

Im September 2007 wurde im BMG das „Alkoholforum“, ein nationales Beratungs- und Empfehlungsgremium betreffend Alkohol, gegründet. Bis 2009 hatte das Forum 37 Empfehlungen erarbeitet, wovon zur Zeit der Geburungsüberprüfung erst fünf umgesetzt waren. Einen konkreten Genderbezug wiesen die Empfehlungen nicht auf. (TZ 25)

Laut einer 2008 veröffentlichten Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konsumierten rd. 40 % der österreichischen Bevölkerung zumindest gelegentlich Tabak. Während der Tabakkonsum von Männern sank, erhöhte sich der Anteil der weiblichen Raucherinnen. Die vom BMG für Inserate und Kampagnen zur Nikotinsucht eingesetzten finanziellen Mittel (von 2009 bis 2013 1,23 Mio. EUR) wiesen nur in Einzelfällen einen Genderbezug auf. (TZ 26)

Kenndaten zur Gendergesundheit in Österreich

Grundlagen für Gendergesundheit

Rahmen-Gesundheitsziele; Wirkungsziele gemäß BHG 2013, BGBl. I Nr. 139/2009 i.d.g.F.; Gesundheit Österreich GmbH-Gesetz, BGBl. I Nr. 132/2006 i.d.g.F.; Gesundheitsförderungsgesetz, BGBl. I Nr. 51/1998 i.d.g.F.; Allgemeine Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln, BGBl. II Nr. 51/2004 i.d.g.F.; Suchtmittelgesetz, BGBl. I Nr. 112/1997 i.d.g.F.

Förderungen und Projekte mit Genderbezug

2009 2010 2011 2012 2013

BMG

Anzahl

6 6 6 5 5

in Mio. EUR

Förderungssumme

0,16 0,19 0,22 0,16 0,18

FGÖ

Anzahl¹

2 2 0 3 0

in Mio. EUR¹

Förderungssumme

0,10 0,32 0,00 0,32 0,00

GÜG/ÖBIG

Anzahl

20 11 12 22 14

in Mio. EUR

Investitionen

3,43 3,37 3,30 3,53 2,52

¹ jeweils Projektende dargestellt, meist zwei- bis dreijähriger Projektzeitraum

Quelle: BMG

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 (1)** Der RH überprüfte von Oktober bis Dezember 2013 das Thema Gendergesundheit in Österreich. Unter dem Begriff Gendergesundheit werden
- die Gewährleistung des gleichen Zugangs von Frauen und Männern zur Gesundheitsversorgung mit speziellem Fokus auf gender-spezifische Vorsorge- und Präventionsprogramme sowie
 - die Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsverhaltens
- verstanden.

Ziel der Geburungsüberprüfung war die Beurteilung

- der ressortübergreifenden Aufgabenverteilung betreffend Gendergesundheit,
- der Strategien und Ziele des BMG,
- des Berichtswesens,
- des Zusammenwirkens mit anderen Gesundheitseinrichtungen und
- der Förderungsabwicklung mit Schwerpunkt Gendergesundheit.

Der RH fokussierte seine Geburungsüberprüfung auf das BMG. Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2009 bis 2013, in Einzelfällen bezog der RH auch frühere Zeiträume in seine Betrachtung ein.

(2) Zu dem im August 2014 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das BMG im November 2014 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im Jänner 2015.

Zuständigkeiten und Akteure

„Health in All Policies“

- 2.1 (1)** Das Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 enthielt neben dem Ziel, die Rahmen-Gesundheitsziele (siehe TZ 6) umzusetzen sowie berufs- und zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung als Leitgedanken zu etablieren, auch das Ziel von „Health in All Policies“:

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter „Health in All Policies“ eine intersektorale Governance (z.B. Gesundheits-, Umwelt-, Erziehungs-, Fiskalpolitik) für die Betonung von Gesundheit in allen Politikbereichen. So sollen soziale, ökonomische, kulturelle, politische, technologische, rechtliche und umweltbezogene Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen können, in allen Politikbereichen berücksichtigt werden.

(2) Auf Bundesebene befassten sich zur Zeit der Geburungsüberprüfung vor allem das BMG, das BMASK und das BKA mit Angelegenheiten der Gendergesundheit. Infolge des „Health in All Policies“-Ziels der Bundesregierung und insbesondere auch im Rahmen der wirkungsorientierten Haushaltsführung des Bundes war die Genderthematik von allen übrigen Ressorts zu berücksichtigen.

2.2 Der RH wies darauf hin, dass infolge der Aufnahme des „Health in All Policies“-Ziels in das Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 alle Ressorts auch Themen der Gendergesundheit in ihre Aufgabenwahrnehmung einzubeziehen hatten.

Ressortübergreifende Zuständigkeit von BMG, BMASK und BKA

3.1 Der strategische Schwerpunkt der Gendergesundheit lag im BMG in den Bereichen Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit, während das BMASK für den Bereich der Männergesundheit zuständig war. Darüber hinaus war die Abteilung II/1¹ im BKA mit Koordinierungsaufgaben zur Implementierung des Gendermainstreaming in den übrigen Ressorts befasst.

3.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die Zuständigkeit und Verantwortung für die Wahrnehmung der Angelegenheiten der Gendergesundheit in Österreich auf zwei Ressorts aufgeteilt waren. Er hielt insbesondere die Trennung von Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit einerseits bzw. Männergesundheit andererseits infolge der damit verbundenen organisatorischen, inhaltlichen und finanziellen Auswirkungen für nicht zweckmäßig.

Der RH empfahl dem BMG, auf eine Konzentration der Gesamtverantwortung für die Gendergesundheit im BMG hinzuwirken, um Synergieeffekte sowohl in inhaltlicher als auch in budgetärer Hinsicht nutzen zu können. Eine gebündelte Zuständigkeit in Fragen der Gendergesundheit wäre nach Ansicht des RH auch für die Weiterentwicklung der Gendergesundheit und für einen Wissenstransfer in den übrigen Ressorts von Vorteil.

¹ Abteilung für gleichstellungspolitische Grundsatz- und Rechtsangelegenheiten

Zuständigkeiten und Akteure

3.3 Laut *Stellungnahme des BMG habe es bereits mit dem BMASK ein Gespräch geführt. Vorbehaltlich der budgetären Möglichkeiten solle in den nächsten Jahren ein gemeinsamer Gendergesundheitsbericht erstellt werden (siehe TZ 14).*

3.4 Der RH entgegnete, dass sowohl für die Erstellung des Frauen- als auch des Männergesundheitsberichts ohnedies bereits budgetär vorgesorgt sein muss.

Zuständigkeiten BMG und GÖG

4 (1) Dem BMG² oblagen laut Geschäftsverteilung die Wahrnehmung der fachlichen Angelegenheiten zum Thema Gendergesundheit sowie die Gewährung von Förderungen mit Genderbezug (siehe TZ 15, 17).

(2) Als nationales Forschungs- und Planungsinstitut im Gesundheitswesen sowie als Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung³ wurde im Jahr 2006 die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) errichtet, mit dem Bund (vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit) als Alleingesellschafter (siehe TZ 19).⁴

Das GÖG-G nannte als Ziel der GÖG u.a. die Gender- und Diversitätsgerechtigkeit⁵. Darüber hinaus oblagen ihr auch Aufgaben gemäß Gesundheitsförderungsgesetz⁶, insbesondere:

- die Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens;
- die Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren.

Die GÖG gliederte sich in drei Geschäftsbereiche:

- a) ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit),
- b) FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) und
- c) BIQG (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen).

² Abteilung III/8 „Kinder-, Jugend- und Gendergesundheit, Ernährung“

³ siehe dazu www.goeg.at (Zugriff 3. Juli 2014)

⁴ Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG-G), BGBl. I Nr. 132/2006 i.d.g.F.

⁵ § 3 Abs. 2 Z 4 GÖG-G

⁶ BGBl. I Nr. 51/1998 i.d.g.F.

- a) Das ÖBIG hatte u.a. die Aufgabe,
- strukturverändernde Maßnahmen und Projekte zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen zu beobachten, zu analysieren und einschließlich Berichtswesen und Dokumentation zu evaluieren, bzw.
 - Methoden zur Erfassung, Darstellung, Analyse und Auswertung von Daten, die für den Gesundheitszustand der Bevölkerung von Bedeutung waren, zu erarbeiten (siehe TZ 21).
- b) Ziel des FGÖ war ein hohes Alter bei guter Gesundheit für alle in Österreich lebenden Menschen. Dabei sollten Rahmenbedingungen – wie z.B. in Wohnort, Schule und Arbeitsplatz – geschaffen werden, die die Menschen in die Lage versetzen, ein Leben in guter Gesundheit zu führen (siehe TZ 22).
- c) Dem BIQG oblagen die Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung eines Qualitätssystems basierend auf den Prinzipien der Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz.
- (3) Im Jahr 2012 wurde im BMG mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen BMG und GÖG zu optimieren, eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Diese Stelle war insbesondere für das Monitoring des Arbeitsprogramms der GÖG zuständig (siehe TZ 16).

Ziele und Steuerung der Gendergesundheit

Zielhierarchie

- 5 Zur Zeit der Geburungsüberprüfung fanden sich die wesentlichen Ziele zum Thema Gendergesundheit in Österreich in folgenden Quellen:
- Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018,
 - von der Bundesgesundheitskommission beschlossene Rahmen-Gesundheitsziele,
 - Strategiebericht zum Bundesfinanzrahmengesetz 2014 – 2017 und
 - Wirkungsziele zum Bundesfinanzgesetz 2013 (BFG)⁷.

Für die Umsetzung dieser Ziele war das BMG verantwortlich.

⁷ BGBI. I Nr. 103/2012 i.d.g.E.

Ziele und Steuerung der Gendergesundheit

Rahmen-Gesundheitsziele

6.1 (1) Im Jahr 2011 beschlossen die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat, Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich zu erarbeiten.

Diesem Vorhaben folgend beschloss die Bundesgesundheitskommission Mitte 2012 insgesamt zehn Rahmen-Gesundheitsziele. Von den zehn Zielen wies das Rahmen-Gesundheitsziel 2 (Gesundheitliche Chancengerechtigkeit) den überwiegenden Genderbezug auf: „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.“

(2) Zur Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele wurden Arbeitsgruppen eingesetzt. Auf klare Vorgaben an die Arbeitsgruppen betreffend Ziele, Zeitrahmen oder Berichtspflichten wirkte das BMG nicht hin.

Die mit dem Rahmen-Gesundheitsziel 2 (Gesundheitliche Chancengerechtigkeit) befasste Arbeitsgruppe 2 hatte rund ein Jahr nach Beschluss der Rahmen-Gesundheitsziele noch immer keine Indikatoren für die Zielerreichung festgelegt.

6.2 Der RH stellte kritisch fest, dass das BMG nicht darauf hingewirkt hatte, dass die mit dem Genderthema befasste Arbeitsgruppe rund ein Jahr nach Beschluss der Rahmen-Gesundheitsziele Indikatoren für die Zielerreichung festlegte.

Er empfahl daher dem BMG, auf eine rasche Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele hinzuwirken, bspw. durch klare Vorgaben an die eingerichteten Arbeitsgruppen betreffend Ziele, Themenbereiche, Zeitrahmen und Meilensteine sowie Informations-, Berichts- und Dokumentationspflichten.

6.3 *Laut Stellungnahme des BMG seien den Arbeitsgruppen bereits klare Vorgaben hinsichtlich Ziele, Zeitrahmen, Berichts- und Dokumentationspflichten gegeben worden.*

Wirkungsorientierte Haushaltsführung

Strategie

7 (1) Mit dem Beschluss zur Erarbeitung von Rahmen-Gesundheitszielen legten die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat im Jahr 2011 die Strategie für die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen fest.

Im Bundesvoranschlag waren gemäß § 23 des Bundeshaushaltsgesetzes (BGH) 2013⁸ Wirkungsziele und für deren Erreichen vorgesehene Maßnahmen mit Indikatoren anzuführen und mit den veranschlagten Mittelverwendungen umzusetzen.

Wirkungsziel

- 8.1** Das BFG 2013 legte für die Untergliederung (UG) 24 (Gesundheit) als Wirkungsziel 2 die „Gewährleistung des gleichen Zugangs von Frauen und Männern zur Gesundheitsversorgung mit speziellem Fokus auf genderspezifische Vorsorge- und Präventionsprogramme“ fest. Als prioritär wurde dabei „die Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsverhaltens“ bezeichnet.
- 8.2** Der RH hielt fest, dass das Wirkungsziel 2 des BMG im BFG 2013 mit den in der Zielhierarchie übergeordneten Zielformulierungen (Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 (siehe TZ 5), Rahmen-Gesundheitsziel 2 (siehe TZ 6)) in Einklang stand und diese Zielformulierungen in sachlogischer Erweiterung konkretisierte.

Maßnahmen

- 9.1** Als Maßnahmen zur Erreichung des Wirkungsziels 2 legte das BFG 2013 die Erhöhung der Transparenz im Hinblick auf die geschlechtsspezifische Verteilung der Krankheiten durch Auswertung der Daten betreffend Herzinfarkt und Krebs sowie als zweiten Schwerpunkt die Implementierung des Nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms („Mammographie-Screening Austria“) fest.
- 9.2** Hinsichtlich der Eignung der Maßnahmen zur Erreichung des Wirkungsziels hieß der RH fest, dass das Projekt „Mammographie-Screening Austria“ mit dem Ziel der „genderspezifischen Vorsorge- und Präventionsprogramme“ und teilweise mit dem prioritären Ziel der „Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede“ (siehe TZ 8) zur Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter beitragen kann. Auch wies der RH darauf hin, dass die Transparenz über die geschlechtsspezifische Verteilung von Krankheiten nur einen ersten Schritt zur Erreichung der Wirkungsziele darstellte.

⁸ BGBl. I Nr. 139/2009 i.d.g.F.

Ziele und Steuerung der Gendergesundheit

Indikatoren

- 10.1** (1) Als Indikatoren zur Messung der Zielerreichung des Wirkungsziels 2 sah das BFG 2013 die Erhöhung der Teilnahmerate von Frauen und Männern an der Vorsorgeuntersuchung NEU um durchschnittlich 10 % oder 85.400 Personen auf rd. 940.000 Personen vor. Die Erhöhung bei den Frauen sollte 5 % oder 25.620 Personen und bei den Männern 15 % oder 59.780 Personen betragen. Die Basisdaten entstammten dem Statistischen Jahrbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- (2) Als weiteren Indikator definierte das BFG 2013 die Teilnahmerate der Frauen zwischen 45 und 70 Jahren am bundesweiten „Mammographie-Screening Austria“. Bis Ende 2013 sollte die Teilnahmerate um 5 Prozentpunkte von 40 % auf 45 % steigen. Absolute Zahlen zu diesem Indikator waren dem BFG 2013 nicht zu entnehmen.
- 10.2** Der RH beanstandete das Fehlen von absoluten Zahlen beim Indikator „Mammographie-Screening Austria“, wodurch keine Transparenz gegeben war. Er empfahl daher dem BMG, Wirkungsziele bzw. Indikatoren, die eine zahlenbasierte Veränderung zum Inhalt haben, mit absoluten Zahlen (z.B. der Ausgangsbasis) so festzulegen, dass eine Überprüfung im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs möglich ist.
- 10.3** *Laut Stellungnahme des BMG werde auf der Grundlage des bundesweiten Brustkrebsfrüherkennungsprogramms erstmals nach den Kriterien eines bevölkerungsbezogenen, organisierten, qualitätsgesicherten Screening-Programms untersucht. Daher seien für diesen Indikator erst in den nächsten Jahren gesicherte Zahlen verfügbar, die einen jährlichen Vergleich ermöglichen würden.*
- 10.4** Der RH hielt seine Empfehlung aufrecht, nur solche Wirkungsziele bzw. Indikatoren festzulegen, die eine Überprüfung im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs ermöglichen.

Umsetzung

- 11.1** Der Projektbeginn „Mammographie-Screening Austria“ war im Arbeitsprogramm der GÖG mit 1. Jänner 2013 festgelegt. Zur Zeit der Geburtsüberprüfung im Herbst 2013 hatte die GÖG Vorarbeiten geleistet, das Projekt war aber noch nicht angelaufen. Im BFG 2014⁹ war der Zielwert für 2013 nicht mehr ausgewiesen.

⁹ BGBl. I Nr. 38/2014

11.2 Der RH kritisierte, dass das BMG den Indikator zum „Mammographie-Screening Austria“ festlegte, ohne die Voraussetzungen für einen zeitgerechten Projektstart geschaffen zu haben, und dass es keine unterjährigen Steuerungsmechanismen hatte, um die Umsetzung der Maßnahmen und die Erreichung des Zielwertes sicherzustellen. Gemäß Indikator sollte die Teilnehmerrate am Projekt „Mammographie-Screening Austria“ bis Ende 2013 um 5 Prozentpunkte steigen (siehe TZ 10), bis Herbst 2013 hatte das Projekt aber noch nicht einmal gestartet und der Zielwert war im BFG 2014 nicht mehr ausgewiesen.

Der RH empfahl dem BMG, vor der Aufnahme von Wirkungszielen in das BFG ihre Überprüfbarkeit anhand geeigneter Indikatoren und unterjähriger Steuerungsmechanismen zur Erreichung des Zielwertes sicherzustellen.

11.3 *Laut Stellungnahme des BMG werde es diese Empfehlung berücksichtigen.*

Wirkungscontrolling, Steuerung und Evaluierung

12.1 (1) Bis Ende 2012 waren die Teilnahmezahlen an der Vorsorgeuntersuchung NEU bei den Frauen um rd. 9 % (von 458.134 auf 501.194) und bei den Männern um rd. 7 % (von 396.279 auf 424.494) gestiegen. Somit lag die Steigerungsrate bei den Frauen über dem Zielwert von 5 %, bei den Männern hingegen deutlich unter dem Zielwert von 15 %.

Das BMG setzte keine Maßnahmen, um die Teilnehmerate der Männer zu erhöhen.

(2) Für das zur Zeit der Geburtsüberprüfung noch nicht angelau-fene Projekt „Mammographie-Screening Austria“ (siehe TZ 11) standen keine Daten zur Verfügung.

12.2 Zur Zeit der Geburtsüberprüfung war bei näherungsweiser Fortschreibung der Steigerungsraten aus dem Jahr 2012 die Erreichung eines Teilziels – der Steigerung der Teilnehmerate insgesamt (Frauen und Männer) um 10 % – realistisch, nicht hingegen jene des Teilziels Teilnahmezahlen Männer (Steigerung um 15 %). Der RH kritisierte, dass es das BMG hier verabsäumte, rechtzeitig Schritte zur Zielerreichung einzuleiten.

Ziele und Steuerung der Gendergesundheit

Er empfahl dem BMG, den gesetzlichen Vorgaben entsprechend in regelmäßigen Abständen den Umsetzungsgrad der Wirkungsziele zu beobachten und zu evaluieren, um erforderlichenfalls rechtzeitig steuernd eingreifen zu können.

12.3 *Laut Stellungnahme des BMG werde es dieser Empfehlung nachkommen.*

Kosten- und Leistungsrechnung

13.1 Für die insbesondere mit Genderthemen befasste Fachabteilung des BMG waren mehrere Kostenträger eingerichtet; ein Kostenträger zum Thema Gendergesundheit fehlte. Dadurch verfügte das BMG über keine Daten zu den für Genderthemen intern entstandenen Kosten.

13.2 Der RH kritisierte, dass das BMG aufgrund des fehlenden Kostenträgers für Gendergesundheit nicht in der Lage war, die zur Erreichung seines Gleichstellungsziels aufgewendeten Kosten zu ermitteln.

Er empfahl dem BMG, die Kosten- und Leistungsrechnung im BMG dahingehend zu adaptieren, dass auch die Kosten im Zusammenhang mit den Wirkungszielen darin abgebildet werden können.

13.3 *Das BMG sagte zu, durch Anlegen weiterer „Gender-Kostenträger“ in Hinkunft eine separate Auswertung zum Thema Gendergesundheit zu ermöglichen.*

Berichtswesen zur Gendergesundheit

14.1 Als Folge der organisatorischen Trennung zwischen Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit (BMG) sowie Männergesundheit (BMASK) gab es kein gesamthaftes Berichtswesen zum Thema Gendergesundheit. Das BMG erstellte jährliche Frauengesundheitsberichte, das BMASK Männergesundheitsberichte.

Im Unterschied dazu verfügte etwa die Schweiz über einen einheitlichen Gendergesundheitsbericht. Im Fokus dieses Berichts standen insbesondere

- die Vermittlung eines Überblicks über die Gesundheitssituation von Frauen und Männern,
- das Aufzeigen eines diesbezüglichen gesundheitspolitischen Handlungs- und Forschungsbedarfs,

- die Bereitstellung von Entscheidungsgrundlagen für die Versorgungsplanung.

14.2 Der RH kritisierte, dass es in Österreich kein gesamthaftes Berichtswesen zum Thema Gendergesundheit gab und sowohl das BMG als auch das BMASK jeweils für ihre Teilbereiche eigene Gesundheitsberichte erstellten. Dadurch war weder ein Überblick über die Gesundheitssituation von Frauen und Männern noch eine gesamthaft Grundlage für gesundheitspolitischen Handlungs- und Forschungsbedarf vorhanden.

Der RH empfahl dem BMG, in Anlehnung etwa an den Schweizer Gendergesundheitsbericht auch in Österreich einen beide Geschlechter umfassenden gesamthaften Gesundheitsbericht zu erstellen.

14.3 *Laut **Stellungnahme des BMG** habe es bereits mit dem BMASK ein Gespräch geführt. Vorbehaltlich der budgetären Möglichkeiten solle in den nächsten Jahren ein gemeinsamer Gendergesundheitsbericht erstellt werden (siehe auch TZ 3).*

14.4 Der RH entgegnete, dass sowohl für die Erstellung des Frauen- als auch des Männergesundheitsberichts ohnedies bereits budgetär vorgesorgt sein muss.

Aufgabenverteilung BMG und GÖG

Steuerungs- und Koordinierungs-funktion des BMG

15.1 Wie einleitend dargestellt (siehe TZ 4), waren die Agenden der Gendergesundheit zwischen dem BMG und den Bereichen der GÖG aufgeteilt. Die erforderliche Steuerung nahm das BMG wie folgt wahr:

Die Abstimmung zwischen dem BMG und dem FGÖ, die beide Förderungen für Projekte mit Genderbezug vergaben, erfolgte über ein Kuratorium des FGÖ, in dem der Bundesminister für Gesundheit vertreten war. Die GÖG (konkret das ÖBIG) führte Studien und Projekte mit Genderbezug durch, die sie in ihrem jährlichen Arbeitsprogramm mit dem BMG vereinbarte.

15.2 Der RH hob hervor, dass das BMG über das Kuratorium des FGÖ die Förderungspraxis des FGÖ mitbestimmte und mit der GÖG jährliche Arbeitsprogramme vereinbarte.

Aufgabenverteilung BMG und GÖG

16.1 Im Jahr 2012 richtete das BMG eine Koordinierungsstelle ein. Diese sollte die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Abteilungen des BMG und der GÖG koordinieren sowie die Umsetzung des jährlichen Arbeitsprogramms der GÖG beobachten.

Laut Angabe der Koordinierungsstelle wurde sie jedoch nicht über alle laufenden Projekte aus den Arbeitsprogrammen der GÖG lückenlos informiert. So war z.B. das Projekt „Mammographie-Screening Austria“ im Arbeitsprogramm 2013 vorgesehen, die diesbezügliche Auftragserteilung erfolgte jedoch ohne Einbindung der Koordinierungsstelle.

16.2 Der RH sah zwar die Einrichtung einer Koordinierungsstelle im BMG aufgrund der zahlreichen Akteure als grundsätzlich zweckmäßig an, verwies aber am Beispiel des Projekts „Mammographie-Screening Austria“ kritisch auf die mangelhafte Kommunikation.

Der RH empfahl dem BMG, in Entsprechung der ursprünglichen Zielsetzung die Koordinierungsstelle über den Status-quo aller Projekte aus den Arbeitsprogrammen der GÖG zu informieren.

16.3 *Laut Stellungnahme des BMG habe es die vom RH empfohlene Einbindung der Koordinierungsstelle bereits umgesetzt.*

Förderungen durch das BMG

17.1 (1) Das BMG legte jährlich seine Förderungsschwerpunkte fest, die wie die gesamte Förderungsabwicklung auf der Homepage des BMG abrufbar waren. Die Förderungsschwerpunkte des BMG betrafen

– die Gesundheitsvorsorge und -prävention:

Schwerpunkte waren hier bspw.

- Frauengesundheit,
- psychische Gesundheit,
- Alkohol und Rauchen/Tabak sowie
- seit 2011 genderspezifische Gesundheitsförderung;

– die interkulturelle Gesundheitsförderung.

Die Förderungsschwerpunkte für 2013 enthielten die Themen Frauengesundheit und genderspezifische Gesundheitsförderung. Darüber hinaus wiesen sie als weiteren Förderungsschwerpunkt „Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit“ auf.

(2) Der nachstehenden Tabelle sind die Förderungen und die Anzahl der vom BMG geförderten Projekte, insgesamt und jene mit Genderbezug, zu entnehmen:

Tabelle 1: Geförderte Projekte des BMG mit Genderbezug

	2009	2010	2011	2012	2013	Summe 2009 bis 2013
in Mio. EUR						
Förderungen ¹	5,60	7,31	5,34	5,44	6,36	30,05
davon						
mit Genderbezug ^{1, 2}	0,16	0,19	0,22	0,16	0,18	0,91
Anzahl						
geförderte Projekte	35	34	34	28	30	161
davon						
mit Genderbezug	6	6	6	5	5	28

¹ VA-Ansatz 1/24206

² Förderungen durch Abt. III/8 bearbeitet

Quellen: BMG; RH

Das BMG förderte von 2009 bis 2013 insgesamt 161 Projekte mit einem Förderungsbetrag von 30,05 Mio. EUR. Davon wiesen 28 Projekte (rd. 17 %) mit einem Förderungsbetrag von insgesamt rd. 910.000 EUR (rd. 3 %) einen Genderbezug auf.

Die Förderungen mit Genderaspekt waren insbesondere auf Frauengesundheit und Berücksichtigung des sozio-ökonomischen Hintergrunds – z.B. Migration, unzureichende Schulbildung, keine oder schlecht bezahlte Arbeit – ausgerichtet. Der größte Anteil dieser Förderungen (61 % oder rd. 555.000 EUR im Zeitraum 2009 bis 2013) entfiel auf die „Arbeitsgemeinschaft der österreichischen Frauengesundheitszentren“¹⁰. Die Frauengesundheitszentren hatten grundsätzlich die Frauengesundheit zum Ziel, dies unter Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte vor dem Hintergrund der Defini-

¹⁰ Die „ARGE der österreichischen Frauengesundheitszentren“ ist ein Zusammenschluss nach bürgerlichem Recht der einzelnen Frauengesundheitszentren in Österreich (Kooperationsvertrag vom Dezember 2007).

Aufgabenverteilung BMG und GÖG

tion von Gender als Mitberücksichtigung des sozialen Umfelds bei Gesundheit bzw. Krankheit.

17.2 Der RH anerkannte, dass das BMG ab dem Jahr 2011 die genderspezifische Gesundheitsförderung in seinen Förderungsschwerpunkten explizit berücksichtigte.

Er hielt kritisch fest, dass im BMG nur rd. 3 % der gesamten Fördermittel auf Projekte mit Genderbezug entfielen. Er empfahl daher dem BMG – auch im Hinblick auf das im Rahmen des BFG 2013 formulierte Gleichstellungsziel – den Förderungsschwerpunkt genderspezifische Gesundheitsförderung bei der Zuteilung der Fördermittel verstärkt zu beachten.

17.3 Das BMG sagte die Umsetzung der Empfehlung zu.

18.1 (1) Die Förderungsabwicklung von Projekten erfolgte im BMG nach den „Allgemeinen Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln“¹¹ (kurz: Rahmenrichtlinien).

(2) Die Förderungswerber mussten ihre Förderungsanträge jährlich neu einreichen. Dabei war als fachlich-inhaltliches Förderungskriterium die Einhaltung der Förderungsschwerpunkte, somit auch der Genderbezug, ausdrücklich zu begründen. Darüber hinaus hatten die Förderungswerber die Projektfinanzierung (Eigenmittel, andere Förderungsgeber) offenzulegen. Die Förderung eines Gesamtprojekts ausschließlich aus Budgetmitteln des BMG war nicht vorgesehen. Durch den verpflichtenden Ausweis anderer Förderungsquellen sollten Doppelförderungen von Projekten vermieden werden.

(3) Über die Gewährung und die Höhe von Förderungen entschied nach einer fachlich/inhaltlichen Beurteilung durch die jeweilige Fachabteilung der Bundesminister für Gesundheit.

(4) Nach Ablauf des Projektzeitraums mussten die Förderungsnehmer dem BMG einen sogenannten „Sachbericht“ über die durchgeführten Maßnahmen und die erbrachten Leistungen sowie einen zahlenmäßigen Nachweis über die Mittelverwendung zu einem im Förderungsvertrag festgelegten Zeitpunkt vorlegen. Der Sachbericht musste u.a. auch erläutern, ob bei der Projektdurchführung die im Förderungsantrag dargelegten genderspezifischen Aspekte berücksichtigt wurden und welche Auswirkungen das Projekt auf Frauen und Männer hatte.

¹¹ BGBl. II Nr. 51/2004 i.d.g.F.

(5) Im Zusammenhang mit der Abrechnung überprüfte das BMG die Sachberichte und zahlenmäßigen Nachweisungen. Bei Nichterfüllung der Förderungsbedingungen verlangte es Nachbesserungen oder setzte Nachfristen bzw. forderte es auch Fördermittel zurück.

Eine Evaluierung hinsichtlich der gesamthaften Wirkung der geförderten Projekte führte das BMG nicht durch.

18.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das BMG zwar Einzelbeurteilungen aufgrund der Berichte der einzelnen Förderungsnehmer vornahm, jedoch über keine Evaluierung hinsichtlich der gesamthaften Wirkung der geförderten Projekte verfügte.

Er empfahl daher dem BMG, die von ihm geförderten Projekte (z.B. die Frauengesundheitszentren) unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Aspekts einer Evaluierung hinsichtlich der gesamthaften Wirkung zu unterziehen.

18.3 *Laut Stellungnahme des BMG würden alle Förderungen mittels Werkvertrag vorbereitet und abgeschlossen. Das BMG verlange den Förderungserbern Informationen betreffend die zielgerichtete Verwendung der Mittel und den erzielten Erfolg in nachvollziehbarer Form ab.*

18.4 Der RH entgegnete, dass das BMG nicht nur die Einhaltung der Förderungsrichtlinien im Einzelfall sicherstellen, sondern darüber hinaus die Förderungsprojekte auch einer Evaluierung hinsichtlich ihrer gesamthaften Wirkung unterziehen sollte.

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

19.1 Die GÖG erstellte in Abstimmung mit dem BMG ein jährliches Arbeitsprogramm, das ein gegliedertes Budget mit Investitions-, Personal- und Finanzplan umfasste. Die im Arbeitsprogramm enthaltenen Projekte wiesen die für ein nachvollziehbares Projektmanagement notwendigen Eckpunkte – wie bspw. Verantwortlichkeiten, Zeitrahmen, Inhalte, Leistungen und Kosten – auf. Welche Projekte sich mit dem Genderthema auseinandersetzten, war aus dem Arbeitsprogramm nicht erkennbar. Erst auf Nachfrage konnte die GÖG dem RH eine Liste der Projekte mit Genderbezug übermitteln.

19.2 Der RH bemängelte, dass aus dem Arbeitsprogramm nicht eindeutig ersichtlich war, welche Projekte Genderbezug aufwiesen.

Er empfahl daher dem BMG, bei der Erstellung des jährlichen Arbeitsprogramms auf die gesonderte Kennzeichnung der Projekte mit Genderbezug hinzuwirken.

Aufgabenverteilung BMG und GÖG

19.3 Das BMG sagte die Umsetzung der Empfehlung zu.

20.1 Gemäß § 14 Abs. 4 GÖG-G war das Arbeitsprogramm der GÖG bis spätestens 15. Oktober jeden Jahres für das folgende Kalenderjahr der Generalversammlung der GÖG zur Genehmigung vorzulegen. Tatsächlich verzögerte sich im überprüften Zeitraum die Vorlage der Arbeitsprogramme um bis zu vier Monate (für das Kalenderjahr 2011).

20.2 Der RH wies kritisch auf die Nichteinhaltung des gesetzlich festgelegten Zeitpunkts zur Vorlage der Arbeitsprogramme hin.

Er empfahl dem BMG, darauf hinzuwirken, dass die Arbeitsprogramme der GÖG der Generalversammlung zeitgerecht vorgelegt werden, um die Durchführung der Projekte auf Basis eines genehmigten Programms sicherzustellen.

20.3 Laut *Stellungnahme des BMG erfolgten alle Schritte zur Erstellung des Arbeitsprogramms in enger Abstimmung zwischen BMG und der GÖG; die Termine hingen von vielfältigen Abstimmungsschritten ab. Eine Überschreitung der Frist habe es für das Arbeitsprogramm 2011 gegeben, seither seien die Vorlagetermine eingehalten worden.*

20.4 Der RH entgegnete, dass laut den ihm übergebenen Unterlagen die Übermittlung der Arbeitsprogramme für die Jahre 2009 bis 2012 jeweils verspätet erfolgte. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen
(ÖBIG)

21.1 Die folgende Tabelle zeigt die Projekte mit Genderbezug, die das ÖBIG im Zeitraum 2009 bis 2013 durchführte:

Tabelle 2: Projekte mit Genderbezug des ÖBIG

Projekte	2009	2010	2011	2012	2013	Summe 2009 bis 2013
in Mio. EUR						
Projektvolumen	3,43	3,37	3,30	3,53	2,52	16,15
Anzahl						
Projekte	20	11	12	22	14	79

Quellen: GÖG; ÖBIG; Darstellung RH

Das ÖBIG wickelte demnach von 2009 bis 2013 insgesamt 79 Projekte mit Genderbezug ab und wendete dafür insgesamt 16,15 Mio. EUR auf. Die Projekte betrafen bspw. Grundlagenarbeiten zur Patientensicherheit, ein nationales Krebsrahmenprogramm, Leitlinien für integrierte Versorgung sowie Disease-Management zu den Themen Schlaganfall bei Frauen, Diabetes, Morbus Parkinson und Demenz.

21.2 Der RH hielt fest, dass das ÖBIG in den vergangenen Jahren zahlreiche Projekte mit Genderbezug durchführte.

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

22.1 (1) Neben dem BMG förderte auch der FGÖ Projekte, die Genderaspekte sowie gesundheitliche Chancengerechtigkeit zum Inhalt hatten. Der FGÖ-Projektguide sah die Themen Gender und gesundheitliche Chancengerechtigkeit als von allen Förderungswerbern zu beantwortende Kernfragen vor; der FGÖ beurteilte jeden einzelnen Förderungsantrag auf seinen Genderbezug hin.

Projekte mit Genderbezug waren aus Sicht des FGÖ jene, für die ein spezieller Bedarf für Frauen oder Männer hinsichtlich ihrer Gesundheit unter Berücksichtigung von Bildungsunterschieden, Einkommen oder Migration bestand, wobei der FGÖ den Fokus insbesondere auf den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung legte.

(2) Die Förderungen des FGÖ stellten Kofinanzierungen dar. Im jeweiligen Förderungsantrag hatte der Förderungswerber die Eigenmittel sowie beantragte Förderungen bei anderen Förderungsstellen und sonstige projektbezogene Finanzierungen anzugeben. Doppelförderungen sollten so verhindert werden.

(3) Der FGÖ-Projektguide sah die Evaluierung und die Verbreitung der Projektergebnisse bspw. durch Schulungen oder Präsentationen vor.

Die vom FGÖ mit Genderbezug geförderten Projekte hatten in der Regel einen mehrjährigen Projektzeitraum und zielten nach erfolgreichem Abschluss auf die Übernahme in den Regelbetrieb ab. Die in den Regelbetrieb übernommenen Projekte wurden keiner weiteren Evaluierung hinsichtlich der Wirkung und des Nutzens der geförderten Projekte unterzogen.

(4) Die nachstehende Tabelle zeigt die in den Jahren 2009 bis 2013 abgeschlossenen Förderungsprojekte des FGÖ mit Genderbezug:

Aufgabenverteilung BMG und GÖG

Tabelle 3: Geförderte Projekte des FGÖ mit Genderbezug

	2009	2010	2011	2012	2013	Summe 2009 bis 2013
in EUR						
Förderungsvolumen ¹	95.959	323.681	0	323.639	0	743.279
Anzahl						
Anzahl ¹	2	2	0	3	0	7

¹ aufgegliedert nach Projektende

Quellen: FGÖ; Darstellung RH

Im Zeitraum 2009 bis 2013 wurden sieben Projekte abgeschlossen. Bei Gesamtprojektkosten von 1,65 Mio. EUR förderte der FGÖ mit diesen sieben Projekten rd. 743.000 EUR.

(5) Das vom FGÖ geförderte Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“¹² war in den Förderungsunterlagen als „gender- und kultursensibles Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung“ mit einer zweijährigen Projektlaufzeit ausgewiesen. Fünf Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbunds nahmen an diesem Projekt teil. Zielgruppe waren gering qualifizierte Mitarbeiterinnen aus den Bereichen Hausarbeit, Küche und Abteilungshilfe.

Zusätzlich zum Endbericht erstellte ein externes Institut einen Evaluierungsbericht zur Prozess- und Ergebnisevaluation. Demnach wurden die Ziele der Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des Projekts erreicht. Im Rahmen des Projekts wurden Gesundheitsbeauftragte mit dem Ziel von Gesundheitsmultiplikatorinnen tätig bzw. auch als Vermittlerinnen zwischen den Mitarbeiterinnen des Niedriglohnneiveaus und der Hierarchie ausgebildet. Nach Projektende fanden regelmäßige Treffen der Gesundheitsbeauftragten zu einem Erfahrungsaustausch in halbjährlichen Intervallen statt.

22.2 (1) Der RH hob positiv hervor, dass der FGÖ in seinem Projektguide die Themen Gender und gesundheitliche Chancengerechtigkeit als bei sämtlichen Projekten vom Förderungswerber zu beantwortende Kernfragen vorsah. Dadurch war ein Mindestmaß widmungsgemäßer Verwendung der Fördermittel grundgelegt.

¹² Zur Zeit der Geburungsüberprüfung lief dieses Projekt im dritten Durchlauf. Das Projekt wurde zuvor schon zweimal durchgeführt (von 2009 bis 2012).

(2) Weiters anerkannte der RH im Sinne der Nachhaltigkeit der Förderungsausgaben, dass der FGÖ grundsätzlich nur solche Projekte förderte, die nach erfolgreichem Projektende auf die Übernahme in den Regelbetrieb abzielten.

(3) Die Kofinanzierung und Bedachtnahme auf Zuwendungen anderer Förderungsstellen erachtete der RH zur Vermeidung von Doppelförderungen als zweckmäßig.

(4) Der RH hielt jedoch kritisch fest, dass zwar Einzelbeurteilungen aufgrund der Evaluierungsberichte vorlagen (z.B. zum Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“), jedoch keine gesamthafte Evaluierung hinsichtlich der Wirkung und des Nutzens der geförderten Projekte im Regelbetrieb.

Der RH empfahl daher dem BMG, in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium des FGÖ auf eine gesamthafte Evaluierung der in den Regelbetrieb übernommenen Projekte hinzuwirken.

22.3 *Laut Stellungnahme des BMG sei Nachhaltigkeit bei der Förderungstätigkeit des FGÖ ein wichtiges Ziel und Qualitätskriterium. So sei Anfang 2014 ein Fragebogen (Evaluierungsbogen) eingeführt worden, der bei allen externen Projekt-Evaluationen als Basis verwendet würde und somit projektübergreifende Auswertungen ermögliche. Beim Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ sei das Nachhaltigkeitsmonitoring über weiterführende Projekte der Projektakteure erfolgt.*

Studien, Publikationen und konkrete Maßnahmen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes

23.1 (1) Der Frauengesundheitsbericht 2010/2011 enthielt Auswertungen hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen und Männern. Demnach waren Frauen rund zehn Lebensjahre später als Männer von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen. Neben dem Altersfaktor war bei Frauen die spätere Diagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung für ein nachhaltigeres Erkrankungsbild mitverantwortlich.

Im Arbeitsprogramm 2013 der GÖG war die krankheitsbezogene epidemiologische Berichterstattung – unter Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte – zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Prävention bis Mitte 2014 vereinbart; die Berichtserstellung hatte zur Zeit der Geburtsüberprüfung bereits begonnen. Der Bericht sollte das Versorgungsangebot, die Versorgungsprozesse, die Ergebnisqualität und die Patientenperspektive behandeln.

Studien, Publikationen und konkrete Maßnahmen

- (2) Zum Krankheitsbild Diabetes erstellte die GÖG den Diabetesbericht 2013; allerdings konnte die Aktualisierung des vorangegangenen Berichts (Diabetesbericht 2004) aus budgetären Gründen nicht in vollem Umfang erfolgen. Der Diabetesbericht 2013 enthielt ein eigenes Kapitel „Genderaspekt“, das den Einfluss von Diabetes auf das Leben von Frauen und Männern sowie Unterschiede (z.B. höheres Risiko bei übergewichtigen Frauen) und Gemeinsamkeiten (z.B. gute Blutdruckeinstellung) bei den Geschlechtern darstellte.
- (3) Laut dem Diabetesbericht 2013 waren bis zu 9 % der Bevölkerung – davon 57 % Männer und 43 % Frauen – an Diabetes erkrankt. Die Gesamtausgaben für Diabetes-Patienten lagen im Jahr 2010 bei rd. 2,8 Mrd. EUR, wobei die Ausgabendarstellung überwiegend auf Schätzungen beruhte. Eine geschlechterspezifische Differenzierung der Ausgaben fehlte.
- (4) Die Gesundheitsausgaben reduzierten sich lt. Diabetesbericht 2013 durch die Teilnahme von Diabetikern am Disease-Management-Programm¹³ „Therapie Aktiv“ von rd. 3.900 EUR auf rd. 3.200 EUR. Rund 30.000 Betroffene, das waren rd. 7 % der österreichweit diagnostizierten Diabetiker, nahmen daran teil; daraus ergab sich ein Einsparungspotenzial von insgesamt rd. 24 Mio. EUR jährlich. Eine genderspezifische Erhebung und die Darstellung der Wirkungen des Programms unterblieben.

23.2 (1) Der RH hielt fest, dass der Frauengesundheitsbericht 2010/2011 Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufzeigte und die GÖG eine weitergehende Berichterstattung vorsah. Er empfahl dem BMG, die Ergebnisse des Berichts der GÖG als Entscheidungsgrundlage für weitere gesundheitspolitische Maßnahmen zu berücksichtigen.

(2) Der RH stellte fest, dass mit dem Diabetesbericht 2013 eine aktuelle Übersicht zu Diabetes in Österreich vorlag, die auch den Genderaspekt berücksichtigte. Er kritisierte jedoch die nur eingeschränkte Vergleichbarkeit der Diabetesberichte 2004 und 2013. Er empfahl dem BMG, regelmäßig genderbezogene Auswertungen und vergleichbare

¹³ Ziel eines Disease Management Programms ist die systematische, integrierte, multiprofessionelle und patientenorientierte Versorgung chronisch Kranker. Die Teilnahme am Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ sollte zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität der Diabetiker, zur Risikominimierung für Folgeerkrankungen und zur Vermeidung frühzeitiger Todesfälle beitragen. Eckpunkte des Programms waren die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Verfahren der Einschreibung, Schulung der Leistungserbringer und der Versicherten, Dokumentation und Evaluierung.



Berichte zu Diabetes zu erstellen, um so den Erfolg der getroffenen Maßnahmen feststellen zu können.

(3) Der RH bemängelte, dass die im Diabetesbericht 2013 erfolgte Gesamtdarstellung der Ausgaben überwiegend auf Schätzungen beruhte. Er empfahl dem BMG, die tatsächlichen Ausgaben für Diabetes zu erheben, zu analysieren und genderbezogen darzustellen.

(4) Der RH erachtete die Einrichtung des Disease-Management-Programms „Therapie Aktiv“ für Diabetiker grundsätzlich als zweckmäßig. Allerdings wies er auf die geringe Teilnehmerate von nur rd. 7 % der diagnostizierten Diabetiker hin. Auch vermisste der RH eine genderspezifische Erhebung und Darstellung der Wirkungen dieses Programms.

Er empfahl dem BMG im Hinblick auf die damit verbundenen Kosten-senkungspotenziale, das Programm österreichweit zu implementieren und seine Wirkungen in regelmäßigen Abständen unter Berücksichti-gung des Genderaspekts zu evaluieren.

23.3 *Laut Stellungnahme des BMG sollte der Bericht „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ Basis für die gesundheitspolitische Planung und weitere Maßnahmen sein. Durch die gesonderte Behandlung des Genderaspekts im Hinblick auf Diagnostik und Therapie sollte bei Ärzten ein Bewusstsein geschaffen und sollten Fort- und Weiterbildungen angeregt werden.*

Die Erstellung regelmäßiger Diabetesberichte mit genderspezifischen Auswertungen sei, wie auch die Erhebung der tatsächlichen Ausgaben für Diabetes, vorgesehen.

Betreffend das Programm „Therapie Aktiv“ teilte das BMG mit, dass die Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Patienten nach Bundesland stark variiere. Die Akzeptanz sei seitens der Ärzte nicht sehr hoch und von den Patienten würde viel Commitment abverlangt. Daher könnten aufgrund der geringen Teilnehmerate die Effekte nicht gut nachgewiesen werden.

23.4 Der RH verwies auf die im Rahmen der Gesundheitsreform in den Vordergrund gestellte Eigenverantwortlichkeit des Patienten für seine Gesundheit und die Möglichkeit des BMG, auf die Erhöhung der Akzeptanz des Disease-Management-Programms sowohl bei den Ärzten als auch bei den Patienten hinwirken zu können. Er hielt seine Empfehlung, die Wirkungen des Programms in regelmäßigen Abständen unter Berücksichtigung des Genderaspekts zu evaluieren, unverändert aufrecht.

Studien, Publikationen und konkrete
Maßnahmen

Suchterkrankungen

Nationale Suchtpräventionsstrategie

24.1 Für den Themenbereich Suchterkrankungen beauftragte und veröffentlichte das BMG im Jahr 2013 eine Studie zur Vorbereitung einer „Nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“, die sämtliche Abhängigkeitserkrankungen behandelte. Die Studie befasste sich inhaltlich vor allem mit der illegalen Drogensucht. Der Genderaspekt war in der Studie kaum berücksichtigt.

24.2 Der RH stellte kritisch fest, dass das BMG in der genannten Studie dem Genderaspekt nur geringe Bedeutung beimaß. Damit fehlten für Suchterkrankungen genderspezifische Daten, um fundierte Entscheidungsgrundlagen für die in Aussicht genommene Nationale Suchtpräventionsstrategie liefern zu können.

Er empfahl dem BMG daher, bei der Erarbeitung der Nationalen Suchtpräventionsstrategie den Genderaspekt entsprechend zu berücksichtigen.

24.3 *Laut Stellungnahme des BMG sei das Ziel der Studie die Erarbeitung jener Grundlagen gewesen, die in einer künftigen Suchtpräventionsstrategie – unter Beachtung des Genderaspekts – berücksichtigt werden sollten. Die Berücksichtigung des Genderaspekts bei der Erarbeitung der Nationalen Suchtpräventionsstrategie stehe nicht in Frage.*

Alkoholsucht

25.1 (1) Laut der 2007 veröffentlichten Informationsbroschüre des BMG „Der ganz normale Alkoholkonsum“ galten rd. 5 % der österreichischen Bevölkerung über 16 Jahre als Alkoholiker. Der Anteil der alkoholkranken Männer lag bei 7,5 %, jener der Frauen bei 2,5 % der Bevölkerung.

(2) Im September 2007 wurde im BMG das sogenannte „Alkoholforum“, ein nationales Beratungs- und Empfehlungsgremium betreffend Alkohol, gegründet. Ziel des Forums war es, unter Vorsitz des BMG den Handlungs- und Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Problematik Alkohol aus Sicht von Fachleuten zu identifizieren und praxisnahe Empfehlungen abzugeben. Bis 2009 hatte das Forum 37 Empfehlungen – wovon fünf Empfehlungen zur Zeit der Geburtsüberprüfung umgesetzt waren – erarbeitet. Einen konkreten Genderbezug wiesen die Empfehlungen nicht auf. Die weiteren Empfehlungen blieben vom BMG bislang unberücksichtigt.



- 25.2 Der RH kritisierte den fehlenden Genderbezug und die unzureichende Realisierung der Vorschläge des Alkoholforums. Er empfahl dem BMG, bei der Entwicklung einer umfassenden Suchtstrategie der Alkoholsucht einen angemessenen Stellenwert einzuräumen und auch regelmäßige Evaluierungen der getroffenen Maßnahmen durchzuführen. Insbesondere sollte dabei der Genderbezug berücksichtigt werden.
- 25.3 *Laut Stellungnahme des BMG könnte nunmehr auch die Umsetzung der restlichen Empfehlungen des Alkoholforums realisiert werden. Die Verzögerung sei auch auf die sich erst seit 2013 abzeichnenden alkoholpolitischen Fragestellungen im Rahmen der ab diesem Zeitpunkt verstärkt diskutierten und künftigen EU-Alkoholstrategie zurückzuführen gewesen, die auch die nationalen Gegebenheiten und darauf bezugnehmende Erfordernisse ebenso wie den Genderaspekt berücksichtigen müssten.*

Nikotinsucht

- 26.1 (1) Laut einer 2008 veröffentlichten Studie der WHO¹⁴ wies Österreich eine Raucherprävalenz (d.h., dass zumindest gelegentlich Tabak konsumiert wurde) von rd. 40 % der Bevölkerung auf. Nach Geschlechtern getrennt hatte sich der Tabakkonsum von Männern und Frauen unterschiedlich entwickelt. Laut der Gesundheitsbefragung 2006/2007 sank – gegenüber einer Befragung aus den 1970er Jahren – der Anteil an männlichen täglichen Rauchern von 39 % auf 27 %, während jener der Raucherinnen von 10 % auf 19 % anstieg.
- (2) Das BMG beauftragte von 2009 bis 2013 Inserate und Kampagnen zum Thema Nikotinsucht im Betrag von 1,23 Mio. EUR. Daneben förderte es in diesem Zeitraum zwei gemeinnützige Organisationen mit insgesamt 12.000 EUR. Die eingesetzten finanziellen Mittel wiesen nur in Einzelfällen einen Genderbezug auf. So beinhaltete etwa das Rauchertelefon – eine telefon- und internetgestützte Einrichtung zur Raucherentwöhnung, die das BMG mit 25.000 EUR jährlich förderte – eine speziell an Mädchen gerichtete Kampagne. Mit weiteren 5.000 EUR förderte das BMG Inserate in einer Mädchenzeitschrift.
- 26.2 Der RH kritisierte in Anbetracht des gestiegenen Anteils Tabak konsumierender Frauen, dass der Genderbezug in den diesbezüglichen Maßnahmen des BMG unterrepräsentiert war. Er empfahl dem BMG, in diesem Bereich verstärkt gendergerechte Maßnahmen zu setzen.

¹⁴ WHO 2008: WHO Report on the global Tobacco Epidemic

Studien, Publikationen und konkrete Maßnahmen

26.3 *Laut Stellungnahme des BMG seien sowohl die Alkohol- als auch die Tabakprävalenz bei mehreren nationalen Erhebungen stets genderspezifisch erhoben worden.*

26.4 Der RH entgegnete, dass die Erhebung von genderspezifischen Daten alleine nicht ausreicht, sondern dass diese auch bei der künftigen Förderungspolitik des BMG berücksichtigt werden sollten. Er hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Schlussempfehlungen

27 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen an das BMG hervor:

- (1) Auf eine Konzentration der Gesamtverantwortung für die Gendergesundheit im BMG sollte hingewirkt werden, um Synergieeffekte sowohl in inhaltlicher als auch in budgetärer Hinsicht nutzen zu können. (TZ 3)
- (2) Auf eine rasche Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele wäre hinzuwirken, bspw. durch klare Vorgaben an die dafür eingerichteten Arbeitsgruppen betreffend Ziele, Themenbereiche, Zeitrahmen und Meilensteine sowie Informations-, Berichts- und Dokumentationspflichten. (TZ 6)
- (3) Wirkungsindikatoren, die eine zahlenbasierte Veränderung zum Inhalt haben, wären mit absoluten Zahlen (z.B. der Ausgangsbasis) so festzulegen, dass eine Überprüfung im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs möglich ist. (TZ 10)
- (4) Vor der Aufnahme von Wirkungszielen in das BFG sollte ihre Überprüfbarkeit anhand geeigneter Indikatoren und unterjähriger Steuerungsmechanismen zur Erreichung des Zielwertes sichergestellt werden. (TZ 11)
- (5) Der Umsetzungsgrad der Wirkungsziele sollte gemäß den gesetzlichen Vorgaben in regelmäßigen Abständen beobachtet und evaluiert werden, um erforderlichenfalls rechtzeitig steuernd eingreifen zu können. (TZ 12)
- (6) Die Kosten- und Leistungsrechnung im BMG wäre dahingehend zu adaptieren, dass auch die Kosten im Zusammenhang mit den Wirkungszielen darin abgebildet werden können. (TZ 13)
- (7) In Anlehnung etwa an den Schweizer Gendergesundheitsbericht sollte auch in Österreich ein beide Geschlechter umfassender gesamthafter Gesundheitsbericht erstellt werden. (TZ 14)
- (8) Die Koordinierungsstelle im BMG sollte über den Status-quo aller Projekte aus den Arbeitsprogrammen der GÖG informiert werden. (TZ 16)

Schlussempfehlungen

(9) Auch im Hinblick auf das im Rahmen des BFG 2013 formulierte Gleichstellungsziel sollte der Förderungsschwerpunkt genderspezifische Gesundheitsförderung bei der Zuteilung der Fördermittel verstärkt beachtet werden. (TZ 17)

(10) Die vom BMG geförderten Projekte sollten unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Aspekts einer Evaluierung hinsichtlich der gesamthaften Wirkung (z.B. der Frauengesundheitszentren) unterzogen werden. (TZ 18)

(11) Es sollte hingewirkt werden

a) bei der Erstellung des jährlichen Arbeitsprogramms der GÖG auf die gesonderte Kennzeichnung der Projekte mit Genderbezug; (TZ 19)

b) auf eine zeitgerechte Vorlage der Arbeitsprogramme der GÖG an die Generalversammlung; (TZ 20)

c) auf eine gesamthafte Evaluierung der in den Regelbetrieb übernommenen Projekte des FGÖ. (TZ 22)

(12) Die Ergebnisse des zu erstellenden Berichts der GÖG zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollten als Entscheidungsgrundlage für weitere gesundheitspolitische Maßnahmen berücksichtigt werden. (TZ 23)

(13) Es sollten regelmäßig genderbezogene Auswertungen und vergleichbare Berichte zu Diabetes erstellt werden, um so den Erfolg der getroffenen Maßnahmen feststellen zu können. (TZ 23)

(14) Die tatsächlichen Ausgaben für Diabetes wären zu erheben, zu analysieren und genderbezogen darzustellen. (TZ 23)

(15) Das Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ für Diabetiker sollte im Hinblick auf die damit verbundenen Kostensenkungspotenziale österreichweit implementiert und seine Wirkungen sollten in regelmäßigen Abständen unter Berücksichtigung des Genderaspekts evaluiert werden. (TZ 23)

(16) Bei der Erarbeitung der Nationalen Suchtpräventionsstrategie wäre der Genderaspekt entsprechend zu berücksichtigen. (TZ 24)



(17) Bei der Entwicklung einer umfassenden Suchtstrategie wäre der Alkoholsucht ein angemessener Stellenwert einzuräumen. (TZ 25)

(18) Die gegen Alkoholsucht getroffenen Maßnahmen wären unter Berücksichtigung des Genderbezugs regelmäßig zu evaluieren. (TZ 25)

(19) Auch im Bereich der Nikotinsucht sollten verstärkt gendergerechte Maßnahmen gesetzt werden. (TZ 26)





Bericht des Rechnungshofes

**Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark;
Follow-up-Überprüfung**



Inhaltsverzeichnis

BMG

Abkürzungsverzeichnis 428

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
GesundheitVersorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark;
Follow-up-Überprüfung

Kurzfassung 430

Prüfungsablauf und -gegenstand 432

Reformpoolprojekt Integrierte Schlaganfallversorgung 433

Standards der Akutversorgung 435

Schlaganfall-
Register 437

Datenqualität 440

Zielgruppen- und geschlechtsspezifische Unterschiede bei
der Schlaganfallversorgung 441

Phasen im Rehabilitationsprozess von Schlaganfallpatienten 442

Nahtstelle Krankenanstalt und Rehabilitationseinrichtung 443

Schlussempfehlungen 444

ANHANG

Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens 447

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
EDV	elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
KAGes	Steiermärkische Krankenanstalten GmbH
KIS	Krankenhausinformationssystem
LGBI.	Landesgesetzblatt
Nr.	Nummer
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
Reha	Rehabilitation
RH	Rechnungshof
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
TZ	Textzahl(en)
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark; Follow-up-Überprüfung

Der Gesundheitsfonds Steiermark und die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) setzten die Empfehlungen des RH, die er zum Thema Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark im Jahr 2012 (Reihe Bund 2012/10 und Reihe Steiermark 2012/6) veröffentlicht hatte, mehrheitlich um.

Unerledigt blieben die Abstimmung der von der GÖG für Benchmarks verwendeten Sollwerte und Indikatoren mit jenen des oberösterreichischen Schlaganfall-Registers sowie der Aufbau eines umfassenden Schlaganfall-Registers in der Steiermark. Die Daten der Internen Abteilungen der steiermärkischen Krankenanstalten waren noch nicht im Schlaganfall-Register enthalten. Auch erst im Aufbau begriffen war ein Datawarehouse in der Steiermark. Dieses war, da es den gesamten Versorgungsprozess sämtlicher Schlaganfallpatienten in der Steiermark abbilden sollte, die Voraussetzung für Datenanalysen zur Erhebung der Ursachen schlechter Indikatorenwerte einzelner Leistungsanbieter und zur Sicherstellung verbessernder Maßnahmen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung zur Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark war es, die Umsetzung von Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei einer vorangegangenen Geburtsüberprüfung gegenüber der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und gegenüber dem Gesundheitsfonds Steiermark abgegeben hatte. [\(TZ 1\)](#)

Reformpoolprojekt Integrierte Schlaganfallversorgung

Die Empfehlung, bei jenen Leistungsanbietern in der Kette der Schlaganfallversorgung, die schlechte Indikatorenwerte aufwiesen, die Ursachen zu erheben und verbessernde Maßnahmen sicherzustellen, setzte der Gesundheitsfonds Steiermark teilweise um. Die Neurologischen Abteilungen erfassten bereits ihre Daten im Schlaganfall-Register, was die Datenbasis – als Grundlage der Ursachenanalyse – verbesserte. Die Datenerfassung der Internen Abteilungen verschob sich jedoch auf den Herbst 2014. [\(TZ 2\)](#)

Das Datawarehouse, das im Vollausbau die Grundlage für Datenanalysen zur Erhebung der Ursachen schlechter Indikatorenwerte einzelner Leistungsanbieter und zur Sicherstellung verbessernder Maßnahmen sein sollte, war erst in Teilstufen in Betrieb. Dadurch war neben der Ursachenanalyse auch die Kommunikation von Auswertungen an die Systempartner noch nicht umfassend möglich. [\(TZ 2\)](#)

Standards der Akutversorgung

Die Empfehlung, die für Benchmarks verwendeten Sollwerte des Stroke Unit-Registers der GÖG mit jenen des oberösterreichischen Schlaganfall-Registers abzustimmen und die Indikatoren auf aussagekräftige Kennzahlen zu reduzieren, setzte die GÖG nicht um. Allerdings setzte sie sich bei den jährlich stattfindenden Vernetzungstreffen der einzelnen Schlaganfall-Initiativen für eine Vereinheitlichung von Sollwerten und eine Reduzierung auf die aussagekräftigsten Indikatoren ein. [\(TZ 3\)](#)

Schlaganfall- Register

Indem die Neurologischen Abteilungen der Krankenanstalten der Steiermärkischen Krankenanstalten GmbH (KAGes) ihre Daten im Schlaganfall-Register der KAGes erfassten, setzte der Gesundheitsfonds Steiermark die Empfehlung, die landesweite Schlaganfall-Dokumentation nach oberösterreichischem Modell weiterzuführen, teilweise um. Allerdings erfassten die Internen Abteilungen ihre Daten für das Schlaganfall-Register der KAGes noch nicht. Auch



Kurzfassung



Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark; Follow-up-Überprüfung

werden der Vollausbau des Datawarehouse, ein Indikatorenvergleich und somit eine landesweite Schlaganfall-Dokumentation nach oberösterreichischem Modell erst Ende 2014 möglich sein. (TZ 4)

Die Datenübermittlung zwischen dem Schlaganfall-Register der KAGes und dem Stroke Unit-Register der GÖG erfolgte nunmehr automatisiert; die Krankenanstalten der KAGes erfassten die Daten vereinheitlicht und nur mehr einmal im Krankenhausinformationssystem (KIS) der KAGes. Beides begrenzte – entsprechend der Empfehlung des RH – den Dokumentationsaufwand. Auch hatte die GÖG im Interesse der Vermeidung von Mehrgleisigkeiten und Fehleranfällen eine Schnittstelle zur automatisierten Datenübernahme der KAGes-Daten programmiert. Die GÖG führte aber bisher noch kein umfassendes Schlaganfall-Register – die Daten der Neurologischen und Internen Abteilungen fehlten darin –, wodurch ihr Register und jenes der KAGes weiterhin uneinheitlich waren. (TZ 5)

Datenqualität

Die Empfehlung, bei den für die Schlaganfall-Register erforderlichen Daten eine gute Qualität sicherzustellen, setzten der Gesundheitsfonds Steiermark und die GÖG um: Die Datenerfassung in das Schlaganfall-Register der KAGes erfolgte vereinheitlicht über das KJS, wobei das EDV-System routinemäßige Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen durchführte. Auch prüfte der Gesundheitsfonds Steiermark jährlich stichprobenartig die Datenqualität der medizinischen Dokumentation in den Krankenanstalten (z.B. Arztbriefe). Die GÖG ihrerseits hatte eine Datenschnittstelle programmiert, über die Daten aus bestehenden Datenpools der Krankenanstalten unter automatisiert implementierten Plausibilitätsprüfungen geladen wurden. (TZ 6)

Zielgruppen- und geschlechtsspezifische Unterschiede

Die vom RH empfohlenen zielgruppenspezifischen und auf die Betroffenheit von Frauen verstärkt eingehenden Informationskampagnen führte der Gesundheitsfonds Steiermark mittels Fernsehspots, eigener Website, Foldern etc. durch. Der empfohlenen Sensibilisierung des medizinischen Personals dienten die Stroke Unit-Sitzungen der KAGes. (TZ 7)

Phasen im Rehabilitationsprozess von Schlaganfallpatienten

Der Gesundheitsfonds Steiermark wirkte im Sinne der Empfehlung des RH in Abstimmung mit dem Bund auf eine klare Regelung der Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeiten für die Reha-Phase C hin: Er machte die Schaffung einer klaren Regelung sowohl

Kurzfassung

in den Sitzungen der „Fachgruppe Planung“ als auch im Schriftverkehr mit dem BMG zum Thema. (TZ 8)

Nahtstelle Krankenanstalt und Rehabilitationseinrichtung

Indem die Krankenanstalten nunmehr im Interesse der Verkürzung der Wartezeiten Informationen über die Bewilligung eines Reha-Antrags erhielten, setzte der Gesundheitsfonds Steiermark die Empfehlung des RH um. (TZ 9)

Im Sinne der Empfehlung des RH vermerkte nunmehr die antragstellende Krankenanstalt das Datum der Antragstellung auf dem Antragsformular. Empfehlungsgemäß dokumentierte auch die Pensionsversicherungsanstalt das Datum der Bewilligung und verarbeitete die Daten EDV-mäßig. (TZ 10)

Kenndaten zur Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark

Rechtsgrundlagen	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.g.F. und LGBL. Nr. 55/2008 i.d.g.F., Gesundheit Österreich GmbH-Gesetz, BGBl. Nr. 132/2006 i.d.g.F., Steiermärkisches Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, LGBL. Nr. 105/2013 i.d.g.F.	
Reformpoolprojekt zur integrierten Schlaganfallversorgung	Stand 2011	Stand Mai 2014 (zur Zeit der Geburungsüberprüfung)
Kosten	300.000 EUR	~
Status	Pilotprojekt abgeschlossen; Überführung in Regelbetrieb geplant	in Regelbetrieb übergeführt
Datenanalyse	noch keine umfassenden Datenanalysen verfügbar	Datenerfassung im Schlaganfall-Register; Datawarehouse im Aufbau befindlich; Datenanalysen teilweise möglich; Vergleiche ab Herbst 2014 möglich
geschlechtsspezifische Analysen	ja	ja

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte im April und Mai 2014 bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und beim Gesundheitsfonds Steiermark die Umsetzung von Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Geburungsüberprüfung zum Thema Versorgung von Schlaganfallpatienten abgegeben hatte. Der in der Reihe Bund 2012/10 und in der Reihe Steiermark 2012/6 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

Weiters hatte der RH zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen deren Umsetzungsstand bei den überprüften Stellen nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens hatte er in seinen Berichten Reihe Bund 2013/13 und Reihe Steiermark 2013/7 veröffentlicht.

(2) Zu dem im September 2014 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die GÖG im September 2014, der Gesundheitsfonds Steiermark und die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (StGKK) im Oktober 2014 und das BMG im November 2014 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung gegenüber der GÖG im Jänner 2015. Gegenüber dem BMG, dem Gesundheitsfonds Steiermark und der StGKK war keine Gegenäußerung erforderlich.

Reformpoolprojekt Integrierte Schlaganfallversorgung

2.1 (1) Ziel des im Jahr 2008 durchgeführten Reformpoolprojekts „Modell der Integrierten Versorgung Schlaganfall in der Steiermark“ war die bestmögliche Versorgung von Schlaganfallpatienten über sektorale Grenzen hinweg (Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen). Der RH hatte in diesem Zusammenhang dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbericht (TZ 4) empfohlen, auf Basis der Ergebnisse von Datenanalysen bei jenen Leistungsanbietern in der Versorgungskette, die schlechte Indikatorenwerte aufwiesen (z.B. lange Zeitdauer bis zur ersten Bildgebung, geringe Outcome-Verbesserungen), die Ursachen dafür zu erheben und verbessende Maßnahmen sicherzustellen.

Weiters hatte der RH dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbericht (TZ 4, 5) empfohlen, eine für die Steuerung der Schlaganfallversorgung geeignete Datenbasis aufzubauen und Auswertungen daraus den Systempartnern zu kommunizieren. Diese Datenbasis sollte nicht nur Daten der Stroke Units berücksichtigen, sondern einen Überblick über die gesamte Versorgungskette ermöglichen.

(2) Der Gesundheitsfonds Steiermark hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass im 1. Halbjahr 2013 die Steiermärkische Krankenanstalten GmbH (KAGes) das Stroke Unit-Register für die Stroke Units aufgebaut und ausgerollt habe. Der Bereich für die Neurologischen und Internen Abteilungen werde bis Ende 2013 in allen KAGes-Krankenanstalten implementiert. Zur Datenerfassung und -aufbereitung aller Leistungserbringer werde von der StGKK ein Datawarehouse eingerichtet. Die dort installierte Schlaganfallkoordination sammle Daten der Versorgungspartner Rettung und Akutkrankenanstalten. Ein Ausbau um Daten aus den Rehabilitationseinrichtungen bzw. der Pensionsversicherung sei geplant. Weiters stünden der StGKK ihre eigenen Daten aus dem niedergelassenen Bereich zur Verfügung.

Reformpoolprojekt Integrierte Schlaganfallversorgung

Ziel sei es, umfassende Daten über die Versorgung von Schlaganfallpatienten zu erheben und zu überwachen. Ebenso sei ein laufendes Monitoring verschiedener Kennzahlen geplant, die den Betroffenen rückgespiegelt werden sollten. Bei Nichterreichung der Zielwerte bzw. bei schlechten Benchmark-Ergebnissen seien Analysen der möglichen Ursachen und entsprechende Maßnahmen vorgesehen. Darüber hinaus solle die Schlaganfallversorgung im Landes-Zielsteuerungsvertrag verankert werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Neurologischen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten die Daten seit 2013 im Schlaganfall-Register erfassten. Die Datenerfassung in den Internen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten verzögerte sich jedoch und soll laut Gesundheitsfonds Steiermark im Herbst 2014 beginnen.

Das Datawarehouse der StGKK war seit 2012 in Teilfunktionen (z.B. KAGes Kurz- bzw. Lang-Datensatz) in Betrieb, konnte aber die gesamte Versorgungskette noch nicht abbilden. Dieses Datawarehouse sollte in der endgültigen Fassung die Daten aller Schlaganfallpatienten in der Steiermark vollständig enthalten und somit die Grundlage für Analysen bilden, um die Ursachen für schlechte Indikatorenwerte einzelner Leistungsanbieter zu erheben und verbessernde Maßnahmen sicherzustellen.

Der Gesundheitsfonds Steiermark hatte bis zum Ende der Geburtsüberprüfung weder Ursachenauswertungen fertiggestellt noch Analyseergebnisse den Systempartnern kommuniziert. Für Ende 2014 planten der Gesundheitsfonds Steiermark und die StGKK die Veröffentlichung ihres Berichts „Integrierte Versorgung Schlaganfall in der Steiermark“. Dieser Bericht sollte auch dazu dienen, die Ursachen für schlechte Indikatorenwerte bei einzelnen Leistungsanbietern festzustellen. Die Kommunikation dieser Ergebnisse an die Systempartner war ebenso geplant wie die Einleitung verbessernder Maßnahmen. Die Schlaganfallversorgung war im Landes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit als Ziel verankert.

2.2 Der Gesundheitsfonds Steiermark setzte beide Empfehlungen teilweise um, indem die Neurologischen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten die Daten nunmehr im Schlaganfall-Register erfassten, was die Schlaganfall-Datenbasis verbesserte. Unerledigt war hingegen weiterhin die Miteinbeziehung der Internen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten in das Register. Ebenso befand sich das Datawarehouse als Voraussetzung für Datenanalysen zum Zwecke der Erhebung der Ursachen von schlechten Indikatorenwerten einzelner Leistungsanbieter und der Sicherstellung verbessernder Maßnahmen erst im Aufbau,

wodurch die Ursachenanalyse und die Kommunikation von Auswertungen an die Systempartner noch nicht umfassend möglich waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds Steiermark, für die Ausweitung des Schlaganfall-Registers auf die Internen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten und den weiteren Ausbau des Datawarehouse als Grundlage für Datenanalysen und für die Kommunikation der Ergebnisse an die Systempartner zu sorgen.

2.3 *Laut Stellungnahmen des Gesundheitsfonds Steiermark und der StGKK werde weiter auf eine rasche Ausweitung des Schlaganfall-Registers auf die Internen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten hingewirkt. Der Vollausbau des Datawarehouse sei mit Ende 2014 größtenteils abgeschlossen. Damit sei die Erstellung des Schlaganfallberichts möglich und die Ergebnisse könnten den Systempartnern kommuniziert werden (siehe TZ 4).*

Standards der Akutversorgung

3.1 (1) Im Vorbericht hatte der RH ein Benchmarking mit Sollwerten, wie es die GÖG und Oberösterreich (im Schlaganfall-Register) umsetzten, als zur Sicherung der Qualität der Schlaganfallversorgung für zweckmäßig erachtet. Allerdings waren die Sollwerte der GÖG einerseits und des Oberösterreichischen Schlaganfall-Registers andererseits unterschiedlich. Der RH hatte daher der GÖG in seinem Vorbericht (TZ 5) empfohlen, die von der GÖG bzw. in Oberösterreich für Benchmarks verwendeten Sollwerte möglichst aufeinander abzustimmen und auf die aussagekräftigsten Indikatoren zu reduzieren, um im täglichen Betrieb anwendbare Kennzahlen zu etablieren und deren Wirksamkeit erhöhen zu können.

(2) Die GÖG hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass das Stroke Unit-Register und die Schlaganfallversorgung durch die bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung im stationären Bereich aus Routinedaten mittels Einsicht in die Krankenakten überprüft würden, um daraus die weiteren Schritte ableiten zu können. Die Vorbereitung dieser Überprüfung würde Datenplausibilisierungen, Indikatorenauswahl und die Festlegung der Abteilungen inkludieren, die einem Peer Review zugeführt würden. Das bestehende Register der GÖG sei ein Stroke Unit-Register und kein Schlaganfall-Register, weshalb es nur einen Teil der Versorgung widerspiegle. Zur Abstimmung der Sollwerte zwischen den Registern sei die GÖG an die Betreiber des oberösterreichischen Registers herangetreten, um die dort verwendeten Indikatoren und Sollwerte in Erfahrung zu bringen.

Standards der Akutversorgung

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die GÖG keine Abstimmung der Sollwerte vorgenommen und die Indikatoren nicht auf aussagekräftige Kennzahlen reduziert hatte. Nach Ansicht der GÖG wiesen ihr Stroke Unit-Register und das Register des Oberösterreichischen Gesundheitsfonds unterschiedliche Zielrichtungen und Datenverfügbarkeiten auf.

Allerdings setzte sich die GÖG bei den jährlich stattfindenden Vernetzungstreffen der einzelnen Schlaganfall-Initiativen für eine weitere Vereinheitlichung von Sollwerten (z.B. Zeitdauer zwischen dem Schlaganfall bis zur Aufnahme oder Behandlung in der Krankenanstalt) und die Reduktion auf die aussagekräftigsten Indikatoren (z.B. Lyse, Diagnoseklassifikationen) ein, soferne dies möglich und zielführend war.

3.2 Die GÖG setzte die Empfehlung nicht um. Nach wie vor waren die von der GÖG und im oberösterreichischen Schlaganfall-Register für Benchmarks verwendeten Sollwerte nicht aufeinander abgestimmt und die Indikatoren nicht auf aussagekräftige Kennzahlen reduziert. Der RH anerkannte jedoch die Bestrebungen der GÖG, auf eine Reduzierung auf die aussagekräftigsten Indikatoren hinzuwirken.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an die GÖG aufrecht, die von ihr für Benchmarks verwendeten Sollwerte mit jenen des oberösterreichischen Schlaganfall-Registers abzustimmen und die Indikatoren auf aussagekräftige Kennzahlen zu reduzieren, soferne dies trotz der unterschiedlichen Zielrichtungen und Datenverfügbarkeiten der Register möglich und zielführend war.

3.3 *Die GÖG verwies in ihrer Stellungnahme auf die unterschiedlichen Zielrichtungen und Datenverfügbarkeiten der Register, weshalb eine völlige Vereinheitlichung der Indikatoren nicht möglich bzw. nicht zielführend sei. So würden in Oberösterreich als Referenzwerte die Durchschnittswerte aller Krankenanstalten erfasst, während die GÖG auf Basis von verfügbaren Evidenzen definierte Sollwerte verwendet, die nicht mit den Durchschnittswerten vergleichbar seien. Die Verwendung von Durchschnittswerten würde einen qualitativen Rückschritt bedeuten.*

3.4 Der RH entgegnete, dass er sich der unterschiedlichen Zielsetzung und Datenverfügbarkeit der beiden Register bewusst war. Er hatte daher eine Vereinheitlichung der Daten nur insofern empfohlen, als dadurch qualitative Verbesserungen möglich waren.

Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark; Follow-up-Überprüfung

Schlaganfall-Register

4.1 (1) Der Bund und die Länder führten jeweils eigene Schlaganfall-Register, zur Zeit des Vorberichts allerdings mit unterschiedlichen Datenbeständen. Der RH hatte daher dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbericht (TZ 6) empfohlen, aufbauend auf dem Schlaganfall-Register der KAGes die landesweite Schlaganfall-Dokumentation nach oberösterreichischem Modell weiterzuführen. Das oberösterreichische Register enthielt nicht nur – wie z.B. jenes der GÖG – Daten der Stroke Units, sondern auch aus anderen Einheiten, die Schlaganfallpatienten betreuten (z.B. Interne Abteilungen, Transport, Rehabilitation).

(2) Der Gesundheitsfonds Steiermark hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass das steirische Schlaganfall-Register in seiner endgültigen Fassung die Daten über den gesamten Versorgungsprozess beinhalten werde. So seien mögliche Verbesserungspotenziale zu identifizieren und regelmäßig zu überwachen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass zwar die Neurologischen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten die Daten seit 2013 im Schlaganfall-Register der KAGes erfassten, sich aber die Datenerfassung in den Internen Abteilungen auf den Herbst 2014 verschob; ebenso befand sich das Datawarehouse, das den gesamten Versorgungsprozess und eine landesweite Schlaganfall-Dokumentation nach oberösterreichischem Modell abbilden sollte, erst im Aufbau (siehe TZ 2).

4.2 Der Gesundheitsfonds Steiermark setzte die Empfehlung teilweise um, weil zwar die Neurologischen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten die Daten nunmehr im Schlaganfall-Register erfassten, nicht aber die Internen Abteilungen. Ebenso war das Datawarehouse noch im Aufbau befindlich. Ein Indikatorenvergleich und eine landesweite Schlaganfall-Dokumentation nach oberösterreichischem Modell werden erst Ende 2014 möglich sein.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds Steiermark daher neuerlich, für die Ausweitung des Schlaganfall-Registers auf die Internen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten und für den weiteren Ausbau des Datawarehouse als Grundlage für eine landesweite Schlaganfall-Dokumentation nach oberösterreichischem Modell zu sorgen (siehe TZ 2).

4.3 *Laut den Stellungnahmen des Gesundheitsfonds Steiermark und der StGKK werde weiter auf eine rasche Ausweitung des Schlaganfall-Registers auf die Internen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten hingewirkt. Der Vollausbau des Datawarehouse sei mit Ende 2014 größtenteils abgeschlossen. Damit sei die Erstellung des Schlaganfall-*

Schlaganfall-Register

berichts möglich und die Ergebnisse könnten den Systempartnern kommuniziert werden (siehe TZ 2).

5.1 (1) Der RH hatte der GÖG und dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbericht (TZ 6) empfohlen, die vorhandenen Schlaganfall-Register möglichst zu vereinheitlichen und automatische Überleitungen zwischen den Registern sicherzustellen, um Mehrgleisigkeiten und Fehleranfälligkeit zu verhindern.

Weiters hatte der RH der GÖG und dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbericht (TZ 6) empfohlen, zur Begrenzung des Dokumentationsaufwands die Inhalte der Register möglichst aus Vorsystemen, wie elektronischen Krankenakten, überzuleiten.

(2) Laut Mitteilung der GÖG im Nachfrageverfahren werde die Einbeziehung von Daten der Krankenanstalten sowie weiterer Bereiche der Patientenversorgung im Rahmen der Evaluierung und Reorganisation des Stroke Unit-Registers diskutiert und gegebenenfalls umgesetzt. Die Schnittstelle für die Übernahme der Daten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) werde programmiert.

Der Gesundheitsfonds Steiermark hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Daten des Stroke Unit-Registers der KAGes über eine Schnittstelle an das Stroke Unit-Register der GÖG übermittelt würden. Das steirische Schlaganfall-Register sollte im Vollausbau Daten über den gesamten Versorgungsprozess eines Schlaganfallpatienten enthalten, wobei auf bereits vorhandene elektronische Daten zugegriffen würde. Dadurch könnten Doppeleingaben und Übertragungsfehler durch die händische Erfassung ausgeschlossen werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Register weiterhin nicht vereinheitlicht waren. Insbesondere erfasste das Stroke Unit-Register der GÖG nur die Daten aus den Stroke Unit-Einheiten, nicht aber jene aus den Neurologischen und Internen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten, während das Register der KAGes neben den Daten der Stroke Units auch jene der Neurologischen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten erfasste.

Im Zusammenhang mit dem Dokumentationsaufwand stellte der RH fest, dass die Stroke Units und Neurologischen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten die Daten nur noch einmal erfassten, nämlich einheitlich über eine KIS-Datenmaske. Sie konnten dadurch den Dokumentationsaufwand begrenzen. Diese Daten übermittelte die KAGes in zweimonatigen Intervallen automatisiert an das Stroke Unit-Register



der GÖG. Die GÖG hatte mittlerweile eine Schnittstelle programmiert, die im Interesse der Vermeidung von Mehrgleisigkeiten und Fehleranfällen eine automatisierte Datenüberleitung der KAGes-Daten ermöglichte.

5.2 (1) Die GÖG setzte die Empfehlung zu vereinheitlichten Schlaganfall-Registern und automatischen Überleitungen zwischen den Registern teilweise um, indem sie im Interesse der Vermeidung von Mehrgleisigkeiten und Fehleranfällen durch die Programmierung einer Datenschnittstelle eine automatisierte Übernahme der KAGes-Daten in ihr Stroke Unit-Register ermöglichte. Sie führte aber bisher noch kein umfassendes Schlaganfall-Register – die Daten der Neurologischen und Internen Abteilungen fehlten darin –, wodurch ihr Register und jenes der KAGes weiterhin uneinheitlich waren.

Der RH empfahl daher der GÖG neuerlich, die vorhandenen Schlaganfall-Register zu vereinheitlichen.

(2) Durch die neu programmierte Schnittstelle zur automatisierten Überleitung der KAGes-Daten setzte die GÖG die Empfehlung zur Überleitung der Inhalte aus Vorsystemen um.

(3) Der Gesundheitsfonds Steiermark setzte die Empfehlungen um. Mit der Erweiterung des Schlaganfall-Registers um die Daten der Neurologischen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten hatte er für notwendige Schritte für ein einheitlich umfassendes Register gesorgt. Ebenso wirkte er auf die Begrenzung des Dokumentationsaufwands hin, indem nunmehr die Krankenanstalten der KAGes die Daten vereinheitlicht und nur mehr einmal im KIS erfassten. Diese Daten übermittelte die KAGes automatisiert an das Stroke Unit-Register der GÖG.

5.3 *Laut Stellungnahme der GÖG sei die Ausweitung des Stroke Unit-Registers auf ein Schlaganfall-Register eine sinnvolle Weiterentwicklung, die in die Erstellung des Arbeitsprogramms 2015 eingebracht würde.*

Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass auf Grundlage des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung alle in Österreich behördlich bewilligten Stroke-Units an dem bundesweiten Register teilnehmen würden. Die nach gesetzlichen Vorgaben erhobenen Routine-daten würden im Rahmen der bundesweiten Ergebnisqualitätsmessung einer Qualitätssicherung unterzogen.

Datenqualität

6.1 (1) Der RH hatte der GÖG und dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbericht (TZ 7) empfohlen, bei den für die Register erforderlichen Daten eine gute Qualität sicherzustellen.

(2) Die GÖG teilte im Nachfrageverfahren mit, dass sie die Register evaluere und im Rahmen der bundesweit einheitlichen Ergebnisqualitätsmessung im stationären Bereich aus Routinedaten eine Überprüfung mittels Einsicht in die Krankenakten durchföhre. Die zu erfassenden Parameter würden aufgrund der Evaluierungsergebnisse angepasst.

Der Gesundheitsfonds Steiermark hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass für das steirische Schlaganfall-Register die üblichen Plausibilitätsprüfungen vorgesehen seien und er regelmäßig Datenqualitätskontrollen der Leistungsdaten durchföhre.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die GÖG eine Datenschnittstelle programmiert hatte, über die Daten aus bereits bestehenden Datenpools der Krankenanstalten unter automatisiert implementierten Plausibilitätsprüfungen geladen wurden (siehe TZ 5), und sie dadurch eine gute Datenqualität sicherstellte.

Die Dateneingabe in das Schlaganfall-Register der KAGes erfolgte über die KIS-Datenmaske, bei der das EDV-System Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen routinemäßig durchföhre, um eine gute Datenerfassung sicherzustellen.

Der Gesundheitsfonds Steiermark führte jährlich stichprobenartige Qualitätskontrollen bei den Krankenanstalten durch, bei denen er die Datenqualität der medizinischen Dokumentation (z.B. Arztbriefe) hinsichtlich der Diagnose- und Leistungscodierung überprüfte und auswertete sowie die Ergebnisse den Krankenanstalten rückmeldete. Die letzte derartige Überprüfung zum Thema Schlaganfall fand 2008 und somit vor der dem Vorbericht zugrunde liegenden Geburtsüberprüfung im Jahr 2011 statt.

6.2 (1) Die GÖG setzte die Empfehlung um, indem sie mit der Einrichtung einer Datenschnittstelle zusammen mit einer automatisierten Plausibilitätskontrolle eine gute Datenqualität sicherstellte.

(2) Der Gesundheitsfonds Steiermark setzte die Empfehlung ebenfalls um, weil er in Zusammenarbeit mit der KAGes für eine gute Datenerfassung sorgte und die Daten durch Zufallsstichproben in den einzelnen Krankenanstalten generell jährlich inhaltlich überprüfte.



Datenqualität

Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark; Follow-up-Überprüfung

Da die letzte Stichprobenüberprüfung mit Schwerpunkt Schlaganfall allerdings bereits 2008 und somit vor der dem Vorbericht zugrunde liegenden Geburtsüberprüfung im Jahr 2011 stattgefunden hatte, empfahl der RH dem Gesundheitsfonds Steiermark ergänzend, diesen Themenbereich bei einer der nächsten Überprüfungen zu berücksichtigen.

6.3 *Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark habe er eine Stichprobenüberprüfung mit Schwerpunkt Schlaganfall an den Neurologischen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten für 2015 bereits beschlossen.*

Zielgruppen- und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Schlaganfallversorgung

7.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbericht (TZ 9) empfohlen, zielgruppenspezifische Informations-Kampagnen zum Thema Schlaganfall durchzuführen und dabei auch verstärkt auf die Betroffenheit von Frauen einzugehen. Ebenso sollte eine Sensibilisierung des medizinischen Personals für dieses Thema angestrebt werden.

(2) Der Gesundheitsfonds Steiermark hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Steirische Gesundheitskonferenz 2013 dem Thema Schlaganfall gewidmet gewesen sei und zeitgleich eine Informationskampagne für die Bevölkerung begonnen habe. Weiters sei eine Website eingerichtet worden, die auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Symptomen und der Versorgung von Schlaganfallpatienten eingehe. Das Personal der Krankenanstalten werde im Rahmen der Implementierung der Schlaganfall-Dokumentation sowie zukünftig durch die Rückspiegelung der Monitoring-Ergebnisse, die auch nach Geschlecht ausgewertet werden sollen, sensibilisiert.

(3) Der RH stellte nun mehr fest, dass der Gesundheitsfonds Steiermark zielgruppenspezifische Informationskampagnen für die Bevölkerung durchführte. Laut „Kommunikationskonzept Integrierte Versorgung Schlaganfall in der Steiermark“ der StGKK und der Gesundheitsplattform Steiermark war als Zielgruppe „die/der Steirerin“ definiert. Zu diesen Informationskampagnen zählten Fernsehspots, die zeitlich nahe zu ziel(alters)gruppenrelevanten Sendungen (z.B. Steiermark heute) gesendet wurden, Zeitungsinserate sowie bei diversen Gesundheitseinrichtungen (z.B. Hausärzte) aufliegende Plakate bzw. Folder. Darüber hinaus richtete der Gesundheitsfonds Steiermark eine eigene Webseite¹ ein, die verstärkt auf die Betroffenheit von Frauen einging. Auch die Stroke Unit-Sitzungen der KAGes behandelten den Genderbezug regelmäßig. Diese Sitzungen dienten auch dazu, auf die Sensibilisierung des medizinischen Personals hinzuwirken.

¹ zeitisthirm.at

**Phasen im Reha-
bilitationsprozess
von Schlaganfall-
patienten**

7.2 Der Gesundheitsfonds Steiermark setzte die Empfehlung um, indem er zielgruppenspezifische Informationskampagnen durchführte, darin verstärkt auf die Betroffenheit von Frauen einging und auf die Sensibilisierung des medizinischen Personals hinwirkte.

8.1 (1) Nach den Feststellungen des Vorberichts war nicht eindeutig geregelt, ob die Rehabilitation in der Phase C auch in Akutkrankenanstalten oder ausschließlich im extramuralen Bereich stattfinden sollte. Um den in der Stroke Unit bzw. Frührehabilitation erzielten Behandlungserfolg nicht zu gefährden und damit es nicht zu Brüchen in der Versorgungskette kommt, hatte der RH dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbericht (TZ 12) daher empfohlen, in Abstimmung mit dem Bund auf eine klare Regelung der Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeit für die Reha-Phase C (extramuraler Bereich oder Akutkrankenanstalt) hinzuwirken.

(2) Laut Mitteilung des Gesundheitsfonds Steiermark im Nachfrageverfahren habe der im Juni 2013 beschlossene Bundes-Zielsteuerungsvertrag im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen das strategische Ziel festgelegt, „Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen mit Blick auf den Best Point of Service zu definieren und erste Umsetzungsschritte zu setzen“. Die Umsetzung sei bis Mitte 2015 vorgesehen. Auch in der Weiterentwicklung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) sei diese Thematik einzubringen und folglich im Rahmen der einzurichtenden Arbeitsgremien zu bearbeiten.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Gesundheitsfonds Steiermark in Abstimmung mit dem Bund auf eine klare Regelung der Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeit für die Reha-Phase C im Zuge der Aktualisierung des ÖSG hinwirkte. Er machte die Schaffung einer klaren Regelung sowohl in den Sitzungen der „Fachgruppe Planung“ als auch im Schriftverkehr mit dem BMG zum Thema.

8.2 Der Gesundheitsfonds Steiermark setzte die Empfehlung um, indem er sowohl in den Sitzungen der „Fachgruppe Planung“ als auch im Schriftverkehr mit dem BMG eine klare Regelung der Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeit für die Reha-Phase C thematisierte. Eine endgültige Regelung stand aber noch aus.

Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark; Follow-up-Überprüfung

Nahtstelle Krankenanstalt und Rehabilitationseinrichtung

- 9.1** (1) Der RH hatte dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbereicht (TZ 14) empfohlen, zwecks Verkürzung der Wartezeiten in der Krankenanstalt auf eine Reha darauf hinzuwirken, Informationen über die Bewilligung/Ablehnung eines Reha-Antrags – sofern der Reha-Antrag in der Krankenanstalt gestellt wird – auch der Krankenanstalt zur Verfügung zu stellen; dies insbesondere bei alleinstehenden Personen, die sich in Krankenanstalten und nicht an ihrem Wohnsitz aufhalten.
- (2) Der Gesundheitsfonds Steiermark hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sich das Reformpoolprojekt bisher der Bevölkerungsinformation sowie der Optimierung des Versorgungsprozesses im präklinischen und akutstationären Bereich widme. Eine Einbeziehung der Rehabilitationsphase sei ab Herbst 2013 geplant. Gemeinsam mit dem Fachbeirat für Neurologie solle die gesamte Schnittstelle zwischen Krankenanstalt und Rehabilitationseinrichtung bearbeitet werden.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Stroke-Register-Sitzung der KAGes vom 30. Oktober 2013 im Interesse einer Verkürzung der Wartezeiten auf eine Reha die Verbesserung des Informationsflusses zwischen Krankenanstalt und Rehabilitationseinrichtung behandelt hatte. Dabei wurde folgende Vorgangsweise festgelegt: Mittels eines Antragsformulars beantragt die behandelnde Krankenanstalt eine Rehabilitation bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA). Nach der Genehmigung² durch die PVA nimmt die Reha-Einrichtung schriftlich Kontakt mit den Patienten und fernmündlich mit der Krankenanstalt auf. Eine schriftliche Übermittlung an die Krankenanstalt erfolgt nicht.
- 9.2** Der Gesundheitsfonds Steiermark setzte die Empfehlung um, weil im Interesse einer Verkürzung der Wartezeiten nunmehr auch die Krankenanstalten – fernmündlich – die Informationen über die Bewilligung von Reha-Anträgen erhielten.
- Um eine lückenlose Nachvollziehbarkeit sicherstellen zu können, empfahl der RH dem Gesundheitsfonds Steiermark ergänzend, die Information über die Bewilligung des Reha-Antrags den Krankenanstalten hinkünftig auch schriftlich zu übermitteln.
- 9.3** Laut *Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark* werde er darauf einwirken, dass die Bewilligung von Reha-Anträgen den Krankenanstalten zukünftig auch in schriftlicher Form übermittelt werden.

² Laut Auskunft der StGKK gab es keine Ablehnung von Reha-Anträgen, die in der Krankenanstalt gestellt wurden.

Nahtstelle Krankenanstalt und Rehabilitationseinrichtung

Laut Stellungnahme der StGKK erfolge für jene Reha-Anträge, die in den Zuständigkeitsbereich der StGKK fallen, bereits eine schriftliche Information an die Krankenanstalten.

10.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsfonds Steiermark in seinem Vorbereicht (TZ 14) empfohlen, möglichst vollständige Daten über die Zeitpunkte der Antragstellung auf Rehabilitation sowie der Bewilligung bzw. Ablehnung dieser Anträge anzustreben. Durch eine Analyse dieser Daten könnten Rückschlüsse auf Wartezeiten getroffen und Steuerungsmaßnahmen gesetzt werden.

(2) Der Gesundheitsfonds Steiermark hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass gemeinsam mit dem Fachbeirat für Neurologie die gesamte Schnittstelle zwischen Krankenanstalt und Rehabilitationseinrichtung bearbeitet werden sollte.

(3) Wie der RH feststellte, musste nunmehr die antragstellende Krankenanstalt auf dem Antragsformular das Datum der Antragstellung angeben; die PVA musste das Datum der Bewilligung¹ eines Antrags schriftlich vermerken und EDV-mäßig verarbeiten.

10.2 Der Gesundheitsfonds Steiermark setzte die Empfehlung um, weil nunmehr sowohl die antragstellende Krankenanstalt das Datum der Antragstellung auf dem Antragsformular als auch die PVA das Datum der Bewilligung eines Reha-Antrags schriftlich vermerkten und die PVA die Daten EDV-mäßig verarbeitete.

Schlussempfehlungen

11 Zusammengefasst stellte der RH folgendes Umsetzungsergebnis fest:

- Die GÖG setzte von vier an sie gerichteten Empfehlungen zwei ganz, eine teilweise und eine nicht um.
- Der Gesundheitsfonds Steiermark setzte von zehn an ihn gerichteten Empfehlungen sieben ganz und drei teilweise um.

¹ Laut Auskunft der StGKK gab es keine Ablehnung von Reha-Anträgen, die in der Krankenanstalt gestellt wurden.



**Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts
(Reihe Bund 2012/10 und Reihe Steiermark 2012/6)**

TZ	Empfehlungsinhalt	Vorbericht	Follow-up-Überprüfung		
			TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt
Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)					
5	Abstimmung der für Benchmarks verwendeten Sollwerte und Reduzierung auf die aussagekräftigsten Indikatoren		3		X
6	Vereinheitlichung der vorhandenen Schlaganfall-Register und automatische Überleitung zwischen den Registern		5		X
6	Begrenzung des Dokumentationsaufwands durch Überleitung der Registerinhalte aus Vorsystemen		5	X	
7	Sicherstellung einer guten Datenqualität für die Daten des Schlaganfall-Registers		6	X	
Gesundheitsfonds Steiermark					
4	Erhebung der Ursachen und verbessernde Maßnahmen bei Leistungsanbietern mit schlechten Indikatorenwerten		2		X
4, 5	Aufbau einer geeigneten Datenbasis für die Steuerung der Schlaganfallversorgung; Kommunikation der Auswertungen an die Systempartner		2		X
6	Weiterführung der landesweiten Schlaganfall-Dokumentation nach oberösterreichischem Vorbild		4		X
6	Vereinheitlichung der vorhandenen Schlaganfall-Register und automatische Überleitung zwischen den Registern		5	X	
6	Begrenzung des Dokumentationsaufwands durch Überleitung der Registerinhalte aus Vorsystemen		5	X	
7	Sicherstellung einer guten Datenqualität für die Daten des Schlaganfall-Registers		6	X	
9	Durchführung von zielgruppenspezifischen Informations-Kampagnen zum Thema Schlaganfall; Sensibilisierung des medizinischen Personals		7	X	
12	klare Regelung der Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeit für die Reha-Phase C		8	X	
14	Information über Bewilligung/Ablehnung eines Reha-Antrags		9	X	
14	vollständige Daten betreffend Antragstellung auf Rehabilitation sowie deren Bewilligung bzw. Ablehnung		10	X	

Schlussempfehlungen

Anknüpfend an den Vorbericht hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

Gesundheit Österreich GmbH

(1) Die für Benchmarks verwendeten Sollwerte wären mit jenen des oberösterreichischen Schlaganfall-Registers abzustimmen und die Indikatoren auf aussagekräftige Kennzahlen zu reduzieren, soferne dies trotz der unterschiedlichen Zielrichtungen und Datenverfügbarkeiten der Register möglich und zielführend ist. **(TZ 3)**

(2) Die vorhandenen Schlaganfall-Register sollten vereinheitlicht werden. **(TZ 5)**

Gesundheitsfonds Steiermark

(3) Für die Ausweitung des Schlaganfall-Registers auf die Internen Abteilungen der KAGes-Krankenanstalten und den weiteren Ausbau des Datawarehouse als Grundlage für eine landesweite Schlaganfall-Dokumentation nach oberösterreichischem Modell wäre zu sorgen. **(TZ 2, 4)**

(4) Der Schwerpunkt Schlaganfall sollte bei einer der nächsten Stichprobenüberprüfungen berücksichtigt werden. **(TZ 6)**

(5) Die Informationen über die Bewilligung des Reha-Antrags sollten den Krankenanstalten hinkünftig auch schriftlich übermittelt werden. **(TZ 9)**



BMG

ANHANG
Entscheidungsträger

ANHANG

Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in Blaudruck

Gesundheit Österreich GmbH

Aufsichtsrat

Vorsitzender keiner

Stellvertreter des keiner
Vorsitzenden

Geschäftsführung Mag. Georg ZINIEL, MSc
(seit 1. August 2011)



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
Gebarung	485
Internes Kontrollsyste	493
Schlussempfehlungen	495

Tabellen Abbildungen

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-Vertragskrankanstalten	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

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Abt.	Abteilung
BGBI.	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 Kontrollsyste
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 Qualitäts sicherungsmaßnahmen war.

Der Fonds hatte auf eine ausreichende Versorgung Bedacht zu nehmen, verfügte jedoch über keine objektiven Kriterien zur Bemessung der dafür in den Vertragskrankenanstalten vorzu haltenden 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 Geburungsüberprüfung war die Beurteilung der Organisation, der Aufgabenerfüllung, der Geburung 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 Geburungsumfangs) 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 Geburungsüberprüfung 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 diente. 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)

Kurzfassung

Gebarung

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 Kontrollsyste

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 den 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
Fondsgebarung	in 1.000 EUR					
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
<i>davon</i>						
<i>öffentlich</i>	10	10	10	10	10	0,00
<i>privat</i>	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 Arzneimittelkosten² jeweils zum Stichtag 1. Jänner

Quellen: Jahresberichte des IVF-Registers, BMG

Prüfungsablauf und
-gegenstand

1 Der RH überprüfte von April bis Mai 2014 die Geburung 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 Geburungsumfangs) nicht überprüft würden. Der RH verwendet dieses Verfahren an, um seine präventive und beratende Wirkung zu verstärken.

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung der Organisation, der Aufgabenerfüllung, der Geburung und des Internen Kontrollsysteins 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 Gegenäuberung 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 Geburungsüberprüfung 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 Fondsvertretenden 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 Vertragskrankanstalten vor Ort.

Der finanzielle Bereich umfasste vor allem die Leistungsverrechnung mit den Vertragskrankanstalten, 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 VBÄ ¹
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 = Vollbeschäftigungäquivalent

² Bis Anfang 2014 war die Abteilung 1 (Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen) für Angelegenheiten des JVFF-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 Schlüsseis 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 Geburgsüberprüfung 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



Organisation



Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation

Buchhaltungsagentur

7.1 (1) Die Buchhaltungsagentur (BHAG) führte aufgrund einer Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 Buchhaltungsgesetz¹³ 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.

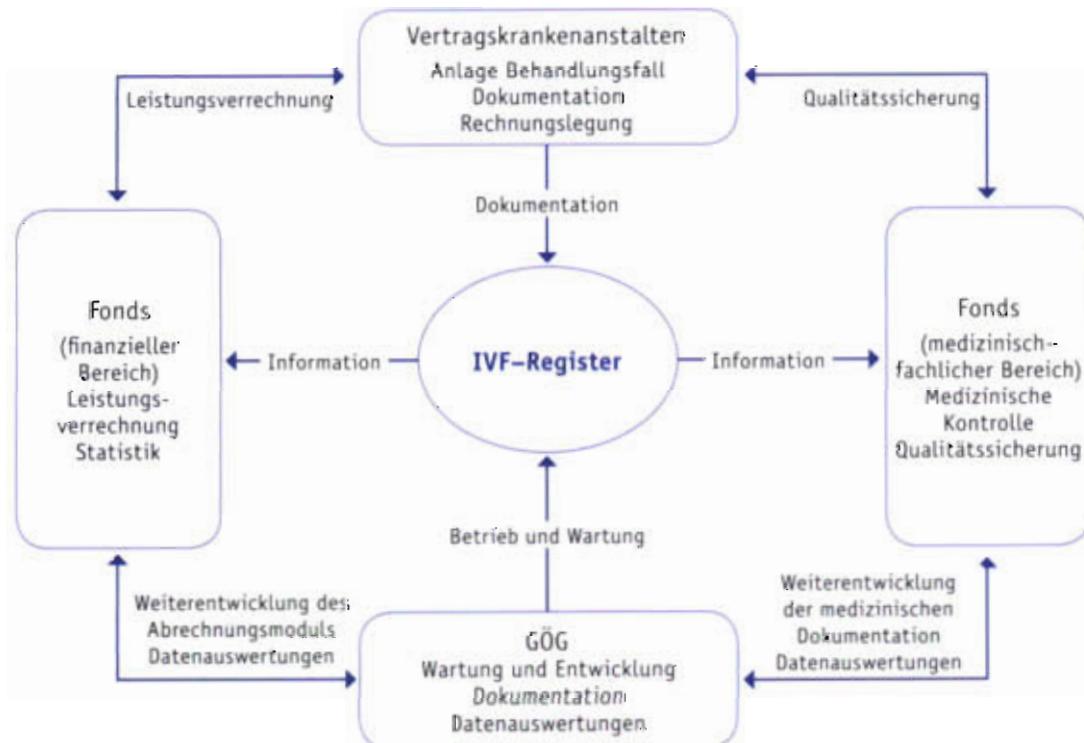
7.2 (1) Der RH erachtete die Beauftragung der BHAG mit der Durchführung der Buchhaltung des Fonds als zweckmäßig. Er hielt fest, dass die rechnerische Prüfung der Belege im Rahmen des Zahlungsvollzugs nicht zu den vereinbarten Pflichten der BHAG gehörte. Für den RH war diese Vereinbarung nachvollziehbar,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

	öffentl in EUR	privat in EUR	Differenz 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.

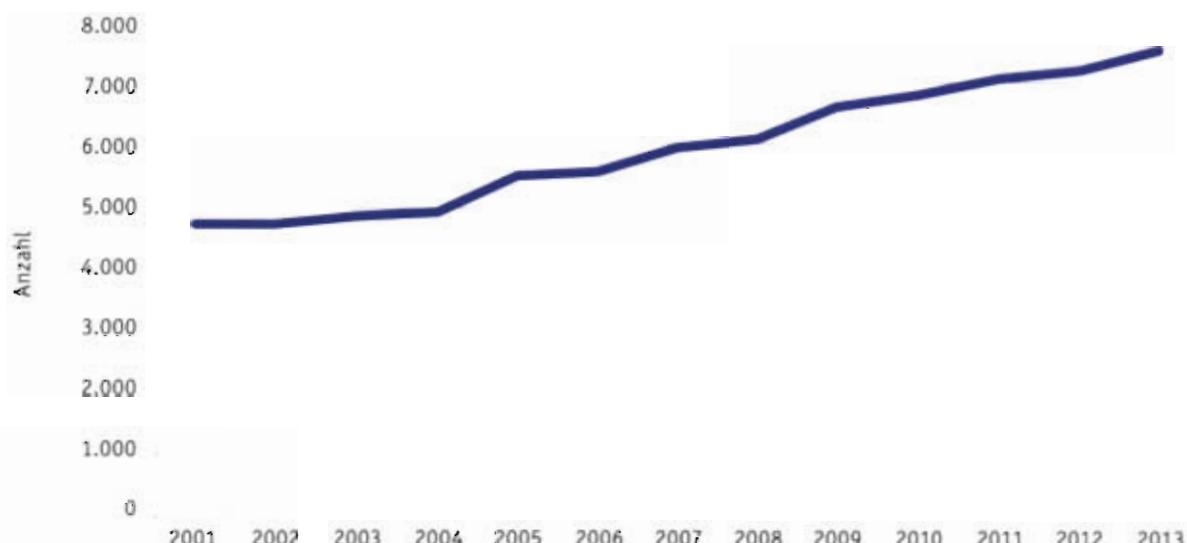
Der RH hielt allerdings die Wiederholung des Gesetzestextes in den Verträgen für unzweckmäßig, weil sie bei Gesetzesänderungen eine Neufassung der Verträge erforderlich mache. Er empfahl dem Fonds, die Verträge im Sinne einer textlichen Bereinigung zu überarbeiten und auf Gesetze in der jeweils geltenden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

Aufgabenwahrnehmung

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 Krankenanstaltengesetzen 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 Krankenanstalten- 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 Anzahl	IVF-Behandlung im eigenen Bundesland 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.

Aufgabenwahrnehmung

- 11.3** Laut *Stellungnahme des BMG* bestehe im IVF-Bereich keine angebotsinduzierte 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.

Anspruchs-voraussetzungen

- 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 fondsfinanzierten 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 Kostenübernahmeverklärung 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 Kostenübernahmeverklärung 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 Selbstzahldienstleistern.

Aufgabenwahrnehmung

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 Refaktivevereinbarungen²⁷ 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 Refaktivevereinbarungen (Vereinbarungen über den günstigeren Bezug von Arzneimitteln) mit Pharmaunternehmen abgeschlossen.

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 Vertragskrankenanstalten 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 Vertragskrankenanstalten 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.

Qualitätssicherung

Tabelle 6: Qualitätsvorgaben in den Verträgen

Vertragsbestimmung	Titel	Qualitätskriterium bzw. Inhalt
§ 2	Qualitätskriterien für das IVF-Zentrum	<p>Formale gesetzliche Qualitätskriterien</p> <p>Nachweis von zumindest 50 durchgeführten Versuchen im vorangegangenen Kalenderjahr und daraus resultierend durchschnittlich zumindest 10 % Geburten im IVF-Zentrum¹</p> <p>Erfüllung der von der Österr. Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie sowie der Österr. IVF-Gesellschaft herausgegebenen Empfehlungen zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen</p> <p>Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistungen durch für den Bereich IVF verantwortliche Ärzte oder unter der Verantwortung und Aufsicht dieser oder gleichqualifizierter Ärzte</p>
§ 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 Mehrlingschwangerschaften und –gebüten 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.

Qualitätssicherung

dung trotz einmaliger Mahnung unterblieben war.¹³ Die Geburtsmeldequote stieg nach Einführung der Meldepflicht bis zum Jahr 2013 auf rd. 94 %.¹⁴ 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.

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

¹⁴ 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 Mindestfordernis 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 dienten. 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 durchgeföhrten 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.

Qualitätssicherung

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 Qualitätssicherungskonzepts

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 Geburungsüberprüfung 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.*

Geburung

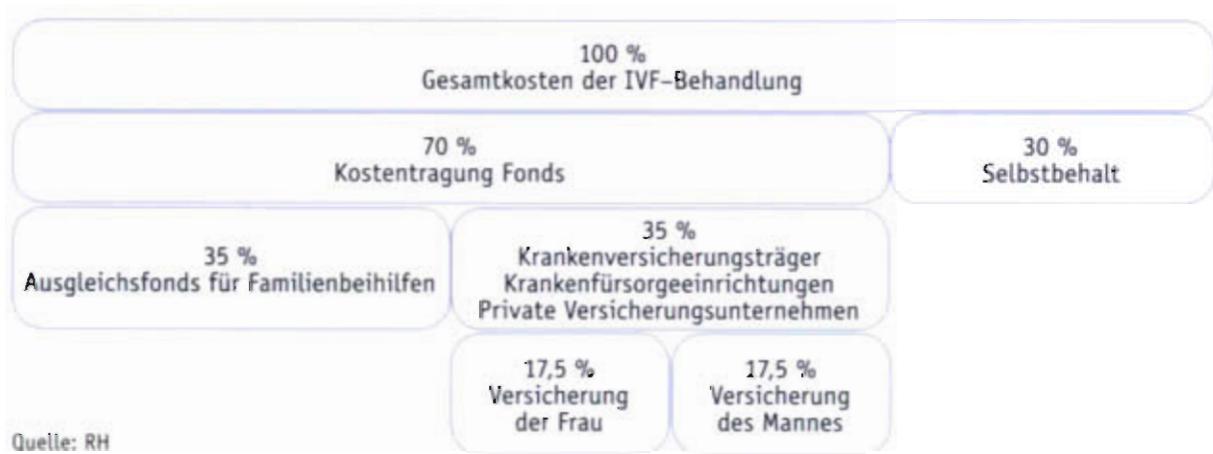
Mittelaufbringung

- 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.

Gebarung

Abbildung 3: Finanzierungsstruktur der fondsgestützten IVF-Behandlungen



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

Geburung

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 Geschäftsgebarung des IVF-Fonds sowie zu einer Einschränkung der Informationen über die Gebarung 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 Refaktorievereinbarungen

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 Gebarungsüberprüfung mit dem Fonds überein, dass künftig auf den Sammelrechnungen anstelle des Erfassungsdatums des Versuchs im IVF-Register das Versuchabschlussdatum ausgewiesen werden sollte, um die Zeitspanne zwischen Behandlungsende und Verrechnung transparenter zu machen.

Gebärung

(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 Periodenabgrenzung 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.

Gebarung

- 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 Gebarung 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 Tariferhöhungen) 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.

**Internes Kontroll-
system**

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 mitbefasst. 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 Kontrollsysteams 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.

Internes Kontrollsyste

- 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 im Zuge der Geba*
rungsüberprüfung 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 Fondsvertretenden 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 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)