

## IV. Regelungen für Primärversorgungseinheiten

### A. Aufgaben und Arten der Primärversorgungseinheiten (PVE) im Gesundheitswesen

§ 2 Abs 1 Primärversorgungsgesetz (kurz PrimVG) definiert als Primärversorgungseinheit nach dem PrimVG wörtlich *„eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem“*. Sie hat Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtgesellschaftliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren (§ 2 Abs 1 Satz 2 PrimVG).

Gemäß § 2 Abs 2 PrimVG muss eine Primärversorgungseinheit aus einem Kernteam bestehen, dem Ärzte für Allgemeinmedizin und Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angehören. Orts- und bedarfsabhängig können auch Ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Teams sein. In § 2 Abs 3 PrimVG werden dann demonstrativ de facto fast alle Gesundheitsberufe aufgezählt, die ebenfalls in einer PVE beschäftigt werden können. Dies bedeutet, dass das gesamte Primärversorgungsthema ärztlicherseits nur für Ärzte für Allgemeinmedizin eine Rolle spielt. Für Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, sofern dies in der Planung gesondert (Kapitel IV.B.2.) vorgesehen ist, ergeben sich durch dieses neue gesetzgeberische Konstrukt keine Änderungen.

Was eine Primärversorgungseinheit leisten soll, ist in den §§ 4 und 5 PrimVG geregelt. Gemäß § 4 PrimVG hat die Primärversorgungseinheit mit dem Ziel eines für die und Patienten sowie die Gesundheitsdiensteanbieter optimierten Diagnose- und Behandlungsprozesses jedenfalls folgenden Anforderungen zu entsprechen:

1. wohnortnahe Versorgung, gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit,
2. bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten,
3. Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und gegebenenfalls unter Einbindung von Bereitschaftsdiensten,

4. Einbindung von vorhandenen telemedizinischen, telefon- und internetbasierten Diensten in das Erreichbarkeitskonzept,
5. Gewährleistung von Hausbesuchen,
6. Sicherstellung der Kontinuität
  - a) in der Behandlung und Betreuung insbesondere von chronisch kranken und multimorbiden Patienten sowie Palliativpatienten,
  - b) der Behandlungsabläufe zwischen den Versorgungsstufen und
  - c) in der Betreuung in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere durch Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen
7. barrierefreier Zugang und bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen,
8. Vorhandensein der notwendigen (medizinisch-)technischen und apparativen Ausstattung,
9. Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen.

Gemäß § 5 Abs 1 PrimVG sind in der PVE insb folgende therapeutische und pflegerische Kompetenzen abzudecken:

1. die Versorgung von Kindern und Jugendlichen,
2. die Versorgung älterer Personen,
3. die Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten,
4. die psychosoziale Versorgung,
5. das Arzneimittelmanagement und
6. die Gesundheitsförderung und Prävention.

Folgender Leistungsumfang muss dabei gemäß § 5 Abs 2 PrimVG gewährleistet werden:

1. abhängig vom Schweregrad der Erkrankung möglichst abschließende Akutbehandlung und
2. Langzeittherapien bei chronischen Erkrankungen.

Um sicherzustellen, dass die Anforderungen von § 4 und 5 PrimVG erfüllt werden, hat die PVE über ein Versorgungskonzept zu verfügen, das insbesondere Organisation und Leistungen beschreibt (§ 6 PrimVG). Dieses Versorgungskonzept spielt vor allem beim Auswahlverfahren eine Rolle (§ 14 Abs 5 PrimVG) und ist daher vor der Eröffnung der PVE zu erstellen.

Folgende Leistungen muss eine PVE im Versorgungskonzept beschreiben:

- a) Versorgungsziele des Primärversorgungsteams,
- b) Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums,
- c) Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten.

Im Zuge der Organisation sind folgende Thematiken im Versorgungskonzept abzuhandeln:

- a) Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen,
- b) Arbeits- und Aufgabenverteilung und die Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam,
- c) aufeinander zeitlich abgestimmte Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtliche Erreichbarkeit, insbesondere bei mehreren Standorten, bzw welche Leistungen an welchem Standort erbracht werden,
- d) gemeinsamer Auftritt nach außen.

In den Materialien zum Gesetz<sup>39</sup> wurde klargestellt, dass das Gesetz nicht die bestehenden Einrichtungen der ambulanten Versorgung in Frage stellt, sondern nur dazu dient, neue Primärversorgungseinheiten unter geeigneten organisatorischen und vertraglichen Rahmenbedingungen entstehen zu lassen.

Diese Klarstellung ist logisch und konsequent: Unzweifelhaft werden nämlich alle diese Leistungen gemäß §§ 4 bis 6 PrimVG auch jetzt schon von Primärversorgern im ärztlichen Bereich und von anderen Gesundheitsberufen, vor allem von Ärzten für Allgemeinmedizin und ihren Teams, angeboten. Diese Leistungsinhalte und Berufsberechtigungen von Allgemeinmedizinern und auch die Berufsausübungsregelungen in den jeweiligen Berufsgesetzen werden auch durch das PrimVG weder abändert noch einschränkt. Somit bleibt am Ende als *ratio legis* des neuen Gesetzes nur eine neu strukturierte Leistungserbringung für Allgemeinmediziner und ihre Teams übrig. Hinsichtlich der ärztlichen Leistungserbringung gibt das Gesetz in den §§ 4 bis 6 PrimVG nur wieder, was gemäß ÄAO 2015 sowie Anlage 1 der KEF und RZ-Verordnung<sup>40</sup> den Umfang der allgemeinmedizinischen Tätigkeit darstellt.

Einzig im Bereich des GuKG (Art 10 GRUG 2017), des MABG (Art 12 GRUG 2017) und des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes (Art 13 GRUG 2017) sah man die Notwendigkeit, klarzustellen, dass der Beruf auch in Anstellungsverhältnissen zu Primärversorgungseinheiten ausgeübt werden kann. Da eine PVE – wie noch zu zeigen sein wird – aber in den Organisationsformen Gruppenpraxis, Ambulatorium oder Einzelordination im Netzwerk ausgeübt werden kann, sind die bestehenden Regelungen für die Anstellung von Gesundheitsberufen bei Ärzten oder in Ambulatorien auch für die PVE weiterhin voll anwendbar.

Im Ergebnis bedeutet dies aber, dass das PrimVG ein reines Organisationsgesetz darstellt, das ein Zusatzangebot an einer Versorgungsform zur gesundheitlichen

---

39 Siehe AB 1714 BlgNR 25. GP 1.

40 Kundgemacht auf der Homepage der ÖÄK: [www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at).

Versorgung der Bevölkerung schafft, die neben die anderen bestehenden Versorgungsformen tritt, diese aber nicht ersetzt oder unmöglich macht. Zudem beinhaltet es einige sozialversicherungsrechtliche Neuerungen, auf die in einem eigenen Kapitel eingegangen wird (Kapitel IV.C.).

Das Gesetz regelt sehr umfänglich die Planung und die Invertragnahme einer PVE, beinhaltet aber kein Verbot, wonach Kooperationen von Allgemeinmedizinern mit anderen Gesundheitsberufen die gleichen Leistungen, die im PrimVG geregelt sind, auch strukturiert und in nach dem ÄrzteG zulässigen Kooperationsformen erbringen dürfen. Einzig die Bezeichnung Primärversorgungseinheit ist nach § 12 Abs 1 PrimVG geschützt und darf nur von solchen Einheiten geführt werden, die nach dem PrimVG eingerichtet wurden.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass auch weiterhin Allgemeinmediziner zB Angehörige anderer Gesundheitsberufe anstellen oder mit ihnen freiberuflich kooperieren dürfen und die Leistungen je nach Vereinbarung in Gesamt- oder Einzelverträgen direkt mit der Sozialversicherung abrechnen oder dem Patienten direkt in Rechnung stellen können. Diese Ordinationen oder ärztlichen Gruppenpraxen dürfen sich aber nicht Primärversorgungseinheit, sehr wohl aber allgemeinmedizinische Gruppenpraxis uä nennen. Auch wird man ihnen, unter Beachtung der sonstigen Wettbewerbsjudikatur, wohl eine andere Bezeichnung, zB Hausarzt- oder Gesundheitszentrum mit regionalem Zusatz, nicht verbieten können (Kapitel II.B.2.).

## **B. Gründung einer PVE**

### **1. Allgemeines**

Eine Primärversorgungseinheit (PVE) liegt ausschließlich dann vor, wenn es sich um eine Gründung strikt nach dem extrem engen Rahmen des Primärversorgungsgesetzes handelt.

Für eine PVE gemäß § 2 Abs 4 zweiter Satz PrimVG sind dafür zwei Voraussetzungen erforderlich:

- a) Die PVE muss im regionalen Strukturplan (RSG) abgebildet sein;
- b) die PVE muss über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern verfügen, wobei die jeweils örtliche Gebietskrankenkasse jedenfalls Vertragspartner sein muss.

### **2. Regionale Strukturplanung**

Die zentralen Planungsinstrumente für die Versorgungsplanung in Österreich sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Der ÖSG ist nach der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

(im Folgenden kurz: Art-15a-Vereinbarung) der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung<sup>41</sup>.

Der ÖSG hat verbindliche Vorgaben für die RSG festzulegen (§ 19 Abs 2 G-ZG). Diese verbindlichen Planungsvorgaben umfassen gemäß § 18 iVm § 20 Abs 1 Z 8 G-ZG auch die Primärversorgung, für die der ÖSG Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung festlegen kann.

Für die konkrete Gründung einer PVE verweist das PrimVG aber auf den jeweiligen bundeslandspezifischen RSG (§ 2 Abs 4 PrimVG), sodass dem ÖSG unmittelbar keine Wirkung zukommt; mittelbar ist er jedoch wirksam, da die Planungsvorgaben des ÖSG für den RSG verbindlich sind.

Konkret wird die Planung auf Landesebene durchgeführt. Dort ist es Aufgabe der Sozialversicherungsträger, im RSG sicherzustellen, dass eine Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art 6 der Art-15a-Vereinbarung erfolgt (§ 21 Abs 3 Z 3 G-ZG).

Art 6 der Art-15a-Vereinbarung enthält folgende grundsätzliche Planungsregel: Nach Vorgaben des ÖSG hat der RSG über Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission, die Planung im Hinblick auf Anzahl, Versorgungsgebiet, Größe, Schwerpunkte der Leistungsangebote und den zeitlichen Umsetzungshorizont, allenfalls unter Festlegung, ob die Primärversorgungseinheit in Form eines Netzwerkes oder eines Zentrums betrieben werden soll, vorzunehmen. § 21 Abs 3 Z 3 G-ZG ergänzt noch hinsichtlich der Formen Netzwerk/Zentrum, dass unter Berücksichtigung des Planungsziels gemäß Art 31 Abs 1 letzter Satz Art-15a-Vereinbarung im jeweiligen Bundesland ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder als Zentrum sicherzustellen ist.

Art 31 Abs 1 letzter Satz Art-15a-Vereinbarung nennt im Bereich der Primärversorgung als Ziel die Realisierung von zumindest 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung, dh bis Ende 2021.

§ 41 Abs 4 G-ZG bestätigt diesen Befund, indem festgelegt wird, dass man für ein Übersteigen der Zahl der 75 Primärversorgungseinheiten bis zum 31. Dezember 2021 ein Einvernehmen zwischen der Landeszielsteuerungskommission und der jeweiligen Ärztekammer braucht. Im Ausschussbericht zum GRUG<sup>42</sup> wird zudem eine ganz konkrete Verteilung der 75 PVE auf die Bundesländer vorgenommen. (Burgenland drei, Kärnten fünf, Niederösterreich 14, Oberösterreich 13, Salzburg fünf, Steiermark elf, Tirol sechs, Vorarlberg drei und Wien 16). Damit wird

---

41 § 19 Abs 1 G-ZG idF BGBl I 2017/131.

42 AB 1714 BlgNR 25. GP 29.

eine Höchstgrenze pro Bundesland für PVE festgelegt, gegen die ein RSG nicht verstoßen darf. Dieses Einvernehmen, die jeweiligen Bundesländer-Höchstgrenzen zu überschreiten, erfolgt je Bundesland, da landesspezifische Organisationen in § 41 Abs 4 G-ZG angesprochen werden. Auch den Materialien<sup>43</sup> ist zu entnehmen, dass diese Regelung einer PVE-Höchstgrenze eine klare Schutzbestimmung für die bestehenden niedergelassenen Allgemeinmediziner ist, werden doch diesen die inhaltlichen und eventuell finanziellen Möglichkeiten einer PVE nicht angeboten. Diese Frist für eine Höchstgrenze wurde sogar noch bis Ende 2025 erweitert, indem die Planung auch nach Ende 2021 nur dann weitere PVE vorsehen darf, wenn dies gesetzlich festgelegt wird oder aber die jeweilige Ärztekammer im Bundesland (§ 66 ÄrzteG) der Planung weiterer PVE zustimmt (§ 41 Abs 4 letzter Satz G-ZG). *Ratio legis* ist, dass man sich bis dahin die Entwicklung der PVE ansehen möchte.

Zusammenfassend lassen sich folgende Parameter der Planung für die Planung im RSG für PVE festhalten:

- a) Anzahl: Die Anzahl der PVE ist in der Planung strikt limitiert (zB ohne Zustimmung der regionalen Ärztekammer in Wien maximal 16 PVE Einheiten bis Ende 2021), ab Anfang 2022 bis Ende 2025 können entweder weitere Zielwerte durch neue Art-15a-Vereinbarungen und nachfolgendes Gesetz festgelegt werden oder aber die Zahl je Bundesland kann überschritten werden, wenn die Landeszielsteuerungs-Kommission mit der jeweiligen Landesärztekammer Einvernehmen herstellt (§ 41 Abs 4 G-ZG).
- b) Versorgungsgebiet: Schon allein aus der Wortwahl von Art 6 der Art-15a-Vereinbarung und im Zusammenhang mit dem verbindlich durchzuführenden Auswahlverfahren wäre es gesetzwidrig, im RSG einen konkreten Standort mit genauer Adresse zu planen; vielmehr ist ein Gebiet in der Planung vorzugeben, welches durch die Primärversorgungseinheit versorgt werden soll. Der konkrete Standort ist dann so zu wählen, dass das Versorgungsgebiet angemessen versorgt werden kann, wie es auch schon aktuell in der Stellenplanung der Gesamtvertragsparteien gemäß § 342 ASVG üblich ist. Gemäß Art 6 Abs 3 Z 1 lit a Art-15a-Vereinbarung sind Primärversorgungseinheiten wohnortnah – jedenfalls unter Einhaltung der ÖSG-Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich pro Versorgungsregion (Erreichbarkeit und Versorgungsdichte) – zu planen. Dies bedeutet, dass der RSG pro Versorgungsregion im ÖSG<sup>44</sup> die PVE zu planen hat, in der Versorgungsregion allerdings einzelne Versorgungsgebiete definieren kann.

Versorgungsgebiete sind im RSG flächenmäßig zu umschreiben und müssen eine entsprechende Anzahl von Einwohnern einschließen. Gemäß den Planungen des ÖSG 2017 für Allgemeinmediziner ist für jede Planstelle ein

43 AB 1714 25. GP 28 f.

44 S 36 ÖSG 2017 sowie Art 6 Abs 3 Z 1 Art-15a-Vereinbarung.

Bevölkerungsminimum von 2.000 Einwohnern umfassen (§ 36 ÖSG 2017). Für ein PVE mit drei Allgemeinmedizinern muss daher zB ein Versorgungsgebiet – id est eine Region von zumindest 6.000 Einwohnern – in der Planung angegeben werden.

- c) Größe: Zweifellos kann es sich bei der Planungsgröße nur um eine Zielgröße handeln, da man sich im Bereich der Planung befindet; bei dieser Zielgröße werden natürlich allfällige im ÖSG oder im RSG sonst für die Allgemeinmedizin und andere Gesundheitsberufe maßgebliche Zahlen zu berücksichtigen sein. Eine gewichtige Rolle wird im gegenständlichen Zusammenhang die Planung für die Allgemeinmedizin in toto im RSG spielen. Da sich die ärztlichen Leistungen hinsichtlich des Berufsbildes und der Berufsberechtigungen nicht unterscheiden, wird man die Planungsgrößen für die Allgemeinmedizin – ggf auch für die Kinderheilkunde – auch bei den PVE berücksichtigen. Natürlich kann man im RSG versuchen, die genaue Anzahl von Allgemeinmedizinern und anderen Gesundheitsberufen im PVE vorzugeben. Im Hinblick auf eine realistische Umsetzbarkeit wird man gut beraten sein, im RSG die Größe möglichst allgemein zu umschreiben, sodass man das Versorgungsgebiet ausreichend versorgen kann.
- d) Schwerpunkte der Leistungen: Zu den Leistungen ist festzuhalten, dass der RSG nicht die gesetzlich im PrimVG vorgesehenen Leistungsverpflichtungen einschränken kann (§§ 4, 5 PrimVG); Gleiches gilt für die Berufsberechtigungen der Gesundheitsberufe, die in den Berufsgesetzen geregelt sind; vielmehr können Leistungen nur als Schwerpunkte gewichtet geplant werden. Auch kann der RSG nicht einzelne Leistungen ausschließlich den PVE zuordnen und andere Allgemeinmediziner von diesen Leistungen ausschließen. Schwerpunkte im urbanen Bereich können beispielsweise im Bereich der Substitution liegen, während im ruralen Bereich – gerade wenn Fachärzte oder Spitäler nicht leicht erreichbar sind – einzelne, erweiterte medizinische Leistungen (zB Labor- oder Ultraschalldiagnostik) denkbar sind. Die Etablierung eines Facharztes für Kinder- und Jugendheilkunde in einem PVE wäre jedenfalls im RSG zu planen, widrigenfalls die Erweiterung um einen Kinderarzt unzulässig wäre<sup>45</sup>. Sollte aufgrund der Planung und deren Umsetzung eine Leistung nur in einem PVE mit der Sozialversicherung verrechnet werden können und bei anderen Allgemeinmedizinern nicht in der Honorarordnung verankert sein, so besteht für den Patienten ein Anspruch auf Kostenrückerstattung durch die Sozialversicherung gemäß § 131 ASVG, sowohl bei Leistungserbringung durch Wahlärzte für Allgemeinmedizin als auch bei Allgemeinmedizinern mit Kassenverträgen, die diese Leistungen mangels Verrechenbarkeit im Sachleistungssystem im sog kassenfreien Raum erbringen<sup>46</sup>.

---

45 AB 1714 BlgNR 25. GP 4.

46 OGH 14.4.1994, 10 Ob S 264/93; BSK 27.11.1993, R 1-BSK/92.

- e) Zeitlicher Umsetzungshorizont: Da es sich beim RSG um ein Planungstool handelt, kann man natürlich zeitliche Umsetzungshorizonte planen; aber schon das Wort „Umsetzungshorizonte“ legt nahe, dass es sich dabei um Zielwerte handelt, die nicht verbindlich sind. Sollte daher eine Umsetzung nicht konkret im RSG-Umsetzungshorizont fertiggestellt werden können, so sind Land und Sozialversicherung angehalten, den RSG den tatsächlichen Umsetzungszeiträumen anzupassen oder von vornherein großzügige Umsetzungsfristen einzuplanen, bzw ist eine Umsetzung, die den Umsetzungshorizont zB überschreitet, nicht deshalb rechtswidrig. Der Umsetzungshorizont gibt bloß einen Anhaltspunkt, wann ein PVE realisiert werden sollte. Sollte sich die Planung so ändern, dass eine Umsetzung einer PVE für interessierte Verkehrskreise nicht mehr möglich ist, im Vertrauen auf diese Planung aber bereits Investitionen getätigt wurden, so stehen haftungs- und vergaberechtliche Aspekte als Ersatzforderungen an die Sozialversicherung und das Land im Raum, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.
- f) Netzwerk oder Zentrum: Während Art 6 der Art-15a-Vereinbarung noch festhält, dass die Wahl des Typs – Netzwerk oder Zentrum – nicht zwingend im RSG zu erfolgen hat, wurde in der Fassung des GRUG 2017 nach dem PrimVG eingefügt, dass der RSG im jeweiligen Bundesland ein ausgewogenes Verhältnis der PVE-Typen zwischen Netzwerken und Zentren sicherzustellen hat (§ 21 Abs 3 Z 3 G-ZG); dh, dass beiden Organisationsstrukturen ein ausreichender Raum gegeben werden muss. Für alle Bundesländer – ausdrücklich auch für Wien gemäß AB 1714 BlgNR 25. GP 11 – ist daher eine ausgewogene Mischung aus Netzwerken und Zentren zu planen.

Ausgewogenes Verhältnis bedeutet aber nicht zwingend, dass 50 % Zentren und 50 % Netzwerke geplant werden müssen; Ausgewogenheit bedeutet aber, dass nicht massiv von einer gleichen Anzahl von Zentren und Netzwerken abgewichen werden darf; zulässig wäre es jedoch, in der Planung nur eine gewisse Zahl aller PVE im Bundesland (siehe § 41 Abs 4 G-ZG) als Netzwerk oder Zentrum zu planen und für alle anderen PVE es in der Planung offenzulassen, ob die PVE als Netzwerk oder als Zentrum umgesetzt werden. Möglich wären daher Festlegungen im RSG, dass eine gewisse ausgewogene Mindestanzahl an Zentren bzw Netzwerken – zB 1/3 Zentren, 1/3 Netzwerke – vorgesehen wird und für das letzte Drittel keine Festlegungen erfolgen.

Generell wäre es zulässig, dass der RSG die Frage „Netzwerk oder Zentrum?“ offenlässt, was bedeutet, dass in der Umsetzung beide Varianten der PVE als gleichwertig anzusehen sind. Eine solche Planung wäre nur dann mit § 21 Abs 3 Z 3 G-ZG in Einklang zu bringen, wenn es zumindest im RSG eine Verpflichtung der jeweiligen GKK gibt, dass sie bei der Invertragnahme und im Zuge des Auswahlverfahrens gemäß § 14 PrimVG bei der Reihung der Bewerber auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Netzwerken und Zentren zu achten hat.

Eine Kompetenz der Sozialversicherung, in diesem Fall einseitig festzulegen, dass nur ein Zentrum oder ein Netzwerk als PVE zur Bewerbung eingeladen wird, sehen weder das PrimVG noch das GRUG 2017 noch das ASVG vor. Legt der RSG nicht fest, ob ein Zentrum oder Netzwerk geschaffen werden soll, dann muss die Sozialversicherung neutral für Zentren und Netzwerke ausschreiben und – wenn eine Gefährdung der Ausgewogenheit gegeben ist – im Auswahlverfahren, je nachdem, wie viele Zentren oder Netzwerke schon etabliert sind, den Zentren oder den Netzwerken den Vorrang geben oder darf für den Fall, dass die Ausgewogenheit nicht mehr gegeben ist, nur mehr Zentren oder Netzwerke zur Bewerbung einladen.

Hat dann zB in einem Bundesland die Anzahl der Zentren eine Zahl erreicht, die eine Ausgewogenheit gefährdet, zB 60 % aller gemäß RSG umzusetzenden PVE sind bereits Zentren, sind Netzwerke in der Bewerbung zu bevorzugen, dh ausschließlich einzuladen, bzw werden gemäß § 14 Abs 2 Z 1 bzw Abs 3 Satz 1 PrimVG freiberufliche Ärzte bei erfolgloser Ausschreibung mehrfach einzuladen sein, ein PVE zu gründen. Von einer Ausschreibung gemäß § 14 Abs 2 Z 2 PrimVG für ein Ambulatorium, das wieder nur ein Zentrum sein kann, ist in dieser Konstellation abzusehen.

Sollten diese Einladungen dauerhaft erfolglos sein, ist gemäß § 21 Abs 3 Z 3 G-ZG die Planung zu ändern und das PVE in einer anderen Region des jeweiligen Bundeslandes zu planen. Generell muss man festhalten, dass der RSG ein Plan ist, nach dessen Vorgaben vorgegangen werden soll. Da aber ein Plan naturgemäß keine Umsetzungsgarantie hat, kann er daher ggf angepasst oder ohne Sanktion nicht umgesetzt werden. Zweifellos wird man im letzteren Fall überlegen müssen, die Planung zu adaptieren, oder hinterfragen müssen, warum die Leistungserbringung in einem PVE derart unattraktiv ist.

### 3. Rechtsformen von PVE

Ein PVE muss über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen (§ 2 Abs 4), also selbst Träger von Rechten und Pflichten sein<sup>47</sup>; damit scheidet eine GesbR zB als Träger einer Primärversorgungseinheit<sup>48</sup> aus.

Das PrimVG kennt zwei Arten von PVE:

- a) ein PVE an einem Standort (gemäß den Planungsbestimmungen: Zentrum)
- b) ein PVE an mehreren Standorten (gemäß den Planungsbestimmungen: Netzwerk).

---

47 Zur Rechtsfähigkeit der OG: § 105 Satz 2 UGB, vgl *Schauer in Kalss/Nowotny/Schauer*, Österreichisches Gesellschaftsrecht Kap 2.2 Rz 2/95, GmbH: vgl § 61 Abs 1 GmbHG sowie *Aicher/Kraus in Straube/Ratka/Rauter*, WK GmbHG § 61 Rz 3.

48 Zur Rechtsfähigkeit der GesbR: vgl § 1175 Abs 2 ABGB; *Grillberger in Rummel*, ABGB<sup>3</sup> § 1175 ABGB Rz 13.