



**Beschluss
der Landesregierung**

**Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Nr. 1113
Sitzung vom 16/07/2012

Seduta del

Betreff:

Neue Richtlinien für die Durchführung sowie
Definition der Bedingungen und der
Vorgangsweise für die Tätigkeit der
medizinisch-assistierten Fortpflanzung

Oggetto:

Nuove Linee di indirizzo operative e
definizione del regime erogativo per l'attività
di procreazione medicalmente assistita

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.1

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

nimmt Einsicht in den Beschluss der Landesregierung vom 10.03.2008, Nr. 818 betreffend die operativen Richtlinien und die Beschreibung der durchzuführenden Tätigkeiten auf dem Gebiet der medizinisch-assitierten Fortpflanzung;

nach Einsichtnahme in das Staatsgesetz vom 19. Februar 2004, Nr. 40, betreffend „die Bestimmungen im Bereich der medizinisch-assitierten Fortpflanzung“;

aufgrund des Vertragsabkommens zwischen der Regierung, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen im Hinblick auf das technische Dokument „Mindestvoraussetzungen organisatorischer, struktureller und technologischer Natur der autorisierten sanitären Einrichtungen, gemäß Staatsgesetz vom 19. Februar 2004, Nr. 40 und zwar für die Qualität sowie die Sicherheit der Spende, für die Versorgung, die Kontrolle, die Bearbeitung, die Konservierung, die Lagerung und die Verteilung von Stammzellen“ im Sinne des Artikels 6, Absatz 1 des Gesetzes vertretenden Dekrets vom 6. November 2007, Nr. 191, wird es als unabdingbar angesehen, neue Richtlinien auch auf Landesebene auf diesem Gebiet zu genehmigen;

in Anbetracht des Abkommens der Staat-Regionen-Konferenz vom 11. November 2004 in geltender Fassung betreffend die strukturellen und instrumentellen Voraussetzungen sowie der Personalparameter was die Ermächtigung der Einrichtungen angeht, welche, Leistungen auf dem Gebiet der medizinisch-assitierten Fortpflanzung, anbieten;

beschließt einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

1. das beigelegte Dokument, welches einen wesentlichen Bestandteil dieses Beschlusses darstellt und die „neuen Richtlinien für die Durchführung sowie die Definition der Bedingungen und der Vorgangsweise für die Tätigkeit der medizinisch-assitierten Fortpflanzung“ regelt, zu genehmigen.

La Giunta Provinciale

prende visione nella delibera della Giunta provinciale 10.03.2008; n. 818 riguardante le linee di indirizzo operative e la definizione del regime erogativi per l'attività di Procreazione Medicalmente assistita;

visto il D.M. 21 luglio 2004, con il quale il Ministero della Salute, ha emanato le linee guida, di cui alla legge 19 febbraio 2004, n. 40;

sulla base dello schema d'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture sanitarie autorizzate di cui alla legge 19 febbraio 2004, n. 40 per la qualità e la sicurezza nella donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di cellule umane”, ai sensi dell'articolo 6, comma 1 del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191 si ritiene indispensabile l'approvazione di nuove linee guida, anche a livello provinciale;

visto l'accordo della conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di data 11 novembre 2004 e successive modifiche recante i requisiti strutturali, strumentali e di personale per l'autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di procreazione medicalmente assistita;

delibera a voti unanimi legalmente espressi:

1. di approvare il documento di cui allegato parte integrante della presente deliberazione che riporta “nuove linee di indirizzo operative e definizione del regime erogativo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita”.

2. Die neuen Richtlinien treten mit Genehmigung dieses Beschlusses in Kraft.

3. Stattzugeben, dass vorliegender Beschluss keine Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes mit sich bringt.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

2. Le nuove linee di indirizzo entrano in vigore con l'approvazione della presente delibera.

3. Di dare atto che tale deliberazione non comporta oneri di spesa a carico del bilancio provinciale.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

ALLEGATO:

Parte integrante della deliberazione della Giunta Provinciale

“NUOVE LINEE DI INDIRIZZO OPERATIVE E DEFINIZIONE DEL REGIME EROGATIVO PER L'ATTIVITÀ DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA”.

1. LE TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Come stabilito nelle linee guida sulla procreazione medicalmente assistita (deliberazione della Giunta Provinciale n. 3351 del 12/09/2005 e deliberazione della Giunta Provinciale n. 818 del 10/03/2008) gli interventi di procreazione medicalmente assistita possono essere effettuati esclusivamente in strutture sanitarie espressamente autorizzate.

Le strutture autorizzate devono possedere i requisiti previsti dall'accordo della conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di data 11 novembre 2004 recante i requisiti strutturali, strumentali e di personale per l'autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di procreazione medicalmente assistita.

Nel reparto di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale di Brunico, come unica struttura sanitaria pubblica in Alto Adige, anche per la sua funzione di centro scientifico per la procreazione medicalmente assistita in Provincia Autonoma di Bolzano, come è previsto dalla delibera della Giunta Provinciale 2510/2001, vengono effettuate le tecniche del 2° e 3° livello.

Le tecniche di 1° livello vengono garantite invece anche in tutti i Comprensori della Provincia Autonoma di Bolzano e così le citate prestazioni vengono effettuate anche nelle strutture ospedaliere di Bolzano, Bressanone e Merano.

Nell'ambito dell'effettuazione delle tecniche di cui sopra devono essere assicurati i seguenti **criteri qualitativi**:

- numeri di gravidanze corrispondenti a linee guida internazionali;
- standards internazionali di laboratorio;
- assistenza competente dei pazienti;
- indicazioni corrette relative alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- assistenza psicologica;
- contatto e collaborazione con centri all'avanguardia nel settore della procreazione medicalmente assistita;
- formazione costante del personale coinvolto;
- numero sufficiente di coppie assistite (almeno 200 - 250 all'anno) per interventi specializzati (tecniche di 2° e 3° livello).

Requisiti specifici:

1. Prima di poter ricorrere alla procreazione assistita le coppie ricevono – nell'ambito di una specifica consulenza di carattere medico e psicosociale – informazioni dettagliate sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici della PMA e sulle relative conseguenze giuridiche per i genitori ed il nascituro.
2. In ogni caso, un handicap motorio non rappresenta un motivo valido per il quale si possa escludere la maternità/paternità. Dalla consulenza deve solamente risultare chiaramente che la coppia sia in grado ad assumere i

doveri di genitori per la gravidanza, la nascita, il mantenimento e l'educazione del bambino.

3. Prima della procreazione la coppia deve ricevere dettagliate informazioni sulle varie metodiche possibili. La volontà della coppia di accedere alle tecniche di PMA deve essere espressa per iscritto sotto forma di consenso informato (informed consent), che deve essere controfirmato dal medico responsabile.
4. Alla coppia interessata deve essere comunque prospettata anche la possibilità di ricorrere a soluzioni alternative, da prendersi seriamente in considerazione, quali l'adozione o l'accettazione della propria infertilità o sterilità.
5. Il ricorso alla procreazione assistita sarà consentito solo qualora, trascorso un dato periodo di tempo, si sia dimostrato impossibile rimuovere le cause impeditive della procreazione mediante terapie di tipo psicologico, psicosomatico o medico. Le moderne tecniche di procreazione medicalmente assistita si dovranno applicare secondo il principio di gradualità, a partire dai metodi meno invasivi.
6. La procreazione assistita viene praticata esclusivamente come terapia della sterilità.
7. Ponendo delle condizioni di ammissione alla moderna medicina procreativa non si cerca solo di garantire la libertà del singolo individuo ed il suo diritto ad ottenere prestazioni sanitarie e sociali, ma di creare le premesse ottimali per tutelare il nascituro. Per questo si intende riservare l'accesso alla PMA, alle coppie coniugate, nonché alle coppie eterosessuali, che da opportune verifiche, risultino essere stabilmente legate da convivenza. La procreazione assistita si può legittimare dal punto di vista bioetico solo se sia la donna che l'uomo hanno un'età biologica che consenta loro di assumersi in generale la piena responsabilità genitoriale ed educativa.
8. Ogni forma di surrogazione della madre, di prestito o affitto del corpo della donna non è eticamente sostenibile.
9. Con l'iperstimolazione ormonale sull'ovulazione (soprattutto in caso di inseminazione intrauterina – IUI) vi è un'elevata probabilità di gravidanze plurigemine; dato che in genere tali gravidanze sono il risultato di consulenze e terapie non sufficientemente qualificate, è necessario seguire e sorvegliare attentamente sia la terapia di stimolazione ormonale, che le moderne tecniche riproduttive adottate. Di conseguenza si deve prevedere anche una ridotta incidenza di gravidanze.

Per quanto riguarda l'attività privata chirurgica di Medicina della Riproduzione ed Endocrinologia, anche con riferimento alla legge statale n. 40/2004 e successive modifiche, si autorizzano alla stesura e prescrizione dei piani terapeutici, esclusivamente i direttori sanitari, che svolgono altresì l'attività di dirigente sanitario, con relativa disposizione dell'Assessore competente. L'accreditamento di una struttura privata invece è solamente possibile se l'attività di quest'ultima rientra nella programmazione sanitaria in tale campo.

Le tecniche di PMA sono attualmente classificate in tre diversi livelli in base alla loro complessità e al grado di invasività della tecnica.

TECNICHE DI 1° LIVELLO:

- iperstimolazione ovarica;
- inseminazione sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- eventuale crioconservazione dei gameti maschili.

TECNICHE DI 2° LIVELLO: (procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda):

- agoaspirazione follicoli;
- fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);
- iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);
- prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare);
- eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni (nei limiti delle normative vigenti);
- trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via transvaginale ecoguidata o isteroscopia.

TECNICHE DI 3° LIVELLO: (procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione):

- prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo;
- prelievi degli ovociti per via laparoscopica;
- trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via laparoscopica.
- prelievo chirurgico di tessuti dell'ovaio e/o del testicolo per la crioconservazione.

2. GLI ESAMI PRECONCEZIONALI

Prima di poter ricorrere alla procreazione assistita le coppie ricevono – nell'ambito di una specifica consulenza di carattere medico e psicosociale – informazioni dettagliate sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici della PMA e sulle relative conseguenze giuridiche per i genitori ed il nascituro.

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica per immagini e di laboratorio eseguite prima di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita sono erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Provinciale fatto salvo l'eventuale pagamento della quota di compartecipazione da parte dei cittadini come disposta dalla normativa vigente.

Pertanto la visita per la consulenza ginecologica preconcezionale (cod. 89.01), gli accertamenti bioumorali propedeutico-diagnostici previsti per la donna e per il partner, il

colloquio psicologico clinico di coppia (cod. 89.01) sono erogati in regime ambulatoriale e sono soggetti a compartecipazione alla spesa ove previsto.

3. LE ATTIVITÀ DI PRIMO LIVELLO

Le tecniche comprese in questo livello sono erogabili in regime ambulatoriale; si tratta in generale di: indagini ecografiche, valutazioni specialistiche e indagini laboratoristiche; preparazione del liquido seminale, l'esecuzione dell'inseminazione sopracervicale in ciclo naturale o con induzione dell'ovulazione multipla e l'eventuale crioconservazione dei gameti maschili.

L'attività prevede quindi

Prestazione	Regime di erogazione	cod. prestazione
1. Visita ostetrico-ginecologica/andrologica. Esame pelvico	ambulatoriale	89.26
2. Eventuali ulteriori accertamenti bioumorali propedeutico-diagnostici previsti per la donna e per il partner	ambulatoriale	codici delle diverse prestazioni
3. Terapia farmacologia per l'induzione follicolare	ambulatoriale	
4. Monitoraggio clinico ecografico ed ormonale che comprende da 3 a 5 ecografie ovarica (o trasvaginale se necessaria) e da 3 a 5 prelievi del sangue	ambulatoriale	Ecografia transvaginale: cod. 88.79.7 Ecografia ovarica per monitoraggio ovulazione cod. 88.78.1
5. Capacitazione del materiale seminale	ambulatoriale	69.92.1
6. Inseminazione artificiale	ambulatoriale	69.92

Le prestazioni di cui ai precedenti punti sono erogate con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale o Provinciale, fatto salvo il pagamento della quota di compartecipazione dei cittadini come disposta dalla normativa nazionale.

4. ATTIVITÀ DI SECONDO E TERZO LIVELLO

4.1. LE PRESTAZIONI

Sono classificate come tecniche di 2° livello una serie di prestazioni da eseguire – in base alla tecnica utilizzata (FIVET-ICSI/MESA-TESA)- in regime di anestesia locale e/o sedazione profonda o di anestesia generale.

Il percorso clinico delle tecniche di 2° e 3° livello può essere distinto in tre fasi:

- la fase pre-intervento:
si tratta generalmente della stimolazione farmacologica ovarica, del monitoraggio clinico ed ecografico della stimolazione ovarica, della raccolta e preparazione del liquido seminale
- la fase operativa:
si tratta del prelievo ovocitario e del transfer embrionario
- la fase post-operativa:
prevede il follow-up clinico e bioumorale per l'accertamento della gravidanza

Considerata la complessità e le necessità assistenziali e la pratica attualmente in uso, le prestazioni relative alla fase operativa delle tecniche di 2° e 3° livello possono essere eseguite in regime diurno (day-surgery).

L'erogazione delle prestazioni in regime diurno darà luogo ad un unico ricovero con 2 accessi: il primo accesso dovrà avvenire in corrispondenza del prelievo ovocitario e il secondo del transfer embrionario.

La cartella clinica e la relativa Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) dovranno pertanto essere aperte in corrispondenza ad ogni singolo ciclo di PMA erogato in regime di ricovero.

Nella SDO dovrà essere indicato in diagnosi principale il codice 628_ "infertilità femminile", con la specifica della 4ª cifra, e fra gli interventi il codice 6591 "Aspirazione dell'ovaio" e il codice 6992 "Inseminazione artificiale".

Le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate in via ambulatoriale alla paziente, dalla medesima struttura che esegue il ricovero, sono considerate parte integrante del ricovero e quindi sono remunerate con la tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero stesso; tali prestazioni pertanto non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino ai sensi di quanto disposto dalle deliberazioni della Giunta Provinciale (n. 6337 del 1/12/97, n. 1385 del 19/4/1999, n. 2797 del 27/08/ 2001 e n. 4560 del 17/12/20012).

Nella prospettiva di dare impulso all'attività di chirurgia ambulatoriale, le prestazioni di secondo livello di PMA, qualora possibile, potranno essere erogate in tale regime nel rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi previsti dalla normativa vigente in materia (Documento 11 novembre 2004 della Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle Province Autonome: requisiti strutturali, strumentali e di personale per

l'autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di procreazione medicalmente assistita).

Nel prospetto riportato di seguito vengono precisate le prestazioni, il relativo regime erogativo e la eventuale inclusione nella tariffa DRG.

Prestazione	Regime di erogazione	cod. prestazione	Compresa nel DRG 359 "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc"
1. Valutazione iniziale in regime ambulatoriale pre-ricovero: Visita ostetrico-ginecologica/andrologica. Esame pelvico	Ambulatoriale pre-ricovero	89.26	Sì
2. Eventuali ulteriori accertamenti bioumorali propedeutico-diagnostici previsti per la donna e per il partner in regime ambulatoriale pre-ricovero	Ambulatoriale pre-ricovero	codici delle diverse prestazioni	Sì
3. Consulenza ginecologica	Ambulatoriale pre-ricovero	90.01	Sì
4. Consulenza anestisiologica	Ambulatoriale pre-ricovero	90.01	Sì
5. Terapia farmacologia per l'induzione follicolare in regime ambulatoriale pre-ricovero	Ambulatoriale pre-ricovero		Farmaco prescritto dallo specialista ed erogato dalla Azienda ULS di residenza
6. Monitoraggio clinico ecografico ed ormonale che comprende da 3 a 5 ecografie ovarica (o trasvaginale se necessaria) e da 3 a 5 prelievi del sangue, in regime ambulatoriale pre-ricovero	Ambulatoriale pre-ricovero	Ecografia transvaginale: cod. 88.79.7 Ecografia ovarica per monitoraggio ovulazione cod. 88.78.1	Sì
7. Esami di laboratorio necessari per effettuare l'intervento	Ambulatoriale pre-ricovero	codici delle diverse prestazioni	Sì
8. ECG per donne a partire da 40 anni d'età	Ambulatoriale pre-ricovero	89.52	Sì

Prestazione	Regime di erogazione	cod. prestazione	Compresa nel DRG 359 "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc"
9. Ecografia vaginale in sala operatoria	1° accesso day surgery	Ecografia transvaginale: cod. 88.79.7	Sì
10. Prelievo ovocitario in sala operatoria con assistenza anestesiológica	1° accesso day surgery	Cod. diagnosi principale: 628_ : "infertilità femminile", specificata con la quarta cifra Cod. intervento: 6591 "Aspirazione dell'ovaio"	Sì
11. Capacitazione nemaspermica per PMA per il partner	Ambulatoriale stesso giorno del 1° accesso	69.92.1	Sì
12. Ecografia addominale	2° accesso day surgery	88.75.1: ecografia dell'addome inferiore	Sì
13. Transfer	2° accesso day surgery (1° accesso se per via laparoscopica)	cod. intervento: 6992 Inseminazione artificiale	Sì
14. Follow-up: prelievo del dosaggio BHCG (test di gravidanza)	Ambulatoriale	90.27.5	soggetto a compartecipazione alla spesa

Prestazione	Regime di erogazione	cod. prestazione	Compresa nel DRG 359 "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc"
15. Follow-up clinico fino alla prima ecografia	Ambulatoriale	89.26 visita ginecologica 88.75.1: ecografia dell'addome inferiore 88.75.1: ecografia dell'addome inferiore	soggetto a compartecipazione alla spesa

Si precisa che il prelievo degli ovociti e il trasferimento intratubarico avviene in un'unica seduta di sala operatoria se eseguito per via laparoscopica, determinando un unico ricovero con un unico accesso se eseguito in regime diurno.

Tutte le prestazioni erogate al partner della donna vengono erogate in regime ambulatoriale e sono soggette a compartecipazione alla spesa.

4.2. LA GESTIONE DELLE INTERRUZIONI DI CICLO

Di seguito vengono specificate le modalità operative di gestione delle interruzioni di ciclo di PMA e le implicazioni amministrative nel caso in cui siano determinate dalla volontà della donna o siano dovute all'insorgenza di complicazioni.

➤ Per volontà della donna: prima del prelievo ovocitario

Nel caso in cui il ciclo di PMA dovesse venire interrotto per volontà della donna prima di effettuare il prelievo ovocitario, la paziente dovrà pagare il ticket, come previsto dal tariffario ambulatoriale in vigore, delle prestazioni fino ad allora ricevute nell'ambito del ciclo del trattamento interrotto per sua volontà. La paziente potrà avere i referti delle indagini eseguite solamente dopo aver partecipato alla spesa come previsto per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale. Il ricovero in regime diurno non deve pertanto risultare in quanto il primo accesso in corrispondenza del prelievo ovocitario non viene effettuato. Nel caso in cui erroneamente fosse stato aperto il ciclo diurno, il ricovero deve essere annullato, la Scheda di Dimissione Ospedaliera, con l'allegata documentazione clinica, dovrà essere archiviata secondo le già previste modalità di legge; nella documentazione clinica dovranno essere riportate le motivazioni dell'annullamento del ricovero che, in quanto tale, non dovrà essere registrato nell'archivio nosologico. In diagnosi principale dovrà essere riportato il codice V64 "Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti" e come

diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento, quindi la sterilità femminile.

➤ **Per volontà della donna: dopo il prelievo ovocitario**

In questo caso anche se non è avvenuto il transfer, le prestazioni sono state erogate in regime diurno e il ricovero di day surgery può essere ritenuto completo.

➤ **Per complicazioni prima del prelievo ovocitario** (esempio sindrome da iperstimolazione ovarica)

Nel caso in cui durante il ciclo di PMA si manifestassero delle complicazioni, ad esempio sintomi da iperstimolazione ovarica (nausea, vomito, e/o diarrea, ascite, variazioni del volume ematico, alterazioni della coagulazione, diminuzione della perfusione e della funzionalità renale ecc.), il ciclo di PMA sarà interrotto.

Se le complicazioni non richiedono ospedalizzazione e si risolvono spontaneamente il trattamento di PMA potrà essere ripreso. Tutte le prestazioni ambulatoriali pre-ricovero confluiranno nella tariffa del DRG. Se invece il trattamento delle complicazioni necessita di ospedalizzazione le prestazioni fino a quel momento ricevute saranno registrate come prestazioni ambulatoriali in esenzione ticket.

Per complicazioni dopo il prelievo ovocitario (esempio infezioni pelviche, sanguinamento addominale)

Se le complicazioni insorgono dopo il prelievo ovocitario e il trattamento non richiede ospedalizzazione e si risolvono spontaneamente il trattamento di PMA potrà essere ripreso (ad esempio per effettuare il transfer se non ancora avvenuto, o per seguire il follow up).

La Scheda di dimissione ospedaliera relativa al trattamento in regime di ricovero diurno dovrà riportare la diagnosi principale di sterilità femminile e i trattamenti eseguiti, non saranno indicate le eventuali complicazioni. Tutte le prestazioni ambulatoriali pre-ricovero confluiranno nella tariffa del DRG..

Se invece il trattamento delle complicazioni necessita di ospedalizzazione, allora la Scheda di dimissione ospedaliera relativa al trattamento in regime di ricovero diurno deve essere compilata in tutte le sue parti e chiusa riportando nella voce "modalità di dimissione" il codice 12 (trasferito ad altro regime di ricovero). Sulla corrispondente Scheda di dimissione ospedaliera di ricovero ordinario alla voce "provenienza del paziente" dovrà essere riportato il codice 8 (trasferito ad altro regime di ricovero (diurno o ordinario) all'interno della stessa struttura).

5. NUMERO DI CICLI PREVISTI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE

Si conferma quanto già stabilito dalle linee guida sulla procreazione Medicalmente Assistita (deliberazione n. 818 del 10.03.2008) che sono previsti a carico del Servizio Sanitario Provinciale un massimo di 3 cicli. Per ciclo si intende il trattamento composto da una iperstimolazione ovarica controllata più inseminazione intrauterina per le tecniche di primo livello e di una iperstimolazione ovarica controllata più aspirazione follicoli per le tecniche di secondo e terzo livello.

Eventuali cicli effettuati in precedenza presso altre strutture pubbliche o private accreditate, nonché eventuali cicli eseguiti in strutture private per i quali si è ottenuto il rimborso dovranno essere autocertificati dalla coppia e concorrono al raggiungimento del numero massimo di cicli effettuabili.

L'età massima per l'accesso alle tecniche di PMA a carico del Servizio Sanitario Provinciale è per le coppie in cui la donna non abbia superato 41 anni + 364 giorni al momento della stesura del piano terapeutico.

Numero massimo dei bambini procreati: non sono previste delle limitazioni in questo senso.

Eventuali ulteriori cicli di trattamento rispetto al limite massimo eseguibile con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale potranno essere erogati in assenza di controindicazioni cliniche e se ritenuto clinicamente giustificato da parte del medico specialista competente.

Per tali cicli è disposta la completa onerosità a carico dei richiedenti: le prestazioni ambulatoriali saranno tariffate secondo il nomenclatore della specialistica ambulatoriale in vigore, mentre il costo delle prestazioni erogate in regime di ricovero.

ANLAGE:

Wesentlicher Bestandteil des Beschlusses der Landesregierung

“NEUE RICHTLINIEN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG SOWIE DEFINITION DER BEDINGUNGEN UND DER VORGANGSWEISE FÜR DIE TÄTIGKEIT DER MEDIZINISCH-ASSISTIERTEN FORTPFLANZUNG“

1. DIE TECHNIKEN DER MEDIZINISCH-ASSISTIERTEN FORTPFLANZUNG

Wie in den Richtlinien im Bereich der medizinisch-assistierten Fortpflanzung (Beschluss der Landesregierung Nr. 3351 vom 12/09/2005 und im Beschluss der Landesregierung Nr. 818 vom 10/03/2008) bestimmt wurde, können die Eingriffe im Bereich der medizinisch-assistierten Fortpflanzung ausschließlich in den dazu ermächtigten Gesundheitsstrukturen durchgeführt werden.

Die ermächtigten Strukturen müssen alle Eigenschaften/Erfordernisse enthalten, die im Abkommen zwischen den Präsidenten der Regionen und der Landeshauptmänner der autonomen Provinzen anlässlich der am 11. November 2004 stattgefundenen Konferenz vereinbart wurden. Dieses Abkommen enthält alle strukturellen Eigenschaften sowie alle Erfordernisse in Bezug auf Geräte/Instrumente und Personal, welche die Strukturen, die Fortpflanzungstherapien durchführen, für die Ermächtigung aufweisen müssen.

Die Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie am Krankenhaus Bruneck, führt in ihrer Funktion als wissenschaftliches Zentrum für die medizinisch betreute Empfängnis gemäß Beschluss der Landesregierung, Nr. 2510/2001, als einziges öffentliches Zentrum in der Autonomen Provinz Bozen, spezialisierte Eingriffe durch. Diese gehören der so genannten „2. und 3. Ebene“ an.

Die Techniken der 1. Ebene können in allen Gesundheitsbezirken, das heißt auch in den Krankenhaus-Strukturen von Bozen, Brixen und Meran angeboten werden.

Im Rahmen der oben genannten Tätigkeiten müssen folgende Qualitätskriterien sichergestellt sein:

- internationalen Richtlinien entsprechende Schwangerschaftsraten;
- Internationale labortechnische Standards;
- kompetente Patientenbetreuung;
- richtige Indikationsstellung der medizinisch-assistierten Fortpflanzung;
- Psychologische Betreuung;
- Kontakt und Zusammenarbeit mit führenden reproduktionsmedizinischen Zentren;
- konstante Fortbildung des eingebundenen Teams;
- ausreichende Anzahl betreuter Paare (mindestens 200 - 250 pro Jahr) für spezialisierte Eingriffe (Techniken der 2. und 3. Ebene).

Spezifische Anforderungen:

1. Vor der Inanspruchnahme der Techniken der medizinisch-assistierten Fortpflanzung erhalten die Paare im Rahmen der psycho-sozialen und medizinischen Beratung eine umfassende Aufklärung über die gesundheitlichen und psychologischen Folgen der medizinisch-assistierten Fortpflanzung (Reproduktion) und über die juristischen Auswirkungen für die Eltern und das gezeugte Kind.
2. Auf alle Fälle ist eine rein körperliche Behinderung an und für sich kein Grund, weshalb eine Elternschaft ausgeschlossen werden darf. Aus der Beratung muss nur deutlich erscheinen, dass das Paar die mit der Elternschaft verbundenen Pflichten für die Schwangerschaft, Geburt, Versorgung und Erziehung eines Kindes auch erfüllen kann.
3. Dazu soll dem Paar eine Aufklärung über das Spektrum der verschiedenen Verfahren angeboten werden. Die Entscheidung des Paares muss schriftlich festgehalten werden (informed consent) und vom verantwortlichen Arzt gegengezeichnet werden.
4. Dem betroffenen Paar wird auch Beratung dahingehend angeboten, Alternativen wie Adoption oder auch Akzeptanz der eigenen Unfruchtbarkeit ernsthaft in Erwägung zu ziehen.
5. Der Zugang zu den Techniken der medizinisch-assistierten Fortpflanzung ist nur dann erlaubt, wenn es sich nach einer angemessenen Zeit als nicht möglich erwiesen hat, über psychologisch-psychotherapeutische sowie ärztlich-somatische Behandlungen die Ursachen der Sterilität zu beheben. Die Inanspruchnahme der modernen Reproduktionsmedizin soll graduell erfolgen, indem mit weniger invasiven Methoden begonnen wird.
6. Die moderne Reproduktionsmedizin kommt ausschließlich als Behandlung der Sterilität in Frage.
7. Bei den Zulassungsbedingungen für die moderne Reproduktionsmedizin gilt als Regel, dass es hier nicht nur um die Freiheit der Einzelnen und ihr Recht auf Inanspruchnahme sozialer Hilfen geht, sondern auch um die optimalen Voraussetzungen für das auf diese Weise gezeugte Kind. Insofern soll der Zugang zu den Techniken der medizinisch-assistierten Fortpflanzung den ehelich verbundenen Paaren vorbehalten bleiben, sowie den heterosexuellen Paaren, bei denen nach entsprechender Beratung klar geworden ist, dass es sich um eine stabile Lebensgemeinschaft handelt. Eine medizinisch-assistierte Fortpflanzung ist nur bei dem biologischen Alter der Frau und des Mannes ethisch zu rechtfertigen, in dem im Prinzip von beiden eine verantwortungsvolle Elternschaft und Erziehung übernommen werden kann.
8. Leihmutterschaft ist ethisch nicht vertretbar.
9. Durch Überstimulierung bei hormoneller Ovulationsauslösung (vor allem bei intrauteriner Insemination – IUI –, können höhergradige Mehrlings-Schwangerschaften in der Regel aus einer nicht ausreichend qualifizierten Beratung und Behandlung resultieren, muss eine bestmögliche Steuerung und Überwachung sowohl der hormonalen Stimulationstherapie wie auch der modernen Reproduktionsmedizin erfolgen. Hierbei ist auch eine niedrige Schwangerschaftsinzidenz in Kauf zu nehmen.

Was die Tätigkeit von Seiten privater chirurgischer Ambulatorien für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie angeht, gilt, dass auch in Anwendung des Staatsgesetzes Nr. 40/2004 in geltender Fassung eine entsprechende Erlaubnis für das Ausstellen von Therapieplänen nur jenen Sanitätsdirektoren zusteht, die zudem die Funktion des ärztlichen Leiters ausüben und hierfür durch den verantwortlichen Landesrat für Gesundheit ermächtigt sind. Was eine mögliche Akkreditierung angeht, muss hierfür die Voraussetzung aufgrund der landesweiten Planung in diesem Bereich gegeben sein.

Die Techniken der medizinisch-assistierten Fortpflanzung werden derzeit, aufgrund der Komplexität der Eingriffe von der weniger invasiven bis hin zur invasiveren Methode, in drei Ebenen unterteilt.

TECHNIKEN DER 1° EBENE:

- Hormonelle Stimulationstherapien;
- Stimulationstherapie für die intrauterine Insemination mit Aufbereitung der Samenflüssigkeit;
- Induktion einer kontrollierten ovariellen Stimulation und Ovulation mit der intrauterinen Insemination (IUI) mit Aufbereitung der Samenflüssigkeit;
- Eventuelle Kryokonservierung der männlichen Gameten.

TECHNIKEN DER 2° EBENE: (Maßnahmen, welche mittels lokaler Betäubung und/oder Allgemeinanästhesie durchgeführt werden):

- Follikelpunktion;
- In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (FIVET);
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI);
- Perkutane Spermienaspiration und Hodenbiopsie ;
- Eventuelle Kryokonservierung der männlichen und weiblichen Gameten (Spermien und Eizellen) und Embryonen im Rahmen der geltenden Gesetzgebung;
- Transvaginaler oder Hysteroskopischer intratubarer Transfer von männlichen und weiblichen Gameten (GIFT), Zygoten (ZIFT) oder Embryonen (TET).

TECHNIKEN DER 3° EBENE: (Maßnahmen, welche eine Allgemeinanästhesie/Vollnarkose mit Intubation verlangen):

- Mikrochirurgische Entnahme von Gameten (Spermien) aus dem Hoden;
- Laparoskopische Follikelpunktion;
- Laparoskopischer intratubarer Transfer von männlichen und weiblichen (GIFT), Zygoten (ZIFT) oder Embryonen (TET);
- Chirurgische Gewebeentnahme von den Eierstöcken und/oder Hoden zur Kryokonservierung.

2. DIE UNTERSUCHUNGEN VOR DER EMPFÄNGNIS

Vor der Inanspruchnahme entsprechenden Fortpflanzungstherapie erhalten die Paare im Rahmen der psycho-sozialen und medizinischen Beratung eine umfassende Aufklärung bezüglich der gesundheitlichen und psychologischen Folgen der medizinisch-

assistierten Fortpflanzung sowie der juristischen Auswirkungen für die Eltern und das gezeugte Kind.

Die fachärztlichen Leistungen, welche auf den Gebieten der Diagnostik, der Bilddiagnostik und der Labors vor den eigentlichen Eingriffen der medizinisch-assistierten Fortpflanzung durchgeführt werden sind zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes, abgesehen von der eventuellen Bezahlung der Beteiligungsquote (Ticket), welche für die Bevölkerung vorgesehen ist und zwar gemäß den geltenden Bestimmungen.

Die Visite für die gynäkologische Beratung in Hinblick auf die medizinisch-assistierte Fortpflanzung (Kodex 89.01), die laborchemischen zur Vorbereitung dienlichen diagnostischen Untersuchungen, welche für die Frau und ihren Partner vorgesehen sind, sowie das klinische psychologische Gespräch mit dem Paar (Kod. 89.01) werden ambulant durchgeführt und unterstehen der Kostenbeteiligung in allen von den Gesetznormen vorgesehenen Fällen.

3. DIE TÄTIGKEITEN DER 1. EBENE

Die Techniken der 1. Ebene werden ambulant ausgeführt. Es handelt sich im Allgemeinen um: Ultraschall, spezifische Beurteilungen, Aufbereitung der Samenflüssigkeit, die Ausführung der Stimulationstherapie für die intrauterine Insemination oder die Ovulationsinduktion und die eventuelle Kryokonservierung der männlichen Gameten.

Die Tätigkeit sieht Folgendes vor:

Dienstleistung	Art und Weise der Ausführung	Kod. Dienstleistung
1) Gynäkologische/andrologische Visite. Beckenuntersuchung	Ambulant	89.26
2) Eventuelle, zusätzliche Voruntersuchungen laborchemischer, diagnostischer Natur, welche für die Frau und ihren Partner vorgesehen sind	Ambulant	Kodex aufgrund der verschiedenen Dienstleistungen
3) Beratung und Pharmakologische Therapie für die Follikelinduktion	Ambulant	
4) Klinische, sonographische und hormonelle Überwachung des Stimulationszyklus, was bis maximal 5 Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke (abdominell oder transvaginal) sowie bis maximal 5 Blutentnahmen bedeutet	Ambulant	Transvaginaler Ultraschall: cod. 88.79.7 Ultraschall der Eierstöcke für die Überwachung des Eisprungs cod. 88.78.1 Abdomineller Ultraschall
5) Aufbereitung und Kapazitation der Samenflüssigkeit	Ambulant	69.92.1
6) Intrauterine Insemination (IUI)	Ambulant	69.92

Die obgenannten Dienstleistungen werden zu Lasten des nationalen Gesundheitswesens oder des Landesgesundheitswesens durchgeführt, abgesehen von der Bezahlung der Beteiligungsquote (Ticket), welche für die Bevölkerung, gemäß geltender Bestimmungen vorgesehen ist.

4. DIE TÄTIGKEITEN DER ZWEITEN UND DRITTEN EBENE

4.1. DIE LEISTUNGEN

Als Techniken der 2. Ebene werden jene Dienstleistungen klassifiziert, welche je nach Anwendung der einzelnen Eingriffe (IVF-ICSI/MESA-TESA) – mittels lokaler Betäubung und/oder Allgemeinanästhesie ausgeführt werden.

Der klinische Verlauf der Techniken der 2. und 3. Ebene wird in drei Phasen unterteilt:

➤ die Phase vor dem Eingriff:

es handelt sich im Allgemeinen um die pharmakologische Stimulation der Eierstöcke, der klinischen Überwachung mit Ultraschall dieser Stimulationstherapie, der Sammlung und Aufbereitung der Samenflüssigkeit;

➤ die operative Phase:

es handelt sich um die Follikelpunktion und des Embryotransfer;

➤ MUB-Labor:

Befruchtung der Eizellen mit den verschiedenen Techniken und die eventuelle Kryokonservierung von Gameten und Embryonen entsprechend der gesetzlichen Richtlinien;

➤ die post-operative Phase:

sieht das klinische und laborchemische „Follow-up“ für die Feststellung der Schwangerschaft vor.

Aufgrund der Komplexität, des Betreuungsbedarfs und der allgemein gültigen Vorgangsweise, können die Dienstleistungen bezüglich dieser zentralen/durchführenden Phase der Techniken der 2. und 3. Ebene in der Tagesklinik (day surgery) ausgeführt werden.

Die Ausführung der Dienstleistungen in der Tagesklinik sieht eine einmalige Aufnahme mit zwei Zugängen vor: der 1. Zugang erfolgt in Übereinstimmung mit der Follikelpunktion und der 2. Zugang mit dem Embryotransfer.

Für jeden Behandlungszyklus auf dem Gebiet der medizinisch-assistierten Fortpflanzung, der eine stationäre Aufnahme voraussetzt, müssen die Krankengeschichte sowie der entsprechende Krankenhausentlassungsschein ausgestellt (SDO) werden.

Im Entlassungsschein muss als Hauptdiagnose der Kodex 628_ „weibliche Unfruchtbarkeit“, mit genauer Angabe der vierten Ziffer, aufscheinen und unter den vorgenommenen Eingriffen müssen die Kodexe 6591 „Aspiration des Eierstocks“ und 6992 „Embryotransfer“ angeführt werden.

Die Leistungen, welche eng und direkt mit der programmierten stationären Aufnahme zusammenhängen, die jedoch zu einem früheren Zeitpunkt ambulant von derselben Struktur ausgeführt worden sind, in welcher der Krankenhausaufenthalt erfolgt, werden als wesentlicher Bestandteil desselben angesehen und werden auch gemäß Tarif der stationären Aufnahme berechnet (mittels allumfassenden Tarifsatz).

Diese Leistungen unterliegen demnach nicht der Regelung betreffend die Kostenbeteiligung seitens der Bevölkerung, gemäß geltender Gesetzesbestimmungen.

Mit der Absicht, der ambulanten chirurgischen Tätigkeit einen Impuls zu geben, können die Leistungen der 2. Ebene der medizinisch-assistierten Fortpflanzung, falls möglich, in der Tagesklinik durchgeführt werden, jedoch unter Berücksichtigung der von den geltenden Normen vorgesehenen strukturellen und organisatorischen Mindestanforderungen. (Dokument vom 11. November 2004 der Konferenz der Präsidenten der Regionen und der Landeshauptmänner der Autonomen Provinzen: strukturelle Eigenschaften sowie Erfordernisse bezüglich der Instrumente/Geräte und des Personals für die Ermächtigung der Strukturen, die Dienstleistungen im Bereich der medizinisch-assistierten Fortpflanzung ausführen).

In der folgenden Übersicht werden die einzelnen Dienstleistungen, die Art und Weise, deren Erbringung sowie die eventuelle Aufnahme in das „DRG-Tarifverzeichnis“ angeführt.

Leistung	Art und Weise der Ausführung	Kodex Leistung	Im "DRG 359" enthalten Eingriffe in der Gebärmutter und im Zusammenhang mit nicht bösartigen Neoplasien
1) Ambulante Abklärung vor einem Krankenhausaufenthalt: Untersuchung in den Bereichen Gynäkologie, Geburtshilfe und Andrologie Ultraschalluntersuchung	Ambulant vor dem Krankenhausaufenthalt	Kodex 89.26 Kodex 88.79	Ja
2) Mögliche, zusätzliche laborchemische Untersuchungen diagnostischer Natur, für die Frau und den Partner vor der stationären Aufnahme	Ambulant vor dem Krankenhausaufenthalt	Verschiedene Leistungen	Ja
3) Gynäkologische Beratung	Ambulant vor dem Krankenhausaufenthalt	90.01	Ja

Leistung	Art und Weise der Ausführung	Kodex Leistung	Im "DRG 359" enthalten Eingriffe in der Gebärmutter und im Zusammenhang mit nicht bösartigen Neoplasien
4) Anästhesie-Beratung	Ambulant vor dem Krankenhausaufenthalt	90.01	Ja
5) Pharmakologische Therapie für die Follikelinduktion – ambulant vor dem Krankenhausaufenthalt	Ambulant vor Krankenhausaufenthalt		Vom Facharzt verordnetes und vom zuständigen Sanitätsbetrieb (Herkunft der Patienten) zur Verfügung gestelltes, bezahltes Medikament.
6) Klinische sonographische und hormonelle Überwachung des Zyklus, was bis maximal 5 Ultraschalluntersuchungen der Gebärmutter und der Eierstöcke (abdominell oder transvaginal) und bis maximal 5 Blutentnahmen vor der stationären Aufnahme bedeutet	Ambulant vor dem Krankenhausaufenthalt	Transvaginaler Ultraschall: Kodex 88.79.7 Ultraschall der Eierstöcke um den Eisprung festzustellen Kodex 88.78.1	Ja
7) Für den Eingriff notwendige Laboruntersuchungen	Ambulant vor der stationären Aufnahme	Verschiedene Leistungen	Ja
8) EKG für Frauen ab dem 40. Lebensjahr	ambulant vor der stationären Aufnahme	89.52	Ja
9) Vaginaler Ultraschall im Operationssaal	1° Zugang über day surgery	transvaginaler Ultraschall: Kodex. 88.79.7	Ja

Leistung	Art und Weise der Ausführung	Kodex Leistung	Im "DRG 359" enthalten Eingriffe in der Gebärmutter und im Zusammenhang mit nicht bösartigen Neoplasien
10) Follikelpunktion im Operationssaal unter Anästhesie 11) Künstliche Befruchtung der Eizellen unter Anwendung der entsprechenden Techniken und eventuelle Kryokonservierung von Gameten und Embryonen entsprechend der geltenden Richtlinien	1° Zugang day surgery	Kod. Hauptdiagnose: 628_ : "weibliche Unfruchtbarkeit", unter Angabe der vierten Ziffer Kodex Eingriff: 6591 "Aspiration des Eierstocks"	Ja
12) Abdominaler Ultraschall	2° Zugang über day surgery	Kodex 88.75.1: Ultraschall des Unterbauches	Ja
13) Embryotransfer	2° Zugang über Day Surgery 1° Zugang über die Laparoskopie	Kodex Eingriff: 69.92 künstliche Befruchtung	Ja
14) Follow-up: Schwangerschaftstest	Ambulant	90.27.5	Kostenbeteiligung
15) Klinisches „Follow-up“ bis zum ersten Ultraschall	Ambulant	Kodex 89.26 Gynäkologische Visite Kodex 88.75.1: Ultraschall Unterbauch	Kostenbeteiligung

Es wird darauf hingewiesen, dass die Follikelpunktion und der intratubare Transfer in einer einmaligen Sitzung im Operationssaal erfolgt, wenn hierbei eine laparoskopische Follikelpunktion möglich ist, was zur Folge hat, dass nur eine Aufnahme mit einem einzigen Zugang notwendig ist, wenn der Eingriff in der Tagesklinik durchgeführt wird.

Alle Leistungen und Untersuchungen, welchen sich der Partner der Frau unterziehen muss, werden ambulant durchgeführt und bringen eine Kostenbeteiligung für den Betroffenen mit sich.

4.2. DIE UNTERBRECHUNG IM BEHANDLUNGSZYKLUS

Nachstehend werden einerseits die konkrete Vorgehensweise bei einer Unterbrechung der Behandlung auf dem Gebiet der medizinisch-assistierten Fortpflanzung und andererseits die damit zusammenhängenden verwaltungstechnischen Auswirkungen aufgezeigt. Letztere unterscheiden sich je nachdem, ob die Unterbrechung vom Willen der Frau abhängig ist oder ob sie aufgrund aufgetretener Komplikationen notwendig erscheint.

➤ **Willensentscheidung der Frau: vor der Follikelpunktion**

Im Falle einer Unterbrechung der Behandlung vor der Follikelpunktion, aufgrund der Willensentscheidung der Frau, muss die Patientin für alle bis dahin in Anspruch genommenen auf dem Gebiet der medizinisch-assistierten Fortpflanzung das entsprechende „Ticket“ (Kostenbeteiligung) gemäß geltenden Tarif der ambulanten Behandlungen, begleichen. Die Patientin erhält dabei die Untersuchungsergebnisse erst nachdem sie die entstandenen Kosten beglichen hat, welche in Bezug auf die in ambulanter Behandlung durchgeführten Leistungen und der hierfür vorgesehenen Kostenbeteiligung, berechnet worden sind. Die Aufnahme in die Tagesklinik ist nicht gerechtfertigt, wenn keine Follikelpunktion durchgeführt wird. Sollte fälschlicherweise ein „Tagesklinikaufenthalt“ vermerkt werden, muss die Aufnahme annulliert werden und der Krankenhausentlassungsschein, mit der erforderlichen, beigelegten klinischen Dokumentation laut geltenden Gesetzesvorschriften archiviert werden. Die zitierte Dokumentation muss die Annullierung der Aufnahme begründen und nachfolgend muss die „falsche“ Aufnahme im entsprechenden Archiv registriert werden. Die Hauptdiagnose muss den „Kodex V64“ betreffend „Personen, die Dienste des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen, und zwar für spezifische Eingriffe, die nicht durchgeführt wurden“ enthalten; als Sekundärdiagnose, muss die Bedingung, welche die Behandlung gerechtfertigt hätte, in diesem Falle die „weibliche Unfruchtbarkeit“, aufscheinen.

➤ **Willensentscheidung der Frau: nach der Follikelpunktion**

In diesem Falle, auch wenn der Embryotransfer nicht stattgefunden hat, werden die Leistungen in der Tagesklinik (*day surgery*) durchgeführt und die Aufnahme kann mittels „day surgery“ als abgeschlossen erachtet werden.

➤ **Komplikationen vor der Follikelpunktion** (Beispiel Syndrom der Hyperstimulation der Eierstöcke)

Sollten sich während der Behandlung auf dem Gebiet der medizinisch-assistierten Fortpflanzung Komplikationen auftreten wie zum Beispiel Symptome einer Überstimulation (Übelkeit, Brechreiz und/oder Durchfall, Aszites, Veränderung des Blutvolumens, Veränderung der Koagulationsfähigkeit des Blutes, Abnahme der Nierendurchblutung und der Nierenfunktion) kann der Zyklus abgebrochen werden.

Falls die Komplikationen keinen Krankenhausaufenthalt erfordern und die Symptome wieder von selbst zurückgehen, kann die Behandlung der medizinisch-assistierten Fortpflanzung wieder aufgenommen werden. Alle ambulanten Dienstleistungen vor der Aufnahme fließen in den entsprechenden „DRG-Tarifsatz“ ein.

Wenn jedoch die Behandlung der Komplikationen nur mit einer stationären Aufnahme in Griff bekommen werden können, werden alle bis dahin in Anspruch genommenen Leistungen als ambulante Leistungen mit Ticketbefreiung berechnet.

➤ **Komplikationen nach der Follikelpunktion** (Beispiel Infektion der Beckenregion, innere Blutungen im Bauch)

Sollten Komplikationen nach der Follikelpunktion auftreten, welche jedoch keinen Krankenhausaufenthalt erfordern und von selbst wieder verschwinden, kann der Behandlungszyklus der medizinisch-assistierten Fortpflanzung fortgesetzt werden (z. B. um den Embryotransfer durchzuführen, wenn dies noch nicht geschehen ist, oder um das Follow-Up zu gewährleisten).

Der Krankenhausentlassungsschein, welcher sich auf die Behandlung in der Tagesklinik bezieht, muss die Hauptdiagnose „weibliche Unfruchtbarkeit“ sowie die durchgeführten Behandlungstherapien anführen, eventuell auftretende Komplikationen fließen jedoch nicht darin ein. Alle ambulant durchgeführten Dienstleistungen vor der stationären Aufnahme, sind Bestandteil des DRG-Tarifsatzes..

Falls jedoch die Behandlung der Komplikationen einen Krankenhausaufenthalt erfordert, muss der Krankenhausentlassungsschein in Bezug auf die durchgeführten Leistungen in der Tagesklinik vollständig ausgefüllt und die Angabe des „Kodex 12“ in der Spalte „Art und Weise der Entlassung“ berücksichtigt werden. Auf dem entsprechenden Entlassungsschein der stationären Aufnahme muss in der Spalte „Herkunft des Patienten“ der „Kodex 8“ eingetragen werden (Angabe hinsichtlich Tagesklinik oder im Hinblick auf die stationäre Behandlung).

In diesem Falle, sollte der Embryotransfer noch nicht erfolgt sein, besteht die Aufnahme in die Tagesklinik (*day surgery*) in einem einzigen Zugang. Sobald die Komplikationen behoben sind, erfolgt der Embryotransfer mittels einer ambulanten Behandlung. Wenn sich jedoch eine neue Follikelpunktion als notwendig erweist, beginnt ein neuer Behandlungszyklus im Rahmen der medizinisch assistierten Fortpflanzung und es erfolgt eine Aufnahme in der Tagesklinik.

5. ZUGELASSENE BEHANDLUNGSZYKLEN ZU LASTEN DES LANDESGESUNDHEITSDIENSTES

Wie schon in den Richtlinien für die medizinisch-assistierte Fortpflanzung festgehalten wurde (Beschluss Nr. 3351 vom 12.09.2005) werden höchstens 3 Versuchszyklen der 1. Ebene sowie höchstens 3 Behandlungszyklen insgesamt für die Techniken der 2. und 3. Ebene (d.h.: 3 Zyklen aus Techniken der 2. Ebene oder 3 Zyklen aus Techniken der 3. Ebene oder 3 Zyklen aus Techniken der 2. und 3. Ebene gemischt) zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes zugelassen. Unter einem Zyklus versteht man die

zusammengesetzte Behandlung bestehend aus einer kontrollierten Hyperstimulation der Eierstöcke und einer intrauterinen Insemination für die erste Ebene oder eine kontrollierten Hyperstimulation der Eierstöcke mit Follikelpunktion für die zweite und dritte Ebene.

Eventuelle, vorangegangene Behandlungszyklen, welche in anderen akkreditierten öffentlichen oder privaten Strukturen auch außerhalb der Provinz durchgeführt wurden, sowie eventuelle Behandlungszyklen, die in privaten Strukturen erfolgten, für welche eine Rückvergütung von öffentlicher Seite gewährt worden war, müssen vom zukünftigen Elternpaar in einer Selbsterklärung angegeben werden. Diese vorangegangenen Behandlungszyklen werden im Rahmen der vorgesehenen Höchstzahl der Leistungen, die von öffentlicher Seite beglichen werden, berücksichtigt.

Höchstalter für die Kostenübernahme durch den öffentlichen Gesundheitsdienst: Paare, bei denen die Frau ein Alter von maximal 41 Jahren + 364 Tage bei Ausstellung des Therapieplanes nicht überschreitet.

Höchstzahl der auf diesem Wege gezeugten Kinder: es wird keine Einschränkung hierfür vorgesehen

Eventuelle, zusätzliche Behandlungszyklen, welche die vorgesehene Höchstzahl gemäß Vorgaben des Nationalen Gesundheitsdienstes überschreiten, dürfen dann durchgeführt werden, wenn keine Kontraindikationen medizinischer Natur vorliegen und diese von ärztlicher Seite als notwendig erachtet werden. Diese Behandlungszyklen gehen gänzlich zu Lasten der Antragsteller/Betroffenen. Die ambulant durchgeführten Leistungen werden aufgrund der gültigen Tarifordnung für fachärztliche Leistungen verrechnet. Die in der Tagesklinik erbrachten Leistungen werden entsprechend dem „DRG“ berechnet.

Künstliche Befruchtungsanlage1