

Primärversorgungseinheit als Ausbildungseinrichtung

§ 11. Die Primärversorgungseinheit soll die Funktion als Ausbildungseinrichtung für die Ausbildung von Turnusärztinnen und Turnusärzten (Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien) und weiterer Gesundheitsberufe wahrnehmen. § 342d ASVG ist sinngemäß anzuwenden.

Stammfassung.

Turnusärzte (dh Ärzte in Ausbildung) sind zur unselbständigen Ausübung ärztlicher Tätigkeiten in als Ausbildungsstätten anerkannten Einrichtungen im Rahmen von Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien berechtigt (§ 3 Abs 3 ÄrzteG, wobei sich der Begriff der Unselbständigkeit in diesem Zusammenhang nicht auf die dienstrechtliche Stellung bezieht [dazu § 7 Abs 1 Z 1 und § 8 Abs 1 Z 1 ÄrzteG], sondern im Gegensatz zur eigenverantwortlichen Ausübung des Berufes steht; vgl *Wallner* in Gmund-Komm § 3 ÄrzteG Rz 5).

Als **Ausbildungsstätten** für Turnusärzte kommen gesetzlich

- Krankenanstalten für die Basisausbildung (§ 6a ÄrzteG),
- Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten als Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (§ 9 ÄrzteG),
- Krankenanstalten als Ausbildungsstätten für Fachärzte (§ 10 ÄrzteG),
- Ausbildungsstätten für Spezialisierungen (§ 11 ÄrzteG) sowie
- **Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen** (§§ 12 und 12a ÄrzteG) und
- **Lehrambulatorien** (§ 13 ÄrzteG)

in Frage (vgl ausführlich *Wallner* in *Resch/Wallner*, Medizinrecht² Kap XXI Rz 130).

In Übereinstimmung mit § 2 Abs 5 PrimVG können standortgebundene PVE entweder Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien sein. Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen können darüber hinaus auch Teil von PVE in Netzwerkform sein.

Inwieweit § 11 PrimVG dahingehend zu verstehen ist, dass darüber hinaus auch die **PVE als solche eine Ausbildungseinrichtung** sein soll, was aufgrund des § 2 Abs 5 PrimVG nur im Rahmen eines Netzwerks, das keine dislozierte Gruppenpraxis ist, eine Rolle spielt

len könnte, ist auf den ersten Blick nicht ganz klar. Nach den Mat soll die Funktion einer Ausbildungseinrichtung eine weitere Aufgabe für PVE sein (IA 8). Daraus – und aus der Formulierung des § 11 PrimVG selbst – kann allerdings nicht der Schluss gezogen werden, dass die PVE als solche, ohne gesonderte gesetzgeberische Maßnahmen, zur Ausbildungseinrichtung iSd §§ 12–13 ÄrzteG wird. Für eine *lex specialis* zu diesen Bestimmungen erscheint § 11 PrimVG zu wenig bestimmt zu sein. Die §§ 12–13 ÄrzteG regeln detailliert die Voraussetzungen für die Qualifikation von Ordinationen, Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien als Ausbildungseinrichtungen. Dazu kommt noch das Erfordernis der Bewilligung durch die ÖÄK. Wenn einer PVE eine von Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien unabhängige Funktion als Ausbildungseinrichtung zukommen sollte, bedürfte es ebensolcher Regelungen auch für die PVE. Im Zweifel ist § 11 PrimVG daher nur als programmatischer **Auftrag an PVE** zu verstehen.

- 5 Der Blick auf die in § 11 PrimVG ebenfalls angesprochenen **weiteren Gesundheitsberufe** stärkt diese Interpretation, weil in diesbezüglichen Gesetzen PVE jeweils **ausdrücklich als Ausbildungseinrichtungen** genannt sind (§ 90 Abs 1 GuKG; § 25 Abs 1 MABG; § 45 Z 4 MMHmG).
- 6 Die in § 11 S 2 PrimVG angeordnete sinngemäße Anwendung des § 342d ASVG verweist auf einen zwischen HV und ÖÄK im Hinblick auf den Einsatz vor Turnusärzten abzuschließenden **Gesamtvertrag** (dazu *Aigner/Windischhofer* § 11 PrimVG Anm 2).
- 7 Zusätzlich zu den in § 11 PrimVG angeführten Turnusärzten und weiteren Gesundheitsberufen sollen PVE nach den Mat auch zur Unterstützung einer zeitgemäßen Lern- und Lehrkultur bei **Sozialberufen** im Hinblick auf ein berufsgruppenübergreifendes Training dienen (IA 8). Dem Gesetzestext selbst ist diesbezüglich allerdings nichts zu entnehmen, sodass es hier wohl weiterer gesetzgeberischer Maßnahmen im Bereich der Ausbildungsvorschriften der Sozialberufe bedarf.

Bezeichnungsschutz und Informationspflicht

§ 12. (1) Die Bezeichnung „Primärversorgungseinheit“ darf nur von nach diesem Bundesgesetz eingerichteten Primärversorgungseinheiten geführt werden.

(2) Die Primärversorgungseinheit hat dafür Vorsorge zu treffen, dass für die Patientinnen und Patienten

1. eine vollständige, ortsübliche und leicht zugängliche Information über das Leistungsangebot in Umsetzung des § 6 Abs. 1 Z 1 lit. b sowie über die zeitliche Verfügbarkeit in Umsetzung des § 6 Abs. 1 Z 2 lit. c vorliegt,

2. leicht erkennbar ist, ob sie einen allfälligen Behandlungsvertrag mit der Primärversorgungseinheit oder der/dem einzelnen Leistungsanbieterin/Leistungsanbieter abschließen und

3. ersichtlich ist, dass eine Weitergabe der für den jeweiligen Behandlungsfall erforderlichen Gesundheitsdaten an die in diesem Fall eingebundenen Behandlerinnen und Behandler innerhalb der Primärversorgungseinheit erfolgt; Patienten und Patientinnen haben gegenüber der Primärversorgungseinheit nach § 2 Abs. 5 Z 2 das Recht, der Verwendung von Gesundheitsdaten entsprechend § 24a des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 (GTelG 2012), BGBl. I Nr. 111/2012 zu widersprechen.

Stammfassung.

Literatur: Torggler (Hrsg), UGB² (2016).

Im Hinblick auf die durch das PrimVG gesetzlich geregelte Ausgestaltung von PVE stellt § 12 Abs 1 PrimVG sicher, dass die **Bezeichnung „Primärversorgungseinheit“** nur von PVE geführt werden darf, die nach dem PrimVG errichtet sind. Nachdem der Begriff der „Primärversorgung“ selbst nicht im PrimVG, sondern in § 3 Z 9 G-ZG definiert und theoretisch durchaus auch auf andere Anbieter von Primärversorgungsleistungen anwendbar ist, erscheint der besondere gesetzliche Schutz der Bezeichnung sinnvoll. Nach dem Wortlaut des § 12 Abs 1 PrimVG erstreckt sich dieser Schutz allerdings nicht auf den – ebenfalls in § 3 Z 9 G-ZG angeführten – Begriff „Primary Health Care“, sodass dessen Verwendung ebenso nach allgemeinen Regeln (insb des UWG) zu beurteilen sein wird wie die Verwendung von anderen Bezeichnungen, welche die gesetzliche Definition „Primärversorgung“ mit weiteren Elementen kombinieren (vgl zB OGH 11. 8. 2015, 4 Ob 134/15g RdM 2016/37 [Blum] zur Verwendung des Begriffs „Klinik“ durch eine Ordination; zum Begriff vgl Wallner § 1 PrimVG Rz 2ff).

1

- 2 Für die Praxis interessant wird in weiterer Folge die Behandlung der Frage sein, wie die Bezeichnung „Primärversorgungseinheit“ in der **Firma von Gruppenpraxen und Gesellschaften**, die Träger von PVE in der Form von **selbständigen Ambulatorien** sind, Verwendung finden kann. Im Hinblick auf § 12 Abs 1 PrimVG iVm § 18 Abs 2 UGB ist klar, dass die Verwendung des Begriffes „Primärversorgungseinheit“ im Firmenwortlaut nur für nach dem PrimVG eingerichtete PVE in Frage kommt, weil die Firma sonst objektiv geeignet wäre, im Geschäftsverkehr Täuschungen herbeizuführen (vgl zB *Jennewein in Torggler*, UGB² § 18 UGB Rz 12f). Umgekehrt spricht aber nichts gegen eine Verwendung des Begriffes bei Gesellschaften, die tatsächlich PVE sind. Bei selbständigen Ambulatorien bestehen, abgesehen von den allgemeinen Firmenbildungsvorschriften, keine spezifischen Regelungen hinsichtlich der Bildung der Firma. Im Hinblick auf den Umstand, dass bei einem selbständigen Ambulatorium wohl nicht von einer PVE gesprochen werden kann, bevor die Bedingungen des § 10 Z 1 PrimVG erfüllt sind, setzt eine Verwendung des Begriffes „Primärversorgungseinheit“ in der Firma einer Trägergesellschaft wohl zumindest das Vorliegen der vorvertraglichen Zusage der örtlich zuständigen GKK iSd § 10 Z 1 PrimVG voraus. Angesichts des Umstandes, dass die vorvertragliche Zusage im Zweifel die Existenz eines Adressaten (und sohin der Gesellschaft) voraussetzt, muss davon ausgegangen werden, dass die Trägergesellschaft zunächst mit einem anderen Firmenwortlaut zu gründen ist und nach Vorliegen der vorvertraglichen Zusage eine Änderung der Firma stattfinden kann. Eine entsprechende Abklärung mit den zuständigen Organen des Firmenbuchs ist hier jedenfalls anzuraten. Dies gilt grds in gleicher Weise für die **Firma einer Gruppenpraxis als Träger einer PVE**. Bei Gruppenpraxen kommt allerdings noch dazu, dass die **Firmenbildungsvorschrift des § 52a Abs 2 ÄrzteG** auch für PVE in Form von Gruppenpraxen einschlägig ist. Zusätzlich zur Verwendung des Begriffes „Primärversorgungseinheit“ sind daher auch der **Name** zumindest **eines Gesellschafters** und die vertretenen **Fachrichtungen** anzuführen (jedenfalls Allgemeinmedizin, ggf auch Kinder- und Jugendheilkunde; vgl § 2 Abs 2 PrimVG), was den Firmenwortlaut relativ kompliziert macht. Aufgrund des klaren Wortlautes des § 52a Abs 2 ÄrzteG kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Nennung der Fachrichtung Allgemeinmedizin im Hinblick auf den Umstand entfallen kann, dass PVE in erster Linie

aus Ärzten für Allgemeinmedizin bestehen. Gegen die Integration des Begriffes „Primärversorgungseinheit“ in die Firma einer entsprechenden Gruppenpraxis bestehen aber keine grds Bedenken, zumal neben Namen und Fachrichtungen auch weitere Firmenbestandteile zulässig sind (vgl Wallner in GmundKomm §§ 52–52c ÄrzteG Rz 25).

Im Interesse der Patienten äußerst sinnvoll sind die in § 12 Abs 2 3 PrimVG festgelegten **Informationspflichten**. Die Formulierung der durch § 12 Abs 2 Z 1 PrimVG geforderten Informationstexte kann durchaus herausfordernd sein, zumal sie einerseits **vollständig**, andererseits aber auch für medizinische und juristische Laien **verständlich** sein müssen (auch wenn diese Anforderung in § 12 Abs 2 Z 1 PrimVG nicht explizit angesprochen ist, ergibt sich das aus dem Umstand, dass Adressaten der Information die Patienten sind und Zweck der Vorschrift auch die Patientensicherheit ist; IA 8). Darüber hinaus ist naturgemäß zu berücksichtigen, dass in der Information nur Aus- bzw Zusagen gemacht werden, die auch haftungsrechtlich nicht nachteilig für die PVE werden können. Im Hinblick auf das Erfordernis der **Ortsüblichkeit** und **leichten Zugänglichkeit** der Informationen werden diese jedenfalls auf der **Website** der PVE aufscheinen müssen (IA 8). Darüber hinaus werden sie aber auch in **nichtelektronischer Form** zur Verfügung zu stellen sein (zB in Form von Aushängen, Informationsblättern oder Foldern), zumal auch heute noch nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Patienten sich online informieren. Ausweislich der Mat hat die geforderte Information auch Angaben darüber zu enthalten, wann welcher Arzt anwesend ist (IA 8).

Die Information betreffend den **Vertragspartner** des Patienten beim 4 **Behandlungsvertrag** (§ 12 Abs 2 Z 2 PrimVG) ist insb im Zusammenhang mit **Netzwerk-PVE** erforderlich, die nicht in Form einer dislozierten Gruppenpraxis organisiert sind (vgl Aigner/Windischhofer § 12 PrimVG Anm 2), weil die PVE als solche in diesem Fall nicht Partei des Behandlungsvertrages sein kann (IA 8; s § 8 PrimVG Rz 16) und für den Patienten daher die Information wesentlich ist, mit wem er überhaupt kontrahiert.

Die Verpflichtung, den Patienten gegenüber ersichtlich zu machen, 5 dass die Weitergabe der für den jeweiligen Behandlungsfall erforderlichen Gesundheitsdaten an die eingebundenen Behandler innerhalb

der PVE erfolgt, ist im Hinblick auf die Sensibilität von Gesundheitsdaten (§ 4 Z 2 DSGVO 2000; § 36 Abs 2 Z 14 DSGVO; Art 9 Abs 1 DSGVO) geboten. Das gilt wiederum besonders für Netzwerk-PVE iSd § 2 Abs 5 Z 2 PrimVG, zumal dort jedenfalls verschiedene Verantwortliche für die bzw Verarbeiter der Gesundheitsdaten des Patienten tätig werden. Umgekehrt dient es auch der Patientensicherheit, wenn die Gesundheitsdaten allen in die PVE eingebundenen Behandlern zur Verfügung stehen (vgl *Aigner/Windischhofer* § 12 PrimVG Anm 3), was auch durch die ebenfalls mit dem GRUG eingeführte Bestimmung § 24a GTelG gewährleistet wird. Die Betonung des Widerspruchsrechts gegen die Verwendung von Gesundheitsdaten durch § 12 Abs 2 Z 3 PrimVG dient wohl in erster Linie der Klarstellung, zumal sich ein Widerspruchsrecht bereits aus der DSGVO ergibt (vgl Art 21 DSGVO), die auch entsprechende Transparenzanforderungen aufstellt (vgl Art 12 DSGVO).

Haftpflichtversicherung

§ 13. (1) Sofern keine berufs- oder krankenanstaltenrechtlichen Verpflichtungen zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung bestehen, ist die Primärversorgungseinheit verpflichtet, vor Aufnahme der Geschäftstätigkeit eine Haftpflichtversicherung abzuschließen.

(2) Die Mindestversicherungssumme hat für jeden Versicherungsfall zur Deckung der aus der Tätigkeit der Primärversorgungseinheit entstehenden Schadenersatzansprüche 2000 000 Euro zu betragen. Eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode bei einer Primärversorgungseinheit das Fünffache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten. Bei der Festlegung der Versicherungsbedingungen sind die berufsspezifischen Prämien zu berücksichtigen.

(3) Die Versicherung hat auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen an der Primärversorgungseinheit beteiligte Personen bestehen. Besteht die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang, so haften neben der Primärversorgungseinheit auch die an der Primärversorgungseinheit beteiligten Personen unabhängig davon, ob ihnen ein Verschuldens vorzuwerfen ist, persönlich in Höhe des fehlenden Versicherungsschutzes.

(4) Die Versicherung ist während der gesamten Dauer der Geschäftstätigkeit der Primärversorgungseinheit aufrecht zu erhalten.

(5) Der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig. Die/Der geschädigte Dritte kann den ihr/ihm zustehenden Schadenersatzanspruch im Rahmen des betreffenden Versicherungsvertrags auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer und die/der ersatzpflichtige Versicherte haften als Gesamtschuldner/innen.

Stammfassung.

Nach dem klaren Wortlaut des § 13 Abs 1 PrimVG (bestätigt durch die Mat, vgl IA 9), wird durch diese Bestimmung lediglich eine gegenüber den jeweils anwendbaren berufs- bzw krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften **subsidiäre Verpflichtung** zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung begründet (vgl *Aigner/Windischhofer* § 13 PrimVG Anm 1). 1

Im Hinblick auf § 2 Abs 5 und § 10 Z 4 PrimVG gibt es für § 13 PrimVG daher nur einen eingeschränkten Anwendungsbereich. Für **freiberuflich** im Rahmen einer PVE **tätige Ärzte** (§ 2 Abs 5 Z 2 PrimVG) und **Gruppenpraxen** gilt § 52d **ÄrzteG**, sodass eine berufsrechtliche Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung besteht und § 13 PrimVG nicht zur Anwendung kommt. Für Netzwerk-PVE, die nicht in Form einer dislozierten Gruppenpraxis betrieben werden, ist § 13 PrimVG insofern nicht einschlägig, als diese nicht selbst Parteien des Behandlungsvertrages sind (s § 8 PrimVG Rz 16). Für PVE, die in der Form eines **selbständigen Ambulatoriums** betrieben werden gilt § 5c **KAKuG**. Diese Bestimmung nimmt allerdings Krankenanstalten von der Versicherungspflicht aus, die von einer Gebietskörperschaft, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechts oder von einer juristischen Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts steht, betrieben werden. 2

Jedenfalls muss die Versicherung (analog § 52d Abs 1 **ÄrzteG**) abgeschlossen sein, **bevor** die PVE ihre **Tätigkeit aufnimmt**. 3

Im krankenanstaltenrechtlichen Bereich stellt sich die Frage, ob die Versicherungspflicht nach § 13 PrimVG auch Träger trifft, die nach § 5c **KAKuG** von der Versicherungspflicht ausgenommen sind. Im 4

Hinblick auf die Formulierung des § 13 Abs 1 PrimVG, den Umstand, dass hier keine § 5c KAKuG vergleichbare Ausnahme enthalten ist, und die Tatsache, dass § 13 PrimVG gegenüber § 5c KAKuG als *lex specialis* anzusehen ist, ist grds davon auszugehen, dass die Versicherungspflicht auch für PVE in Form selbständiger Ambulatorien gilt, die von einer Gebietskörperschaft, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechts oder von einer juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts steht, betrieben werden. Allerdings ist § 13 PrimVG **nicht als Grundsatzbestimmung gekennzeichnet**, sodass fraglich ist, ob der Gesetzgeber tatsächlich die Landesgesetzgeber zu einer entsprechenden Anpassung der Versicherungspflichten für selbständige Ambulatorien anhalten wollte.

- 5 Inhaltlich orientiert sich § 13 Abs 2–5 PrimVG an § 52d ÄrzteG (IA 9). § 13 Abs 2 PrimVG entspricht § 52d Abs 2 ÄrzteG (vgl dazu ausführlich *Wallner* in *GmundKomm* § 52d ÄrzteG), allerdings ohne die dort enthaltene Differenzierung zwischen Gruppenpraxen in der Rechtsform einer GmbH und sonstiger freiberuflicher Tätigkeit. Ähnliches gilt für § 13 Abs 3 PrimVG. Diese Bestimmung entspricht § 52d Abs 3 ÄrzteG, jedoch ebenfalls ohne die Einschränkung auf GmbHs. Anders als § 52d Abs 4 ÄrzteG sieht § 13 Abs 4 PrimVG keine Nachweisverpflichtungen hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Versicherung und keine Meldepflichten für die Versicherer vor. Anders als § 52d Abs 5 ÄrzteG enthält § 13 Abs 5 PrimVG auch keine ausdrückliche Anordnung, dass der Ausschluss von Personen, deren Handlungen oder Unterlassungen dem Versicherten zuzurechnen sind, unzulässig ist. Eine Begründung dafür ist den Mat nicht zu entnehmen und Betreiber von PVE werden gut beraten sein, in einer Haftpflichtversicherung keinen derartigen Ausschluss zu akzeptieren, zumal im Hinblick auf § 1313a ABGB idR eine Haftung der Versicherten für ihre Gehilfen besteht, die natürlich vom Versicherungsschutz umfasst sein sollte. Schließlich fehlt in § 13 PrimVG eine Parallele zu § 52d Abs 7 ÄrzteG, sodass nicht nur keine Verpflichtung zur Auskunftserteilung an die Patienten besteht, sondern umgekehrt vor einer Auskunftserteilung zu prüfen sein wird, welche Informationen überhaupt erteilt werden dürfen. Angesichts der nach § 13 Abs 5 PrimVG gegebenen gesamtschuldnerischen Haftung des Versicherers und des Versicherten sind diesbezüglich aber kaum relevante Beschränkungen denkbar.

Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten

§ 14. (1) Die Auswahl zur Invertragnahme der Primärversorgungseinheit hat unabhängig von deren Organisationsform nach § 2 Abs. 5 nach gleichen objektiven, nicht-diskriminierenden und nachvollziehbaren Kriterien zu erfolgen.

(2) Die Planungsvorgaben des RSG (§ 21 Gesundheits-Zielsteuergesetz) sollen durch die Gesamtvertragsparteien im Verhandlungsweg im Stellenplan nach § 342 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 342 Abs. 1a ASVG konkretisiert werden, wobei für die Wahrung der in Abs. 3 vorgesehenen Frist von sechs Monaten die Einigung zwischen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der jeweiligen Landesärztekammer maßgeblich ist. In diesem Fall ist wie folgt vorzugehen:

1. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse hat in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern ihre Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie ihre Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin, deren Planstellen im Stellenplan (§ 342 Abs. 1a ASVG) für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind, einzuladen. Abhängig von den Planungsvorgaben sind im Zuge dieser Einladung erforderlichenfalls weitere berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag einzuladen.

2. Liegen nach einem Zeitraum von sechs Monaten ab der Einladung keine geeigneten Bewerbungen vor, so hat diese Einladung zur Bewerbung für die Primärversorgungseinheit über diesen Personenkreis hinaus zu erfolgen.

Die Einladung hat jedenfalls den Vorgaben des RSG, im Hinblick auf das erforderliche Leistungsangebot und den vorgesehenen Planungszeitraum sowie die Konkretisierung aus den Anforderungen nach den §§ 4 bis 6 und § 342c ASVG, zu folgen. Die Einladungen sind öffentlich – jedenfalls auf der Website der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse – kundzumachen.

(3) Soweit eine Einigung über die Umsetzung der Planungsvorgaben im Stellenplan nicht innerhalb von sechs Monaten nach Abbildung im RSG (§ 21 Abs. 8 Gesundheits-Zielsteuerungsge-

setz) erfolgt, ist Abs. 2 Z 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass zunächst die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin in der im RSG ausgewiesenen Versorgungsregion einzuladen sind. Für den Fall, dass nach vier Monaten innerhalb der sechs-monatigen Frist keine Einigung abzusehen ist, so sind den Verhandlungen die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband beizuziehen.

(4) Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen erfolgt durch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern, im Fall des Abs. 2 Z 1 im Einvernehmen mit der jeweils zuständigen Landesärztekammer. Bewerbungen, die zur Erreichung der Planungsvorgaben ein Übergangskonzept vorsehen, sind von der Auswahl nicht ausgeschlossen.

(5) Die Auswahl hat an Hand der auf Grundlage der Planungsfeststellungen des RSG erstellten Einladung zu erfolgen. Bei der Auswahl sind insbesondere

1. das Versorgungskonzept nach § 6,
2. die in der Reihungskriterien-Verordnung bzw. in den darauf beruhenden Reihungs-Richtlinien festgelegten Kriterien sowie
3. im Fall des Abs. 2 Z 2 die verpflichtend einzuholende Stellungnahme der jeweiligen Landesärztekammer und der örtlich zuständigen gesetzlichen Vertretung der Privatkrankeanstalten heranzuziehen. Bei der Auswahl ist sicher zu stellen, dass durch den Vertragsabschluss die Vielfalt der Anbieter/innen gewahrt bleibt und in der Versorgungsregion keine die Versorgungssituation beherrschenden Eigentümerstrukturen entstehen. In der Einladung ist das für die Gesamtbeurteilung der Bewerbungen maßgebliche Bewertungsschema darzustellen.

(6) Über das Ergebnis (die Reihung der Bewerbungen) sind alle Bewerberinnen und Bewerber nachweislich in Kenntnis zu setzen.

Stammfassung.

Literatur: Pabel, Verfassungsrechtlicher Schutz der ärztlichen Gesamtverträge, RdM 2017/152; N. Raschauer, Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Weiterentwicklung des ärztlichen Vertragspartnerrechts, RdM 2016/135; Scholz, Marktzugang im ambulanten Gesundheitswesen (2014).