöhung der Geburtsmeldequote, die für die Qualitätsarbeit von Bedeutung war. Er empfahl dem Fonds, die anteilmäßig bezahlten Behandlungskosten bei nachhaltigem Ausbleiben der Meldung künftig von den Patienten zurückzufordern.

19.3 *Das BMG sagte dies zu.*

³³ § 5 Abs. 3 (Dokumentationsverpflichtung im Register) und Abs. 5 (jährliche Meldung) der Verträge

³⁴ Die Geburtsmeldequote betrug 78 % im Jahr 2010, 92 % im Jahr 2011 und 94 % im Jahr 2012. Im Jahr 2013 betrug sie 98,8 % bei den öffentlichen und 92,2 % bei den privaten Vertragskrankenanstalten.

Datenauswertungen
und Qualitäts-
kontrollen

20.1 Die GÖG erstellte einmal jährlich eine Datenauswertung aus dem IVF-Register, die in Form eines Jahresberichts auf der Website des BMG veröffentlicht wurde. Dem Fonds stand für den internen Gebrauch eine detailliertere Fassung zur Verfügung: Diese stellte wesentliche Erfolgs- bzw. Qualitätsindikatoren der einzelnen Vertragskrankenanstalten vergleichend dar und diente der Planung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Die folgenden Tabellen geben die Entwicklung wesentlicher Qualitätsindikatoren im überprüften Zeitraum wieder:

Tabelle 7: Anzahl transferierter Embryonen					
	2009	2010	2011	2012	2013
	in %				
ein Embryo	22,5	26,5	38,4	46,5	51,2
zwei Embryonen	69,2	66,6	58,8	51,1	47,2
drei oder mehr Embryonen	9,2	6,9	2,7	2,3	1,6
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Jahresberichte IVF-Register, GÖG

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, stieg der Anteil der – aus medizinischer Sicht wünschenswerten – Transfers einzelner Embryonen von 22,5 % im Jahr 2009 auf 51,2 % im Jahr 2013.

Tabelle 8: Schwangerschaften je Follikelpunktion					
	2009	2010	2011	2012	2013
	in %				
Schwangerschaftsrate je Follikelpunktion	31,8	33,9	31,1	31,3	31,7

Quelle: Jahresberichte IVF-Register, GÖG

Die Schwangerschaftsrate je Follikelpunktion³⁵ lag – bei einem vertraglichen Mindestanforderung von 18 % – konstant über 30 %.

³⁵ Follikelpunktion bedeutet die Entnahme von für die Befruchtung reifen Eizellen.

Tabelle 9: Entwicklung Baby-Take-Home-Rate (Geburten je Follikelpunktion)					
	2009	2010	2011	2012	2013
	in %				
Baby-Take-Home-Rate	20,0	25,7	24,7	26,0	noch nicht verfügbar

Quelle: Jahresberichte IVF-Register, GÖG

Die Baby-Take-Home-Rate (der Anteil der gemeldeten Geburten an den durchgeführten Follikelpunktionen) lag im Jahr 2012 in den öffentlichen Vertragskrankenanstalten bei 27,6 % und in den privaten bei 25,5 %.

- 20.2** Der RH hielt fest, dass die wesentlichen Erfolgsindikatoren gemäß den Datenauswertungen der GÖG insgesamt einen positiven Trend aufwiesen. Die vergleichende Darstellung der einzelnen Vertragskrankenanstalten erachtete er als geeignete Grundlage für die vom Fonds gesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Der RH empfahl dem Fonds, die Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren der einzelnen Krankenanstalten zu erwägen, um die Qualität der Leistungserbringung für die Patienten transparent zu machen.
- 20.3** *Laut Stellungnahme des BMG sei es im österreichischen Gesundheitswesen bis dato nicht üblich, Informationen über die Qualität der in einzelnen Gesundheitseinrichtungen erbrachten Leistungen zu veröffentlichen. Das BMG wies darauf hin, dass die Veröffentlichung von Erfolgsquoten einzelner Krankenanstalten zu verzerrten Ergebnissen führen könnte, da stets die konkreten Fakten des Einzelfalles (Erfolgsaussichten aufgrund des Alters, medizinische Voraussetzungen u.a.) zu berücksichtigen wären.*
- 20.4** Der RH hielt fest, dass die genannten Indikatoren fondsintern der Planung von Qualitätssicherungsmaßnahmen dienen. Nach Ansicht des RH wäre es die Aufgabe des Fonds, eine Verzerrung allenfalls veröffentlichter Ergebnisse durch geeignete Maßnahmen (etwa durch Standardisierung nach Alter, Risikofaktoren etc.) hintanzuhalten.

21.1 Der Fonds führte stichprobenartig sowie jedenfalls bei Nichteinhaltung der vertraglich vereinbarten Mindestfallzahlen und Erfolgsraten Überprüfungen der Vertragskrankenanstalten vor Ort durch.³⁶ Im Jahr 2013 wurden zwei Überprüfungen durchgeführt (2012: zwei; 2011: drei; 2010: vier; 2009: vier).³⁷

Seit Bestehen des Fonds stellte dieser gegenüber drei Vertragskrankenanstalten wegen Nichterfüllung der vertraglichen Qualitätskriterien die Kündigung des Vertrags für den Fall in Aussicht, dass die anlässlich der Überprüfung vereinbarten Maßnahmen keine Verbesserung der Situation bewirkten. In der Folge überprüfte der Fonds die Entwicklung der Ergebnisse anhand von Quartalsberichten.³⁸ In den bisher dokumentierten Fällen konnte die Behandlungsqualität durch die vereinbarten Maßnahmen auf ein vertragskonformes Niveau gehoben werden. In einem aktuellen Fall stellte der Fonds die Kündigung per Ende 2014 in Aussicht, sollten die in Folge einer im Jänner 2014 durchgeführten Einschau vereinbarten Maßnahmen nicht zu einer deutlichen Ergebnisverbesserung führen. Im Jahr 2013 wurden in dieser Krankenanstalt lediglich 19 IVF-Versuche bei einer Schwangerschaftsrate von 11,76 % je Follikelpunktion – bei einem Durchschnittswert aller Vertragskrankenanstalten von 31,7 % – durchgeführt.

21.2 Der RH erachtete die Durchführung der Überprüfungen vor Ort auf Basis der fondsinternen jährlichen Datenauswertungen der GÖG als zweckmäßig. Er empfahl dem Fonds, auch künftig jedenfalls jene Krankenanstalten vor Ort zu überprüfen, die ihre vertraglichen Verpflichtungen – etwa die Anzahl der maximal zu transferierenden Embryonen betreffend – nicht erfüllen. Darüber hinaus sollten nach Ansicht des RH – nach Maßgabe der verfügbaren Ressourcen – Überprüfungen auch in Vertragskrankenanstalten mit besonders guten Ergebnissen vorgenommen werden, um Best Practices festzustellen und die Erkenntnisse für die weitere Qualitätsarbeit heranzuziehen. Im aktuellen Fall empfahl der RH dem Fonds die Kündigung des Vertrags, sollten die ver-

³⁶ In Einzelfällen wurden auch Patientenbeschwerden zum Anlass für eine Überprüfung vor Ort genommen. An den Überprüfungen nahmen Vertreter des medizinisch-fachlichen, des gesundheitsrechtlichen und des finanziellen Geschäftsbereichs teil.

³⁷ Die Überprüfungen wurden anhand einer Checkliste abgearbeitet. Prüfungsgegenstände waren u.a.: Qualifikation des Personals, Fortbildungen, Dokumentation, räumliche und apparative Ausstattung, Behandlungsverträge, Patienteninformation und -aufklärung, Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen, Angebot der medizinischen Behandlungsmethoden, offene Versuche, stichprobenartige Einsichtnahme in Patientenakten. Erforderlichenfalls wurden fehlende Unterlagen oder die nachträgliche Dokumentation von Befunden (Geburt oder Abortus) eingefordert.

³⁸ Der Fonds forderte Quartalsberichte über den Umsetzungsstand der vereinbarten Maßnahmen von der betroffenen Krankenanstalt ein, flankierend dazu erstellte die GÖG monatliche oder quartalsweise krankenanstaltenbezogene Auswertungen aus dem IVF-Register.

einbarten Maßnahmen nicht zur angestrebten Ergebnisverbesserung führen.

21.3 *Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass bereits in der Vergangenheit auch Vertragskrankenanstalten mit überdurchschnittlichen Erfolgsraten vor Ort überprüft worden seien.*

Erarbeitung eines
Qualitätssicherungs-
konzepts

22.1 (1) Gemäß § 5 Abs. 4 IVF-Fonds-Gesetz hatte das BMG in Zusammenarbeit mit den einschlägigen Fachgesellschaften für die Ausarbeitung eines umfassenden Konzepts für Qualitätssicherung auf dem Gebiet der IVF zu sorgen. Obwohl diese Verpflichtung bereits in der Stammfassung des IVF-Fonds-Gesetzes enthalten war, lag das Konzept zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH noch nicht vor.

Die GÖG hatte im Jahr 2012 im Auftrag des BMG einen Entwurf eines Qualitätsstandards³⁹ erarbeitet, der im Wesentlichen die Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Anzahl der zu transferierenden Embryonen⁴⁰ sowie die Empfehlungen zur hormonellen Stimulation abbilden sollte. Die Fertigstellung des Qualitätsstandards erforderte evidenzbasierte Leitlinien⁴¹ der einschlägigen Fachgesellschaften.⁴² Diese wurden dem Fonds bis Juni 2014 zugesagt.

(2) Gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz⁴³ (GQG) konnte der Bundesminister für Gesundheit die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der Betroffenen unterstützen und Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen. Auf dem Gebiet der IVF hatte er bisher von diesen Kompetenzen keinen Gebrauch gemacht.⁴⁴

³⁹ Unter Qualitätsstandards werden beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten verstanden (§ 2 Z 12 GQG).

⁴⁰ Die überarbeiteten Empfehlungen zur Anzahl der zu transferierenden Embryonen waren von der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe im Jahr 2011 veröffentlicht worden und waren Bestandteil der ab März 2012 gültigen Verträge zwischen dem Fonds und den Krankenanstalten.

⁴¹ Evidenzbasierte Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen bei konkreten Fragestellungen, die auf den zu einem bestimmten Zeitpunkt besten verfügbaren wissenschaftlichen Daten und Erkenntnissen beruhen.

⁴² Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Österreichische IVF-Gesellschaft, Österreichische Gesellschaft für Sterilität, Fertilität und Endokrinologie und Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

⁴³ BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F.

⁴⁴ Allgemein dazu siehe den Bericht des Rechnungshofes zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in Krankenanstalten Vorarlbergs, Reihe Bund 2013/12, TZ 3.

22.2 (1) Der RH kritisierte, dass das im IVF-Fonds-Gesetz vorgesehene Konzept zur umfassenden Qualitätssicherung auf dem Gebiet der IVF 14 Jahre nach der Einrichtung des Fonds noch immer fehlte.⁴⁵ Der RH empfahl dem Fonds, den Qualitätsstandard unter Berücksichtigung der von den Fachgesellschaften erarbeiteten evidenzbasierten Leitlinien ehestens fertigzustellen und seine Einhaltung verbindlich als Vertragsbestandteil festzulegen.

(2) Der RH hielt darüber hinaus fest, dass der Fonds die verbindliche Beachtung eines Qualitätsstandards nur für jene IVF-Behandlungen festlegen bzw. vereinbaren konnte, die in Vertragskrankenanstalten unter seiner Kostentragung durchgeführt wurden. Er vertrat die Ansicht, dass die Qualitätssicherung auch im nicht fondsfinanzierten Bereich von Bedeutung war und der Fonds diesbezüglich eine Vorreiterrolle einnehmen sollte. Er empfahl dem BMG, den zu erarbeitenden Qualitätsstandard in weiterer Folge entweder als Bundesqualitätsleitlinie zu empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinie zu verordnen.

22.3 *Laut Stellungnahme des BMG sei die Fertigstellung des Qualitätsstandards beabsichtigt, sobald die dazu als wissenschaftliche Grundlage erforderliche fachliche Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vorliege.*

Gebärung

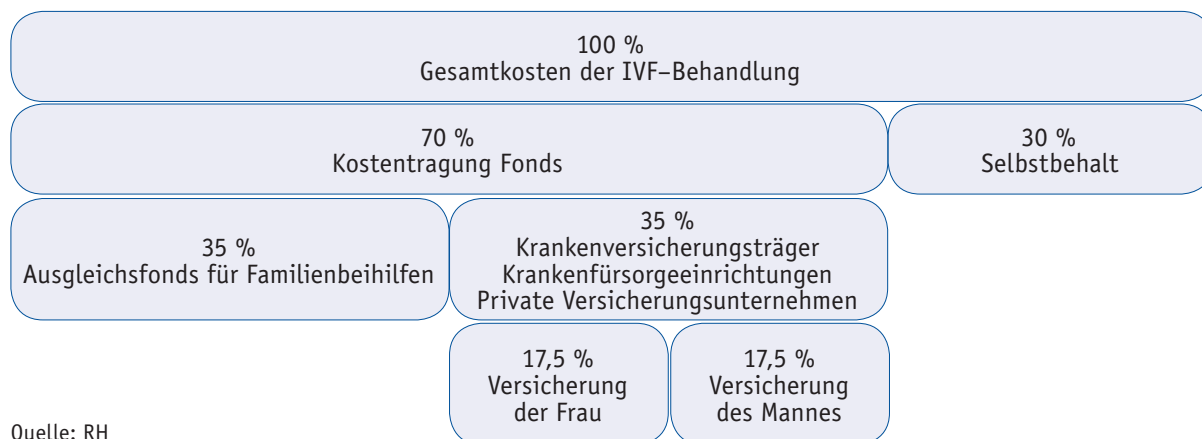
Mittelaufbringung

23.1 Die folgende Abbildung veranschaulicht die Finanzierungsstruktur der vom Fonds unterstützten IVF-Behandlungen:

⁴⁵ Mit dem im Jänner 2015 vom Nationalrat beschlossenen Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 wurde im IVF-Fonds-Gesetz die Wortfolge „die Ausarbeitung eines umfassenden Konzeptes für“ durch die Wortfolge „umfassende Maßnahmen zur“ Qualitätssicherung ersetzt.

Gebärung

Abbildung 3: Finanzierungsstruktur der fondsgestützten IVF-Behandlungen



Quelle: RH

Der Fonds trug bei Vorliegen der gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen 70 % der Kosten der IVF, der verbleibende Kostenanteil im Ausmaß von 30 % war vom Patientenpaar zu tragen.⁴⁶

Die Mittel des Fonds wurden gemäß § 3 IVF-Fonds-Gesetz zu 50 % durch den FLAF und zu 50 % durch die Krankenversicherungsträger im Wege des Hauptverbands, die Krankenfürsorgeeinrichtungen sowie den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs oder mit deren Einverständnis durch sonstige private Versicherungsunternehmen aufgebracht.

Der FLAF und der Hauptverband (für die Krankenversicherungsträger) leisteten monatliche Akontozahlungen in gleicher Höhe an den Fonds, die entsprechend einer Schätzung der voraussichtlichen Behandlungskosten für das jeweils folgende Kalenderjahr bemessen wurden. Auf Anforderung des Fonds wurden zusätzliche Einmalzahlungen geleistet, um eine Überziehung des Fondskontos zu vermeiden. Bei anteiliger Kostenübernahme durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung oder ein privates Versicherungsunternehmen wurde dem FLAF ein betragsmäßig entsprechender Kostenanteil gesondert, d.h. über die geleisteten Akontozahlungen hinausgehend, vorgeschrieben. Die folgende Tabelle zeigt die prozentuelle Verteilung der Mittelaufbringung exemplarisch anhand des Jahres 2013:

⁴⁶ Wenn eine private Versicherung die Behandlungskosten nicht trug, konnte der jeweilige Kostenanteil vom Paar übernommen werden, sofern der Fonds der Kostenübernahme zustimmte (§ 4 Abs. 6 IVF-Fonds-Gesetz). Der entsprechende Betrag wurde dem Paar in diesen Fällen vom Fonds vorgeschrieben.

Tabelle 10: Aufbringung der Fondsmittel im Jahr 2013

	in %
FLAF	50,0
Hauptverband	47,7
Krankenfürsorgeeinrichtungen	1,4
Private Versicherungsunternehmen	0,7
Selbstzahler (Übernahme Privatversicherungsanteil)	0,2
Summe	100,0

Quelle: Fonds/IVF-Register

23.2 Der RH erachtete das System der Finanzierung des Fonds (Kofinanzierung durch den FLAF und die Krankenversicherungsträger sowie Selbstbehalt der Patienten) als zweckmäßig.

Mittelverwendung

24.1 Die IVF-Behandlungen in den Vertragskrankenanstalten machten im Jahr 2013 rd. 99,2 % der Aufwendungen des Fonds aus. Weitere Aufwandspositionen waren die in den TZ 6 und 7 dargestellten Leistungsentgelte an die GÖG (rd. 0,7 %) und die BHAG (weniger als 0,1 %) sowie Kapitalertragsteuer und Geldverkehrsspesen, die jeweils weniger als 0,01 % des Gesamtaufwands ausmachten.

Die folgende Tabelle stellt die Entwicklung der Behandlungskosten sowie die sich daraus ergebenden Kosten je Behandlungsfall in den Jahren 2009 bis 2013 dar:

Tabelle 11: Behandlungskosten und Fallkosten 2009 bis 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	2009 bis 2013
	Anzahl					
IVF-Versuche (Behandlungsfälle)	6.599	6.781	7.042	7.196	7.478	35.096
	in EUR					
Kostentragung Fonds Gesamt	12.748.501	12.990.464	13.175.366	13.514.488	13.703.514	66.132.333
Kostentragung Fonds je Fall	1.932	1.916	1.871	1.878	1.833	1.884

Quelle: GÖG/IVF-Register

Gebärung

Die im März 2012 mit dem Abschluss der neuen Verträge erfolgte Umstellung der Leistungsverrechnung auf Pauschaltarife (siehe dazu TZ 15) hatte die Behandlungskosten je IVF-Versuch nicht erhöht.⁴⁷ Im Jahr 2013 – dem ersten vollen Jahr nach der Tarifumstellung – war ein Rückgang der Behandlungskosten je Fall zu verzeichnen.

24.2 Der RH vermerkte positiv, dass die Umstellung der Leistungsabgeltung auf pauschale Tarife, mit denen auch sämtliche verordneten oder verabreichten Arzneimittel abgegolten wurden, für den Fonds zumindest kostenneutral war.

Rechenwerke

25 Der Fonds hatte gemäß IVF-Fonds-Gesetz für jedes Kalenderjahr einen Voranschlag, einen Jahresabschluss sowie einen Geschäftsbericht zu verfassen und dem BMG sowie dem BMFJ vorzulegen. Gemäß der Geschäftsordnung des Fonds hatte er eine jährliche Statistik seiner Ausgaben zum Zweck der Evaluierung der Kostenbelastung zu erstellen und in Zusammenarbeit mit der GÖG eine langfristige Statistik zu schaffen.

26.1 Der Fonds hatte seit seinem Bestehen keine Voranschläge erstellt. Die zur Deckung seines Mittelbedarfs erforderlichen monatlichen Akontozahlungen wurden auf Basis einer Schätzung bemessen, die sich im Wesentlichen an den Aufwendungen des Vorjahres orientierte.

26.2 Der RH hielt kritisch fest, dass der Fonds seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Erstellung von Voranschlägen nicht nachkam. Trotz Aufhebung dieser gesetzlichen Verpflichtung empfahl der RH dem Fonds, künftig Voranschläge zu erstellen und diese dem BMG und dem BMFJ vorzulegen.

26.3 *Laut Stellungnahme des BMG erscheine die Erstellung von Voranschlägen aufgrund des Rechtsanspruchs auf Mitfinanzierung durch den Fonds bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen und der dadurch jährlich konstant ansteigenden Kosten nicht zielführend. Eine diesbezügliche Änderung des IVF-Fonds-Gesetzes sei in Aussicht genommen.*

26.4 Der RH verwies auf seine im November 2014 abgegebene Stellungnahme im Rahmen der Gesetzesbegutachtung zur IVF-Fonds-Gesetz-Novelle, die im Jänner 2015 vom Nationalrat mit dem Fortpflanzungs-

⁴⁷ Die Einnahmen des Fonds aus den davor bestehenden Refaktivevereinbarungen mit den Pharmaunternehmen (siehe dazu TZ 15) wurden in der Berechnung bereits von den Behandlungskosten abgezogen.

medizinrechts-Änderungsgesetz 2015 auch beschlossen wurde. Durch die Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung, jährlich einen Voranschlag zu erstellen, würde es nach Ansicht des RH zu einem Verlust an Transparenz hinsichtlich der Geschäftsgebärung des IVF-Fonds sowie zu einer Einschränkung der Informationen über die Gebärung des Fonds kommen. Da Voranschläge auch ohne gesetzliche Verpflichtung erstellt werden können, verblieb der RH bei seiner Empfehlung.

27.1 (1) Die in den Jahresabschlüssen des Fonds dargestellten Aufwendungen stimmten mit den Daten aus dem IVF-Register nicht überein, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 12: Vergleich der Behandlungskosten laut IVF-Register und Jahresabschlüssen					
	2009	2010	2011	2012	2013
	in EUR				
Behandlungskosten laut IVF-Register	12.748.501	12.990.464	13.175.366	13.514.488	13.703.514
Behandlungskosten laut Jahresabschluss ¹	12.500.300	14.109.127	13.406.953	13.093.525	13.785.046
Abweichung Jahresabschluss von Register	- 248.201	1.118.663	231.587	- 420.963	81.532
	in %				
Abweichung Jahresabschluss von Register	- 1,95	8,61	1,76	- 3,11	0,59

¹ abzüglich Erträge aus Refaktivevereinbarungen

Quelle: IVF-Register, Jahresabschlüsse des IVF-Fonds

Die zum Teil beträchtlichen Abweichungen waren u.a. Folge der unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Periodenabgrenzung: Während die Auswertungen aus dem IVF-Register die Kosten aller bis zu einem Stichtag Mitte Februar des Folgejahres vollständig dokumentierten IVF-Versuche – unabhängig von ihrem Verrechnungsstatus – enthielten, wurde zur zeitlichen Abgrenzung in den Jahresabschlüssen das Datum der vom Fonds an die BHAG übermittelten Verrechnungsaufträge herangezogen. Darüber hinaus rechneten die Vertragskrankenanstalten in ihren im Regelfall monatlich übermittelten Sammelrechnungen auch länger zurückliegende Behandlungsfälle ab.⁴⁸ Eine weitere Ursache für die Differenzen bestand darin, dass der Fonds die Arzneimittelkosten von IVF-Versuchen, die vor dem Inkrafttreten der neuen Verträge

⁴⁸ Der RH kam bereits im Zuge der Gebärungsüberprüfung mit dem Fonds überein, dass künftig auf den Sammelrechnungen anstelle des Erfassungsdatums des Versuchs im IVF-Register das Versuchsabschlusssdatum ausgewiesen werden sollte, um die Zeitspanne zwischen Behandlungsende und Verrechnung transparenter zu machen.

(1. März 2012) begonnen wurden, monatlich mit der Pharmazeutischen Gehaltskasse abrechnete. Die Zahlungen wurden zunächst auf einem – mittlerweile aufgelösten – Bestandskonto („Vorschussleistungen“) verbucht und erst nach Zuordnung der Sammelrechnungen der Pharmazeutischen Gehaltskasse auf die einzelnen Vertragskrankenanstalten in der Erfolgsrechnung dargestellt. Damit bestand kein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Entstehung des buchmäßigen Aufwands für Arzneimittel und der Rechnungslegung durch die Vertragskrankenanstalten bzw. der Bezahlung der entsprechenden Behandlungsfälle durch den Fonds.⁴⁹

(2) Die vom Fonds seit dem Jahr 2012 an die Kooperationspartner GÖG und BHAG geleisteten Entgelte wurden in den Jahresabschlüssen – gemeinsam mit den Behandlungsaufwendungen – unter der Rubrik „Sonstige Aufwendungen“ ausgewiesen.

27.2 (1) Der RH kritisierte, dass die Behandlungskosten in den Jahresabschlüssen des Fonds zum Teil erheblich von den aus dem IVF-Register ausgewerteten Behandlungskosten abwichen. Er bemängelte, dass der Fonds die Abweichung von rd. 8,6 % im Jahr 2010 nicht zum Anlass genommen hatte, die Ursachen für die Differenzen aufzuklären. Der RH hielt fest, dass eine vollständige Übereinstimmung zwischen Jahresabschlüssen und Registerauswertungen aufgrund des Systems der Leistungsverrechnung nicht zu erzielen war und dass die Abweichung im Jahr 2013 – nach dem Wegfall der gesonderten Verrechnung der Arzneimittel mit der Pharmazeutischen Gehaltskasse – nur mehr rd. 0,6 % betrug.

Nach Ansicht des RH war das Datum der Verrechnungsaufträge als Kriterium für die periodengerechte Zuordnung der Verrechnungstatbestände wenig geeignet. Er empfahl dem Fonds, künftig für eine zutreffendere Periodenabgrenzung Sorge zu tragen. Dafür wäre beispielsweise das Finanzjahr, dem eine Sammelrechnung überwiegend zuordenbar ist, am Verrechnungsauftrag anzuführen und die BHAG anzuweisen, den Verrechnungstatbestand diesem Finanzjahr zuzuordnen. Der RH empfahl dem Fonds auch, allfällige Differenzen zwischen den Regis-

⁴⁹ Weitere Ursachen für die unterschiedlichen Behandlungskosten laut Register und laut den Jahresabschlüssen waren:

- Bei Leistungszuständigkeit privater Versicherungen oder Krankenfürsorgeanstalten sowie bei Selbstzahlern erfolgten die Zahlungen des Fonds an die Vertragskrankenanstalten, wie unter TZ 14 dargestellt, erst nach Eingang der Zahlung der Versicherung bzw. des Patienten, somit in manchen Fällen Monate später.
- Gemäß den bis Februar 2012 geltenden Verträgen hatte der Fonds – bei einer Zahlungsfrist von sechs Wochen – den Vertragskrankenanstalten innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungseingang Akontozahlungen zu leisten. Diese wurden bis zur Feststellung der Richtigkeit der Abrechnung auf einem Bestandskonto verbucht und nicht in der Erfolgsrechnung erfasst.

terauswertungen und den Jahresabschlüssen künftig zu beobachten. Wesentliche Abweichungen wären aufzuklären und in den Jahresabschlüssen zu erläutern.

(2) Der RH bemängelte, dass die Jahresabschlüsse des Fonds im Hinblick auf die von der GÖG und der BHAG bezogenen Verwaltungsleistungen wenig transparent waren, weil die dafür entrichteten Leistungsentgelte in den Jahresabschlüssen gemeinsam mit den Behandlungs- und Medikamentenaufwendungen als „Sonstige Aufwendungen“ ausgewiesen wurden. Er empfahl dem Fonds, bei der BHAG die künftige Darstellung dieser Positionen als Verwaltungsaufwand zu veranlassen.

27.3 *Das BMG sagte zu, künftig sowohl für eine zutreffendere Periodengrenzung Sorge zu tragen als auch bei der BHAG die entsprechende Darstellung der von der GÖG und der BHAG bezogenen Verwaltungsleistungen zu veranlassen.*

28.1 Der Fonds hatte bis dato keine Geschäftsberichte⁵⁰ vorgelegt und verwies auf die von der GÖG erstellten und auf der Website des BMG veröffentlichten jährlichen Datenauswertungen aus dem IVF-Register.

28.2 Der RH kritisierte das Fehlen von Geschäftsberichten. Trotz Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung empfahl der RH dem Fonds, künftig jährlich einen Geschäftsbericht zu erstellen und dem BMG und dem BMFJ vorzulegen. Dieser könnte neben dem Jahresabschluss auch den schon bisher veröffentlichten Jahresbericht der GÖG sowie eine Beschreibung der Fondsorganisation und des Registers enthalten. Darüber hinaus wäre vom Fonds zu erwägen, den Geschäftsbericht als Medium für die Patienteninformation zu nutzen und darin auch die Qualitätsindikatoren der einzelnen Vertragskrankenanstalten zu veröffentlichen (siehe dazu auch TZ 20).

28.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme abermals auf die von der GÖG erstellte Datenauswertung, die umfassende Statistiken und Informationen enthalte und gemeinsam mit der IVF-Fonds-Broschüre und der Liste aller Vertragskrankenanstalten auf der Website des BMG öffentlich zugänglich sei. Ein Geschäftsbericht erscheine als Medium für die Patienteninformation wenig geeignet, daher sei eine diesbezügliche Änderung des IVF-Fonds-Gesetzes in Aussicht genommen.*

⁵⁰ Die gesetzliche Verpflichtung zur Erstellung eines Geschäftsberichts wurde vom Nationalrat im Jänner 2015 mit dem Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz aufgehoben.

- 28.4** Der RH verwies auf seine im November 2014 abgegebene Stellungnahme im Rahmen der Gesetzesbegutachtung zur IVF-Fonds-Gesetz-Novelle, die im Jänner 2015 vom Nationalrat mit dem Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 auch beschlossen wurde. Durch die Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung, jährlich einen Geschäftsbericht zu erstellen, würde es nach Ansicht des RH zu einem Verlust an Transparenz hinsichtlich der Geschäftsgebarung des IVF-Fonds sowie zu einer Einschränkung der Informationen über die Gebärung des Fonds kommen. Der RH verblieb daher bei seiner im Rahmen der Gebarungsüberprüfung vertretenen Ansicht, dass die Geschäftsberichte neben dem Jahresabschluss auch die Datenauswertung der GÖG, eine Beschreibung der Fondsorganisation und des IVF-Registers sowie die Qualitätsindikatoren der einzelnen Vertragskrankenanstalten enthalten sollten. Da Geschäftsberichte auch ohne gesetzliche Verpflichtung erstellt werden können, verblieb der RH bei seiner Empfehlung.
- 29.1** Der finanzielle Geschäftsbereich führte anlassbezogene Berechnungen hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen gebarungsrelevanter Maßnahmen (vor allem Tarifierhöhungen) durch. Die in der Geschäftsordnung vorgesehene jährliche Ausgabenstatistik zum Zweck der Evaluierung der jährlichen Kostenbelastung des Fonds wurde bislang allerdings ebenso wenig in Angriff genommen wie die Schaffung einer langfristigen Statistik in Zusammenarbeit mit der GÖG.
- 29.2** Der RH kritisierte, dass der Fonds die in der Geschäftsordnung vorgesehenen Statistiken über die Fondsausgaben nicht erstellt hatte. Nach Ansicht des RH könnten diese als Grundlage für künftige strategische bzw. gesundheitspolitische Entscheidungen dienen. Der RH empfahl dem Fonds deshalb, die Erstellung der Ausgabenstatistiken ehestens in Angriff zu nehmen und diese in den Geschäftsbericht zu integrieren. Dabei wäre insbesondere auf die langfristige Vergleichbarkeit der Daten zu achten.
- 29.3** *Laut Stellungnahme des BMG werde der Fonds danach trachten, eine Ausgabenstatistik mit Fokus auf die langfristige Vergleichbarkeit der Daten zu erstellen. Die Vergleichbarkeit der Daten sei jedoch erst ab dem Jahr 2013 – wegen der in diesem Jahr erfolgten Tarifumstellung – gegeben.*

Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation

Internes Kontrollsystem

30.1 Der finanzielle Geschäftsbereich des Fonds führte die Verrechnung der von den Vertragskrankenanstalten erbrachten Leistungen nur durch, wenn folgende Voraussetzungen gegeben waren:

- Übermittlung von monatlichen, aus dem IVF-Register generierten Sammelrechnungen;
- lückenlose Dokumentation der in den Sammelrechnungen enthaltenen Behandlungsfälle im IVF-Register;⁵¹
- Übermittlung einer von den Anspruchsberechtigten unterfertigten genauen Dokumentation der einzelnen Behandlungsschritte und aller verabreichten bzw. verordneten Arzneimittel im Original.

Die Sammelrechnungen wurden in einem ersten Bearbeitungsschritt eingescannt und waren ab diesem Zeitpunkt im Elektronischen Akt (ELAK) dokumentiert und einer ex post-Überprüfung zugänglich. Die Angaben auf den Dokumentationsblättern wurden stichprobenartig auf Übereinstimmung mit den im Register eingetragenen bzw. verrechneten Leistungen geprüft und gegebenenfalls der medizinisch-fachliche Geschäftsbereich zur Überprüfung der sachlichen Richtigkeit mitbeteiligt. Bei Abweichungen wurde Rücksprache mit den Vertragskrankenanstalten gehalten bzw. die Rechnung elektronisch zur Korrektur zurückgestellt.

Der Verrechnungsprozess wurde unter Wahrung des Prinzips der Funktionstrennung durchgeführt: Ein Sachbearbeiter des finanziellen Geschäftsbereichs prüfte die rechnerische Richtigkeit und bereitete den Zahlungs- und Verrechnungsauftrag für die BHAG vor; die Kontrolle der Vollständigkeit sowie die Freigabe erfolgte durch die Leiterin der Abt. I/3 des BMG.

30.2 Der RH beurteilte die Vorgehensweise des Fonds bei der Verrechnung der von den Vertragskrankenanstalten erbrachten Leistungen im Sinne eines angemessenen internen Kontrollsystems als zweckmäßig. Nach Ansicht des RH stellte die Verwendung des IVF-Registers mit den darin enthaltenen Prüfroutinen sicher, dass nur vollständig dokumentierte Behandlungsfälle zur Abrechnung gelangten.

⁵¹ Die Vertragskrankenanstalten konnten einen Behandlungsfall erst nach dessen vollständiger Dokumentation – vom Behandlungsbeginn bis zum Behandlungsende – in eine Sammelrechnung übernehmen und für die Verrechnung mit dem Fonds freigeben. Darüber hinaus konnte ein weiterer Versuch (Behandlungsfall) erst nach Abschluss des vorangegangenen Versuchs im Register angelegt werden.

- 31.1** Die GÖG kam dem gesetzlichen Auftrag zur nachvollziehbaren Dokumentation der Zugriffsberechtigungen auf das Register⁵² nach, konnte jedoch die Aktualität des Berechtigtenkreises – insbesondere durch zeitgerechte Entziehung der durch Personalfluktuation in den Vertragskrankenanstalten nicht mehr gerechtfertigten Zugriffsberechtigungen – nicht immer sicherstellen.⁵³
- 31.2** Der RH hielt es angesichts des Bestands an sensiblen personenbezogenen Daten im IVF-Register für erforderlich, den Kreis der Zugriffsberechtigten unter Wahrung des Prinzips der minimalen Rechte auf ein für die Verwaltung hinreichendes Maß zu beschränken. Er empfahl dem Fonds daher, eine Verpflichtung der Vertragskrankenanstalten zur sofortigen Meldung von personellen Veränderungen im Kreis der Zugriffsberechtigten vertraglich zu vereinbaren. In technischer Hinsicht wäre nach Ansicht des RH gemeinsam mit der GÖG eine aus dem IVF-Register generierte Benachrichtigung der Vertragskrankenanstalten zu erwägen, sollte für einen Benutzer für einen bestimmten Zeitraum kein Registerzugriff protokolliert werden.
- 31.3** *Laut Stellungnahme des BMG habe die GÖG die im Zuge der Gebärungsüberprüfung mit dem RH geführten Gespräche zum Anlass genommen, eine weitergehende Überprüfung des Kreises der Zugriffsberechtigten unter Wahrung des Prinzips der minimalen Rechte zu etablieren.*

⁵² § 7 Abs. 7 IVF-Fonds-Gesetz; Das ÖBIG vergab neue Zugriffsberechtigungen grundsätzlich nur nach schriftlicher Anforderung per Mail, die Anforderungsmails wurden aufbewahrt und bestehende Zugriffsberechtigungen in einem Excel-File dokumentiert.

⁵³ Zur Sicherstellung der Aktualität der Zugriffsberechtigungen wurden fallweise Mails an die Vertragskrankenanstalten mit dem Ersuchen um Abgleich der Benutzerdaten versendet.

Schlussempfehlungen

32 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

In-vitro-Fertilisationsfonds

- (1) Die Bestellung eines Stellvertreters des Fondsvorsitzenden wäre ehestens nachzuholen. (TZ 3)
- (2) Die Verträge mit den Trägern von Krankenanstalten wären im Sinne einer textlichen Bereinigung zu überarbeiten und auf Gesetze in der jeweils geltenden Fassung zu verweisen. (TZ 10)
- (3) Gemeinsam mit der GÖG wären Kriterien zur Bemessung der in den Vertragskrankenanstalten optimal vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten und damit zur Beurteilung des Bedarfs zu erarbeiten. (TZ 11)
- (4) Bei einer Neufassung der Verträge wären die Pflichten der Krankenanstalten zur Qualitätssicherung und Dokumentation in den Vordergrund zu stellen. (TZ 17)
- (5) Zur weiteren Erhöhung der Geburtsmeldequote im IVF-Register wäre gezielt bei den säumigen Krankenanstalten zu intervenieren und allenfalls Sanktionen bei Verletzung der Meldepflicht in den Verträgen vorzusehen. (TZ 19)
- (6) Die anteilmäßig bezahlten Behandlungskosten wären bei nachhaltigem Ausbleiben der Geburtsmeldung von den Patienten zurückzufordern. (TZ 19)
- (7) Die Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren der einzelnen Krankenanstalten wäre in Betracht zu ziehen, um die Qualität der Leistungserbringung für die Patienten transparent zu machen. (TZ 20)
- (8) Auch künftig wären jedenfalls jene Krankenanstalten vor Ort zu überprüfen, die ihre vertraglichen Pflichten nicht erfüllen. Darüber hinaus wären nach Maßgabe der verfügbaren Ressourcen Überprüfungen auch in Vertragskrankenanstalten mit besonders guten Ergebnissen vorzunehmen, um Best Practices festzustellen und die Erkenntnisse für die weitere Qualitätsarbeit heranzuziehen. (TZ 21)

Schlussempfehlungen

(9) Im aktuellen Fall einer Krankenanstalt mit sowohl ungenügender Fallzahl als auch Erfolgsrate wäre der IVF-Vertrag vom Fonds zu kündigen, sollten die vereinbarten Maßnahmen nicht zur angestrebten Ergebnisverbesserung führen. (TZ 21)

(10) Der Qualitätsstandard wäre unter Berücksichtigung der von den Fachgesellschaften erarbeiteten evidenzbasierten Leitlinien ehestens fertigzustellen und seine Einhaltung verbindlich als Vertragsbestandteil festzulegen. (TZ 22)

(11) Voranschläge wären jährlich zu erstellen und dem BMG und dem BMFJ vorzulegen. (TZ 26)

(12) Für eine zutreffendere Periodenabgrenzung im Jahresabschluss wäre Sorge zu tragen. (TZ 27)

(13) Wesentliche Abweichungen zwischen den Jahresabschlüssen und den Registerauswertungen wären aufzuklären und in den Jahresabschlüssen zu erläutern. (TZ 27)

(14) Die Entgelte für die von der GÖG und der BHAG bezogenen Verwaltungsleistungen sollten im Jahresabschluss als Verwaltungsaufwand ausgewiesen werden; dies wäre vom Fonds bei der BHAG zu veranlassen. (TZ 27)

(15) Ein Geschäftsbericht wäre jährlich zu erstellen und dem BMG und dem BMFJ vorzulegen. (TZ 28)

(16) Der Fonds sollte erwägen, den Geschäftsbericht als Medium für die Patienteninformation zu nutzen und darin auch die Qualitätsindikatoren der einzelnen Vertragskrankenanstalten zu veröffentlichen. (TZ 28)

(17) Die Erstellung der Ausgabenstatistiken wäre ehestens in Angriff zu nehmen und diese in den Geschäftsbericht zu integrieren. Dabei wäre auf die langfristige Vergleichbarkeit der Daten zu achten. (TZ 29)

(18) Eine Verpflichtung der Krankenanstalten zur sofortigen Meldung von personellen Veränderungen im Kreis der Zugriffsberechtigten auf das IVF-Register wäre vertraglich zu vereinbaren. (TZ 31)

BMG

(19) Der zu erarbeitende Qualitätsstandard wäre in weiterer Folge gemäß dem GQG entweder als Bundesqualitätsleitlinie zu empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinie zu verordnen. (TZ 22)