

A. Das Primärversorgungsgesetz

Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten

(Primärversorgungsgesetz – PrimVG)

BGBl I 2017/131, Art 1

Geltungsbereich

§ 1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Primärversorgung im Sinne des § 3 Z 9 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, soweit diese durch multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten nach diesem Bundesgesetz erbracht wird.

(2) Primärversorgungseinheiten nach diesem Bundesgesetz sind sektorenübergreifende Vorhaben¹⁾ im Sinne des Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.²⁾³⁾

IdF BGBl I 2017/131.

Anmerkungen

1) Das Gesundheitswesen in Österreich ist durch die verfassungs-(kompetenz-)rechtlichen Grundlagen von einer besonderen Fragmentierung geprägt. So ist das „Gesundheitswesen“ gemäß Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG zwar in Gesetzgebung und Vollziehung dem Bund zugewiesen, hinsichtlich der Versorgung mit Krankenanstalten kommt dem Bund jedoch lediglich die Gesetzgebung über die Grundsätze zu, findet sich der Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ doch im Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG. Die Länder haben damit die Aufgabe der sog „Ausführungsgesetzgebung“ (Krankenanstalten- bzw Spitalsgesetze der Länder) samt deren Vollziehung. Die dritte wesentliche Säule auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung ist die Rolle der gesetzlichen Sozialversicherung. Zwar ist das Sozialver-

sicherungswesen durch dessen Nennung im Art 10 Abs 1 Z 11 B-VG dem Bund in Gesetzgebung und Vollziehung zugewiesen, doch erfolgt die Vollziehung durch die einzelnen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in verfassungsrechtlich abgesicherter Selbstverwaltung. Einer sektorenübergreifenden Koordination kommt daher zentrale Bedeutung zu.

2) Durch den Verweis auf Art 31 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, kundgemacht unter BGBl I 2017/98, wird klargestellt, dass die in diesem Artikel für sektorenübergreifende Vorhaben gewidmeten finanziellen Mittel eben auch für Primärversorgungseinheiten nach dem PrimVG herangezogen werden können. Mit dieser Bestimmung wird eine Klammer zwischen der sich in der genannten Vereinbarung weiterentwickelten Gesundheitsreform und dem Umsetzungsteil in Form des Primärversorgungsgesetzes gesetzt.

3) Für den bedarfsorientierten Aus- und Aufbau von Infrastrukturen für Primärversorgungseinheiten stehen zur Unterstützung auch finanzielle Mittel des „Programms für ländliche Entwicklung in Österreich 2014–2020“ (Förderung der ländlichen Entwicklung durch den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums [ELER]) zur Verfügung.

Primärversorgungseinheit

§ 2. (1) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem¹⁾ und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.

(2) Die Primärversorgungseinheit hat jedenfalls aus einem Kernteam, das sich aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt, zu bestehen.

Orts- und bedarfsabhängig sollen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein.²⁾

(3) Orts- und bedarfsabhängig sind weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, von der Primärversorgungseinheit verbindlich und strukturiert einzubinden. Als solche kommen insbesondere Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geregelten Berufe und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Betracht sowie gegebenenfalls die Kooperation mit öffentlichen Apotheken.²⁾³⁾

(4) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz hat mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein.¹⁾ Sie muss im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgebildet sein⁴⁾⁵⁾ und über einen auf dem Sachleistungsprinzip⁶⁾ beruhenden Primärversorgungsvertrag (§ 8) mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern verfügen, wobei jedenfalls die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse Vertragspartner der Primärversorgungseinheit sein muss.

(5) Eine Primärversorgungseinheit kann entsprechend den örtlichen Verhältnissen an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet sein (Primärversorgungstypus). Sie kann nach Maßgabe der Z 1 und 2 in jeder zulässigen Organisationsform in der jeweils zulässigen Rechtsform geführt werden.

1. Eine an einem Standort eingerichtete Primärversorgungseinheit kann⁷⁾ nur in der Organisationsform

a) einer Gruppenpraxis (§ 52a des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998)⁸⁾ oder

b) eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z 5 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957) geführt werden.

2. Wird eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk,⁹⁾¹⁰⁾ zB in Form eines Vereins, geführt, so kann diese nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen sowie

anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden.¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾

IdF BGBl I 2017/131.

Anmerkungen

1) Durch die verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit und das Auftreten als Einheit soll für die Bevölkerung erkennbar sein, dass die Primärversorgungseinheit als Erstanlaufstelle mit ihrem breiten Angebot gemäß dem Versorgungskonzept eine echte Alternative gegenüber Spitalsambulanzen darstellt. Um sicherzustellen, dass der Sozialversicherung jedenfalls hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen sowie zum Zweck der Honoraraufteilung ein Ansprechpartner gegenüber steht, hat die Primärversorgungseinheit mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein (siehe AB 1714 BlgNR 25. GP 3).

2) Die personelle Ausstattung einer Primärversorgungseinheit ist einerseits durch die Zusammensetzung des Kernteams (Abs 2) bestimmt und ergibt sich darüber hinaus aus dem von der Planung im RSG geforderten Leistungsangebot. Zur allfälligen Einbindung von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in das Kernteam siehe auch § 5 Abs 1 Z 1. Das Kernteam wird überdies auch Angehörige der Ordinationsassistenten (§ 9 MABG) einschließen. Neben den in den Abs 2 und 3 genannten Berufsgruppen kann bedarfsabhängig etwa auf dem Gebiet der Altenbetreuung auch eine Mitarbeit von Musiktherapeuten nach dem MuthG eine wesentliche Ergänzung sein. Als Partner der Primärversorgung kommen neben den im Abs 3 genannten öffentlichen Apotheken auch soziale Einrichtungen, Sozialversicherungsträger als Träger eigener Einrichtungen sowie Rettungs-, Bereitschafts- und Notdienste in Betracht.

3) Abgesehen von der Mitarbeit im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses kommen für Angehörige nichtärztlicher, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Gesundheitsberufe die Mitgliedschaft zu einem Trägerverein der Primärversorgungseinheit (Abs 5 Z 2) oder eine vertraglich mit der Primärversorgungseinheit vereinbarte Zusammenarbeit in Betracht. Zur Frage einer Anstellung von Ärzten siehe § 9 Anm 1 bis 4.

4) Die Aussage im Abs 4 zweiter Satz, wonach die Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet zu sein hat, lässt iVm § 21 Abs 9 G-ZG („Vorschlag [. . . .] auf Planung der Primärversorgung in ei-

nem bestimmten Einzugsgebiet“) darauf schließen, dass die Planung auf eine bestimmte Region, nicht aber auf einen konkreten Standort (Adresse) abzustellen hat.

5) Eine Primärversorgungseinheit nach dem PrimVG liegt nur dann vor, wenn diese neben der eigenen Rechtspersönlichkeit auch im RSG abgebildet ist und über einen Primärversorgungsvertrag gem § 8 mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse verfügt (siehe Abs 4). In einer Primärversorgungseinheit steht somit zwingend die Sachleistungserbringung im Vordergrund. Kostenerstattung nach § 131 ASVG für eine in einer Primärversorgungseinheit erbrachte Leistung ist daher ausgeschlossen, weil ex lege eine Primärversorgungseinheit nach dem PrimVG nur eine Vertragseinrichtung sein kann.

6) Das Gebot der Verwirklichung des Sachleistungsprinzips (Abs 4) in einer Primärversorgungseinheit soll durch den Primärversorgungsvertrag (§ 8) umgesetzt werden, wobei bezüglich dessen Inhalt zwischen den möglichen Betriebsformen (gemeint sind allerdings die Organisationsformen des Abs 5 Z 1 und 2) unterschieden wird. Das Sachleistungsprinzip ist jedenfalls bezüglich der ärztlichen Hilfe zu erfüllen. Inwieweit die Leistungen anderer nichtärztlicher Gesundheitsberufe als Sachleistung erbracht werden, hängt vom jeweiligen Primärversorgungsvertrag ab.

7) Die „Kann“-Bestimmung des Abs 5 bedeutet selbstverständlich nicht, dass die Planer willkürlich ein Netzwerk oder ein Zentrum festlegen können. Vielmehr sind sie – für den Fall, dass überhaupt eine Festlegung ob Zentrum oder Netzwerk erfolgt – verpflichtet, nach sachlichen Gesichtspunkten vorzugehen. Der Abs 5 leg cit sieht als Kriterium die örtlichen Verhältnisse vor. Dies ist nicht das einzige Kriterium und muss es auch nicht sein, da nach der ratio legis die optimale Versorgung der Bevölkerung im Vordergrund zu stehen hat. Jedenfalls soll nach § 21 Abs 3 Z 3 G-ZG im RSG durch entsprechende Planung die Stärkung der Primärversorgung durch den Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten erfolgen, wobei für die bis zum Ende der Planungsperiode 2021 vorgesehenen 75 Primärversorgungseinheiten ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Netzwerk und Zentrum sicherzustellen ist. Weitere Bemerkungen hiezu siehe Anm 3 und 4 zu § 21 G-ZG.

8) Gemäß § 52 a Abs 3 Z 1 und 2 ÄrzteG können Gesellschafter einer Gruppenpraxis ausschließlich Ärzte sein.

9) Im Übrigen kann die Organisation einer Primärversorgungseinheit an einem Standort konzentriert oder auch als „Netzwerk“ organisiert sein. Entscheidend dafür werden die regionalen Anforderungen sein. So wird die Konzentration auf einen Standort wohl eher für städtische Bereiche in Frage kommen, ein Netzwerk sich hingegen eher für ländliche Gebiete eignen. Im Hinblick darauf kann aber auch in städtischen Randlagen die Primärversorgungseinheit als Netzwerk die geeignete Organisationsform darstellen. Aus den in Anm 1 genannten Gründen setzt aber auch die Zusammenarbeit von Ärzten in mehreren Einzelordinationen (Netzwerk) einen Zusammenschluss in einer Rechtsform voraus, der selbst Rechtspersönlichkeit zukommt. Dies kann auch in der Form eines Vereins der Fall sein (siehe Abs 5 Z 2).

10) Durch die Führung einer Primärversorgungseinheit als Netzwerk in der Form eines Vereins soll ein Anreiz für niedergelassene Ärzte gegeben werden, unter Beibehaltung der Standorte ihrer Ordinationsstätten ohne gesellschaftsrechtliche Verpflichtungen einer OG oder einer GmbH dennoch eine Primärversorgungseinheit zu gründen (siehe dazu auch das im § 14 Abs 4 zweiter Satz vorgesehene Übergangskonzept). Freilich müssen aber auch bei dieser Konstruktion die Vorgaben insb der §§ 4 bis 6 erfüllt werden (siehe auch § 12 Anm 1 und 2).

11) Durch das Konstrukt der Primärversorgungseinheit sollen keine neuen Organisations- oder Gesellschaftsformen geschaffen, sondern die bereits bestehenden Konstruktionen genützt werden. Als typische Organisationsformen für die Erbringung ärztlicher Hilfe kommen neben der Einzelordination die Gruppenpraxis und das selbständige Ambulatorium in Betracht. Nach geltender Rechtslage bestehen für die Rechtsträgerschaft von Ambulatorien keine Beschränkungen, dh der Rechtsträger kann beispielsweise auch eine Einzelperson, eine Personengesellschaft oder eine GmbH sein. Zu beachten ist allerdings in diesem Zusammenhang die Einschränkung gem § 10 Z 4 auf gemeinnützige Anbieter. Für Gruppenpraxen sieht § 52 a Abs 1 ÄrzteG eine Typenbeschränkung vor, nämlich die OG und die GmbH (vgl AB 1714 BlgNR 25. GP 4).

12) § 14 sieht eine Bevorzugung des niedergelassenen Bereichs vor, erst in einem zweiten Schritt – sofern nicht eine bereits bestehende Primärversorgungseinheit gem § 17 Abs 3 übergeleitet wird – sind andere Anbieter, im Speziellen selbständige Ambulatorien, eingeladen, sich zu bewerben. Selbst wenn nun eine Gruppe von Ärzten als Gruppenpraxis den Vertrag erhält, verbietet keine Norm,

dass sich diese Gruppenpraxis nicht in eine andere Organisationsform umwandelt, noch scheint es Hürden, wie etwa eine Bedarfsprüfung, für eine solche Umwandlung zu geben. Dies bedeutet aber, dass die unterschiedlichen Rahmenbedingungen, denen Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen, von selbständigen Ambulatorien oder als Verein unterliegen (zB gesamtvertraglicher Schutz, Kündigungsregime), durchaus in der Vertragsgestaltung mit den Krankenversicherungsträgern ihren Niederschlag finden dürfen.

Zusätzliche Anmerkungen

I) Die Umsatzsteuerbefreiung gem § 6 Abs 1 Z 19 UStG gilt auch iZm Umsätzen aus Heilbehandlungen in Primärversorgungseinheiten (vgl AB 1714 BlgNR 25. GP 4: „Durch den Zusammenschluss von Gesundheitsdiensteanbietern bleiben die sich aus deren beruflicher Stellung ergebenden einschlägigen rechtlichen Bestimmungen [zB das Steuerrecht] unberührt“). Freilich muss es sich dabei um Leistungen der in dieser Gesetzesstelle genannten Gesundheitsberufe handeln. Zu Krankenanstalten (selbständigen Ambulatorien) siehe § 6 Abs 1 Z 18 UStG iVm Z 25 leg cit sowie insgesamt zu den Schnittstellen der Umsatzsteuer zu den Gesundheitsberufen *Bergmann/Bieber*, Angehörige der Gesundheitsberufe in der Umsatzsteuer, RdM 2017/87.

II) Die in Anm I wiedergegebene Aussage im AB, wonach generell „einschlägige rechtliche Bestimmungen unberührt bleiben“, gilt ebenso auch für Ansprüche nach § 3 GSBG.

Öffentliches Interesse

§ 3. (1) Die Errichtung und der Betrieb von Primärversorgungseinheiten zur Erbringung von multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsdienstleistungen der Primärversorgung erfüllen im Sinne der strukturierten und verbindlichen Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten ein wichtiges öffentliches Interesse.¹⁾

(2) Dieses öffentliche Interesse ist insbesondere an Hand folgender qualitativer Kriterien begründet:

1. eine bessere zeitliche Verfügbarkeit und Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten,

2. ein erweitertes Angebot an Leistungen der Primärversorgung, pflegerischer und sozialer Leistungen sowie an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention,
3. die Sicherstellung einer umfassenden Kontinuität und Koordination durch eine verbindliche integrierte Versorgung,
4. die Unterstützung der sachgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf den richtigen Zeitpunkt, den richtigen Ort, die optimale medizinische und pflegerische Qualität und die gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen,
5. ein Beitrag zur Sicherstellung der öffentlichen Versorgung und der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.²⁾

(3) Das öffentliche Interesse ist weiters durch die Schaffung zusätzlicher Kooperationsmöglichkeiten begründet, die einen Beitrag zur Attraktivierung der beruflichen Rahmenbedingungen der beteiligten Berufsgruppen leisten.

IdF BGBl I 2017/131.

Anmerkungen

1) Eine rechtspolitische Festlegung des öffentlichen Interesses an den neuen Formen der Primärversorgung trägt deren gesundheitspolitischer Bedeutung Rechnung, da hiermit ein wesentlicher Beitrag zur Sicherstellung des solidarischen Gesundheitssystems auf hohem Niveau geleistet werden soll. Die neuen Primärversorgungseinheiten sollen einen Wendepunkt in der traditionellen Struktur der österreichischen Versorgungslandschaft markieren und insb bezüglich Planung von der eindimensionalen Sichtweise entweder auf den niedergelassenen Bereich oder auf den spitalsambulanten Bereich weg zu einer umfassenden Sichtweise führen (AB 1714 BlgNR 25. GP 5).

2) Zum Ziel der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen ärztlichen oder klinischen Versorgung tritt auch das Ziel der Vermeidung der Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit, sind doch die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bereitgestellt werden können, unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt (vgl hiezu auch EuGH C-169/07, *Hartlauer*, insb Rz 30, 47 und 49).

Anforderungen an die Primärversorgungseinheit

§ 4. Die Primärversorgungseinheit hat mit dem Ziel eines für die Patientinnen und Patienten sowie die Gesundheitsdiensteanbieter/innen optimierten Diagnose- und Behandlungsprozesses jedenfalls¹⁾ 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,²⁾

5. Gewährleistung von Hausbesuchen,

6. Sicherstellung der Kontinuität

a) in der Behandlung und Betreuung insbesondere von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten sowie Palliativpatientinnen und -patienten,

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,³⁾⁴⁾⁵⁾

8. Vorhandensein der notwendigen (medizinisch-)technischen und apparativen Ausstattung,

9. Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen.

IdF BGBl I 2017/131.

Anmerkungen

1) Die Anforderungen gem § 4 sind als Mindestkatalog zu verstehen (arg „jedenfalls“).

2) Die Anforderungen gem Z 3 und 4 legen es nahe, entsprechend der Verfügbarkeit auch mit der Gesundheitsnummer „1450 Ihre telefonische Gesundheitsberatung“ zu kooperieren.

3) Im Zusammenhang mit Z 7 ist auf das BGStG zu verweisen. Die neue Planung im RSG wird dazu führen, dass Primärversorgungseinheiten keine Möglichkeit zukommt, sich auf unverhältnismäßige Belastungen iS des § 6 BGStG zu berufen. Siehe dazu auch Anm 6 zu § 342 Abs 1 Z 9 ASVG.

4) Im Zuge des GRUG 2017 wurde auch § 342 Abs 1 Z 9 ASVG geändert, indem als Inhalt der Gesamtverträge nicht mehr „Regelungen über die Sicherstellung eines behindertengerechten Zugangs zu Vertrags-Gruppenpraxen nach der ÖNORM B 1600 ‚Barrierefreies Bauen‘ sowie der ÖNORM B 1601 ‚Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen‘“ vorgesehen sind, sondern lediglich „Regelungen über Barrierefreiheit“ (ohne die bisherige Einschränkung auf Vertrags-Gruppenpraxen). Barrierefreiheit ist mehr als bloß der Zugang zu einer Behandlungsstätte; das PrimVG normiert dieses Kriterium als Mindestanforderung an eine Primärversorgungseinheit, ergänzt um die Anforderung der bedarfsgerechten Sprachdienstleistungen. Zu unterscheiden ist diese Anforderungsregel vom BGStG, das einen Schadenersatzanspruch normiert, falls Barrierefreiheit nicht gegeben ist (zum Umfang des Schadenersatzanspruchs nach dem BGStG siehe auch *Hofer et al*, Behindertengleichstellungsrecht² 87 ff).

5) Das BGStG gilt insb für alle Rechtsverhältnisse einschließlich deren Anbahnung und Begründung, soweit es um den Zugang zu und die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen geht, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen und soweit die unmittelbare Regelungskompetenz des Bundes gegeben ist. Der Diskriminierungsschutz des BGStG umfasst auch die unter Bundesaufsicht stehenden Sozialversicherungsträger. Wenn ein Anspruch nach dem BGStG aus dem ärztlichen Behandlungsvertrag wohl gegenüber dem Ordinationsinhaber geltend zu machen wäre, könnte eine im Zuge eines Leistungszuerkennungsverfahrens vorzunehmende Untersuchung in einer nicht barrierefreien Ordination eine Diskriminierung darstellen, die dem Sozialversicherungsträger zuzurechnen wäre.