

Informationsblatt

Beauftragung eines planungsfachlichen Gutachtens der Gesundheit Österreich GmbH zur Beurteilung der Verbesserung des Versorgungsangebots

Im Zuge von Bewilligungsverfahren/Zulassungsverfahren bzw. von Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs für bettenführende Krankenanstalten, selbstständige Ambulatorien und (zahn-)ärztliche Gruppenpraxen kann die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) von der zuständigen Landesbehörde mit der Erstellung von Gutachten zur Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, beauftragt werden. Zur Erfüllung dieser Aufträge bedient sich die GÖG gemäß § 5 GÖG-Gesetz der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP).

Wenn ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen oder der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in der gültigen RSG- bzw. ÖSG-Verordnung geregelt ist, ist kein GÖG-Gutachten erforderlich. Das gilt insbesondere für verordnete ambulante Vergemeinschaftungsformen (selbstständige Ambulatorien, Gruppenpraxen), die in der entsprechenden Tabelle der RSG-Planungsmatrix eingetragen und somit geplant sind.

Ablauf

Die GÖ FP erstellt ein planungsfachliches Gutachten zur Frage der Verbesserung des Versorgungsangebots ausschließlich aufgrund einer schriftlichen Beauftragung durch die zuständige Landesbehörde. Nach Erhalt aller erforderlichen Unterlagen (und ggfs. der ausgefüllten Checkliste - siehe unten) gibt die GÖ FP - nach Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit - der Landesbehörde eine Kostenschätzung bekannt. Nach schriftlicher Bestätigung der Kostenübernahme wird mit den Arbeiten begonnen. Eine Beauftragung kann widerrufen werden, allerdings werden alle bis zum Zeitpunkt des Widerrufs getätigten Aufwendungen in Rechnung gestellt. Ist im Zuge der Gutachtenerstellung abzusehen, dass die angegebene Kostenschätzung überschritten wird, wird die Landesbehörde unverzüglich in Kenntnis gesetzt. Die GÖ FP ist um eine schnelle Bearbeitung bemüht, behält sich aber eine in der Regel sechs- bis achtwöchige Bearbeitungsfrist ab schriftlicher Bestätigung der Kostenübernahme durch die Landesbehörde vor.

Mit der Übermittlung des Gutachtens wird die Honorarnote an die jeweilige Landesbehörde übergeben. Werden ergänzende Gutachten bzw. Stellungnahmen beauftragt, so ergehen die Honorarnoten dafür ebenfalls an die beauftragende Landesbehörde. Kosten für Gutachten sind Barauslagen gemäß § 76 AVG und von der jeweiligen Landesbehörde binnen vierzehn Tagen ab Rechnungsdatum an die GÖ FP zu bezahlen.

Maßgebliche Kriterien für die Beurteilung

Im Zuge der Gutachtenerstellung überprüft die GÖ FP anhand der im jeweiligen Landes-Krankenanstaltengesetz bzw. im Ärzte- oder im Zahnärztegesetz genannten gesetzlichen Kriterien, ob mit der geplanten Einrichtung „eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann“.

Dazu sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) grundsätzlich folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,

3. das Inanspruchnahmeverhalten durch Patienten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3,
5. Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3, insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden, und
6. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

Wartezeiterhebungen

Obwohl in den gesetzlichen Bestimmungen nicht enthalten, wird nach ständiger Rechtsprechung die durchschnittliche Wartezeit, die Patientinnen/Patienten im Einzugsgebiet in Kauf zu nehmen haben, als Indikator für die Bedarfsfrage angesehen. Der derzeitigen höchstgerichtlichen Rechtsprechung entsprechen i.d.R. nur verdeckte Wartezeiterhebungen.

Die GÖ FP sieht diesbezüglich derzeit folgende mögliche Vorgehensweisen:

1. Die Behörde übermittelt die Ergebnisse einer bereits vorliegenden oder einer für das gegenständliche Verfahren eingeholten Wartezeiterhebung an die GÖ FP zur Würdigung im Rahmen des Gutachtens.
2. Die GÖ FP beauftragt nach Rücksprache und im Auftrag der Landesbehörde ein externes Institut mit der Erhebung. Die Kostenübernahme ist vorab schriftlich durch die Landesbehörde zu bestätigen, die Abrechnung der Kosten der extern eingeholten Wartezeiterhebung erfolgt im Rahmen der Gutachten-Rechnungslegung.
3. Eine Wartezeiterhebung ist aus gutachterlicher Sicht nicht notwendig/zielführend, wenn andere Indikatoren/Sachlagen bereits entscheidend für die Schlussfolgerung sind oder Terminwartezeiten für das gegenständliche Angebot kein geeigneter Indikator sind (z.B. traumatologische Akutversorgung, Primärversorgung) - eine derartige Konstellation wird von der GÖ FP im Gutachten thematisiert und entsprechend begründet.

Maßgebliche Quellen

Die inhaltliche Prüfung der Frage nach der Verbesserung des Versorgungsangebots durch die GÖ FP erfolgt anhand folgender Quellen (in der jeweils aktuellen Version):

- Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) inkl. Großgeräteplan bzw. ÖSG VO,
- Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) bzw. RSG VO,
- Rehabilitationsplan sowie Festlegungen in der ÖSG VO zum Rehabilitationsbereich,
- ergänzende Unterlagen der Antragsteller,
- ergänzende Unterlagen der Parteien,
- Daten und Unterlagen der GÖG (ÖGIS-Daten, Studien, Leistungskataloge des BMASGPK),
- Erhebung weiterer Daten und Informationen (Statistik Austria, Sozialversicherungsträger etc.).

Notwendige Informationen / Unterlagen

Für die Erstellung des Gutachtens sind der GÖ FP folgende Informationen/Unterlagen vorzulegen (möglichst in elektronischer Form bzw. in Kopie):

- Art der antragsgegenständlichen Einrichtung (z. B. selbstständiges Ambulatorium, Gruppenpraxis) einschließlich der konkreten Rechtsgrundlage für die angestrebte Bewilligung,
- Name bzw. Bezeichnung der Antragstellerin / des Antragstellers,

- Name bzw. Bezeichnung der Rechtsträgerin / des Rechtsträgers,
- Bezeichnung der antragsgegenständlichen Einrichtung,
- Angaben über den Status (Neuerrichtung, Erweiterung, Umwandlung etc.),
 - bei Erweiterungen auch Angabe, ob es sich um eine wesentliche Erweiterung handelt, die gemäß behördlicher Einschätzung eine Bedarfsprüfung erfordert,
- Standort(e) bzw. Adresse(n) der antragsgegenständlichen Einrichtung,
- vorgesehene Öffnungszeiten,
- Beschreibung des geplanten Leistungsangebots:

Qualitative Angaben: Medizinischer Fachbereich sowie ggf. Leistungsspektrum (Diagnosen, Leistungen); bei Antrag zu Großgeräten: Angaben zur Großgeräteart (bspw. CT, MR; technische Ausprägung)

Quantitative Angaben zum Leistungsvolumen:
Anzahl der Behandlungen bzw. der Patientinnen und Patienten je Zeitraum (pro Monat bzw. Jahr).

 - bei Antrag zu Großgeräten: Anzahl an beantragten sowie ggf. der bereits vorgehaltenen Großgeräten der Einrichtung
 - bei Antrag zu Zahnmedizin: Anzahl der beantragten sowie ggf. der bereits vorgehaltenen Behandlungsstühle
- Information zum Personal: Angaben zu Qualifikation und Beschäftigungsausmaß von Ärztinnen/Ärzten und sonstigen Angehörigen von Gesundheitsberufen
- Stellungnahme der ÖGK zur sozialversicherungsrechtlichen Erstattungsfähigkeit der geplanten Leistungen
- Information der Krankenversicherungsträger zur aktuellen Anzahl der besetzten Sachleistungsstellen in den betroffenen Fächern im Standortbezirk

Ergänzend zu diesen jedenfalls erforderlichen Informationen ersuchen wir um Übermittlung folgender weiterer Unterlagen, soweit vorhanden:

- Ausführungen zur Versorgungsrelevanz aus Sicht der Antragstellerin / des Antragstellers (z. B. Auslastung der bestehenden Leistungsanbieter);
- Informationen zum Einzugsgebiet gemäß Antrag;
- Informationen zur Erreichbarkeit des beantragten Standortes im Individualverkehr bzw. im öffentlichen Verkehr;
- Stellungnahmen anderer Institutionen zur Versorgungsrelevanz, insbesondere von Sozialversicherungsträgern, (Zahn-)Ärztelkammer, Landesgesundheitsfonds;
- Ausführungen zu bestehenden oder ggf. angestrebten Verträgen mit Sozialversicherungsträgern;
- Wenn relevant, Informationen zu früheren Bewilligungsverfahren der gegenständlichen Krankenanstalt bzw. Gruppenpraxis;
- weitere Unterlagen, die zur Beurteilung der Versorgungsrelevanz zweckmäßig erscheinen.

Checkliste

Für eine effiziente Bearbeitung ersuchen wir, gemeinsam mit den erforderlichen Unterlagen auch die ausgefüllte Checkliste (https://goeg.at/Gutachten_zur_Versorgungsrelevanz) zu übermitteln. Das Formular soll einer strukturierten Beurteilung der Vollständigkeit und Relevanz der bei der Behörde eingetroffenen Unterlagen dienen und allfällige nachträgliche Rückfragen und Nachforderungen nach Weiterleitung von Antragsunterlagen an die GÖ FP minimieren. Das Formular kann gerne auch an Antragsteller:innen übermittelt und ggf. von diesen befüllt werden.

Nicht-Inhalte des Gutachtens

Nicht Inhalt der planungsfachlichen Gutachten im Rahmen der Bedarfsprüfungen sind Aussagen über

- die rechtliche Zulässigkeit der Betriebsform (selbstständiges Ambulatorium, bettenführende Krankenanstalt, Gruppenpraxis),
- die Frage, ob es sich bei dem Antrag um eine Leistung oder Methode handelt, die den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft entspricht bzw. in Österreich fachlich anerkannt ist,
- die sozialversicherungsrechtliche Erstattungsfähigkeit von Leistungen,
- das Personalkonzept einschließlich der Berufsberechtigungen,
- die erforderlichen hygienischen Auflagen,
- den funktionellen Ablauf des Betriebs,
- die Raumwidmungen (Verwendungszweck der Räume, apparative Ausstattung sowie geplante bauliche und technische Ausstattung der Räume).