

Herr/Frau Titel

Vorname Nachname

Straße

PLZ Ort

Telefon

Handy

Fax

eMail-Adresse

Ärztchamber für OÖ  
Vertragsarztstellen & IT  
zH Herrn Hechenberger  
Dinghoferstraße 4  
4010 Linz  
hechenberger@aekoee.at

Ort, Datum

**Bewerbung an die § 2-Krankenversicherungsträger**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bewerbe ich mich um die ausgeschriebene Stelle für die

Fachrichtung

ausgeschrieben als  Einzelpraxis  
 Gruppenpraxis Modell 1  
 Gruppenpraxis Modell 2  
 Gruppenpraxis Modell 3  
 Gruppenpraxis Modell 4 / 4a

mit Berufssitz in

und  
Besetzungsdatum/  
Beginn Gruppenpraxis

als TEAM Bewerbung  
mit Kollege/Kollegin   
(Jeder Arzt aus dem Bewerberteam muss einen Bewerbungsbogen abgeben)

Mit vorzüglicher Hochachtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anlagen**  
Ausgefüllter Bewerbungsbogen  
Kopien der Nachweise/Bestätigungen

## Allgemeine Angaben zu meiner Person

|  |                      |   |
|--|----------------------|---|
| Geburtsdatum                           | <input type="text"/> |   |
| Nostrifikationsdatum                   | <input type="text"/> | Promotionsdatum <input type="text"/>                        |
| Ius Practicandi / Facharzt Diplom seit | <input type="text"/> | (Gemeint ist das Diplom der ausgeschriebenen Fachrichtung!) |
| Mitglied der Ärztekammer für           | <input type="text"/> | <input type="text"/>  |
| Bemerkungen                            | <input type="text"/> |   |

## A. Fachliche Eignung

### A.1. Zeiten ärztlicher Tätigkeit nach der Promotion

Geben Sie bitte eine detaillierte Aufstellung Ihrer ärztlichen Tätigkeit von der Promotion bis zum Bewerbungsfristenende an:

|                   |     |  |  |
|-------------------|-----|--|--|
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |

|                   |     |  |  |
|-------------------|-----|--|--|
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |
| Art der Tätigkeit |     | Wahl-, Wohnsitz/Turnus-, angestellter Arzt |  |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit *                        |  |

\*Ort der Tätigkeit: (zB Name Krankenanstalt od. sonstige Einrichtung + Ort)

Als Nachweise zur Vergabe von Punkten für die Zeiten ärztlicher Tätigkeit außerhalb der Zuständigkeit der Österreichischen Ärztekammer werden ausschließlich jene Zeiten berücksichtigt, zu denen Sie in der jeweiligen Ärzteliste eingetragen waren oder die entsprechende Bestätigung aus dem Ausland beiliegt.

Eine Bestätigung der zuständigen Ärztekammer oder einer sonst autorisierten Stelle (zB ausländisches Konsultat) ist in deutscher Sprache bzw. in beglaubigter Übersetzung vorzulegen.

## A.2. Ärztliche Tätigkeit in der ausgeschriebenen Fachrichtung

Geben Sie bitte eine Aufstellung Ihrer ärztlichen Tätigkeit aus Punkt A.1. in der ausgeschriebenen Fachrichtung als HAUPTTÄTIGKEIT bis zum Bewerbungsfristende an:

|     |     |              |  |
|-----|-----|--------------|--|
| von | bis | Fachrichtung |  |
| von | bis | Fachrichtung |  |
| von | bis | Fachrichtung |  |

Sie erhalten für diese Tätigkeit für maximal 3 Jahre vor dem Bewerbungsfristende Punkte gutgeschrieben.

## A.3. Vertretungstätigkeiten bei einem § 2-Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis\* bzw. Tätigkeiten im Rahmen des ärztlichen Not\*- und OÖ Bereitschaftsdienstes

Geben Sie bitte eine detaillierte Aufstellung Ihrer Vertretungstätigkeiten bzw. Tätigkeiten im Rahmen von organisierten, hausärztlichen Notdiensten (HÄND) im niedergelassenen Bereich in OÖ. an:

|   |     |                                       |                         |
|---|-----|---------------------------------------|-------------------------|
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst |     | Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |                         |
| von   | bis | Tage                                  | Name des Vertragsarztes |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst |     | Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |                         |
| von   | bis | Tage                                  | Name des Vertragsarztes |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst |     | Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |                         |
| von   | bis | Tage                                  | Name des Vertragsarztes |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst |     | Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |                         |
| von   | bis | Tage                                  | Name des Vertragsarztes |

|  |     |      |                                       |
|--|-----|------|---------------------------------------|
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      | Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      | Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      | Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      | Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Eine vom jeweils vertretenen §-2 Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis ausgestellte Bestätigung ist beizulegen. Auf den Bestätigungen muss auf jeden Fall die genaue Anzahl an Vertretungstagen ersichtlich sein. Zur Vergabe von Punkten sind die von Ärztekammer f. OÖ und Kasse aufgelegten Formulare auszufüllen. |     |      |                                       |
| <b>A.3. Vertretungstätigkeiten bei einem § 2-<br/>Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis* der Fachrichtung<br/>Radiologie</b>  |     |      |                                       |
| Geben Sie bitte eine detaillierte Aufstellung Ihrer Vertretungstätigkeiten an:<br>(Einträge können Gesamt je Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis angegeben werden.)   |     |      |                                       |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      |                                       |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      |                                       |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      |                                       |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      |                                       |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      |                                       |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Vertretung/Notdienst bzw. Bereitschaftsdienst  |     |      |                                       |
| von  | bis | Tage | Name des Vertragsarztes               |
| Eine vom jeweils vertretenen §-2 Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis ausgestellte Bestätigung ist beizulegen. Auf den Bestätigungsformularen (Anlage 1/Rad ist verpflichtend zu verwenden) sind die Vertretungen pro Tag / Maximal vom 1.1. - 31.12 desselben Jahres zu bestätigen.                                 |     |      |                                       |

## A.4. Wahlarztstätigkeiten/Vertragsarztstätigkeiten/Tätigkeiten in einer Vertragsgruppenpraxis

Geben Sie bitte eine detaillierte Aufstellung über Ihre Wahlarztstätigkeit vor Bewerbungsfristende (ohne Dienst- oder Werkvertrag mit mehr als 18 Wochenstunden Dienstverpflichtung für Allgemeinmediziner bzw. 24 Wochenstunden für Fachärzte) oder als Vertragsarzt/in einer Vertragsgruppenpraxis mit § 2-Kassenvertrag (unabhängig vom Anteil der Beteiligung) an.

|                                       |     |                           |                          |
|---------------------------------------|-----|---------------------------|--------------------------|
| Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |     |                           |                          |
| von                                   | bis | Art und Ort der Tätigkeit | Wochenstd d. Anstellung* |
| Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |     |                           |                          |
| von                                   | bis | Art und Ort der Tätigkeit | Wochenstd d. Anstellung* |
| Wahlarzt/Vertragsgruppen/Einzelpraxis |     |                           |                          |
| von                                   | bis | Art und Ort der Tätigkeit | Wochenstd d. Anstellung* |

\*Bei Wahlarztstätigkeit und gleichz. angestellter Tätigkeit ist die Anzahl an angestellten Wochenstunden anzuführen. Für eine Vergabe von Punkten ist eine Bestätigung über das Stundenausmaß der Anstellung vorzulegen.

## A.5. Tätigkeiten im Rahmen einer anerkannten Lehrpraxis im niedergelassenen Bereich

Waren Sie in einer anerkannten Lehrpraxis im niedergelassenen Bereich (ausgenommen Lehrpraxiszeiten gem. § 9 Abs. 3 Ärztegesetz i.d.F BGBl 2001/110) tätig?

|     |     |                                |  |
|-----|-----|--------------------------------|--|
| von | bis | Name/Ort d. Lehrpraxisinhabers |  |
| von | bis | Name/Ort d. Lehrpraxisinhabers |  |

Nachweis - gemäß Checkliste am Ende des Bewerbungsbogens.

## A.6. Mitarbeit in einer Vertragsgruppenpraxis nach Modell 2 oder 3

Haben Sie mit dem bisherigen Inhaber der ausgeschriebenen Vertragsarztstelle unmittelbar vor dem Bewerbungsfristende im Rahmen einer Gruppenpraxis nach Modell 2 oder 3 zusammengearbeitet?

|     |     |          |  |
|-----|-----|----------|--|
| von | bis | %-Anteil |  |
| von | bis | %-Anteil |  |

## B. Diplome sowie "Medizinische/Soziale" Tätigkeit nach der Promotion während der Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz

### B.1. Diplome

Haben Sie Diplome der Österreichischen Ärztekammer oder der Ärztekammer f. OÖ. bzw. eine Fachgruppenspezifische Ausbildung?

|             |  |
|-------------|--|
|             |  |
| Anmerkungen |  |
|             |  |
| Anmerkungen |  |

|             |  |
|-------------|--|
|             |  |
| Anmerkungen |  |
|             |  |
| Anmerkungen |  |
|             |  |
| Anmerkungen |  |
|             |  |
| Anmerkungen |  |
|             |  |
| Anmerkungen |  |
|             |  |
| Anmerkungen |  |

Kopien der ÖÄK Diplome/Zertifikate sind beizulegen

## **B.2. "Medizinische/Soziale" Tätigkeit nach der Promotion während der Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz**

Waren Sie nach der Promotion bis zum Erlangen eines Ausbildungsplatzes medizinisch/sozial tätig?

|                   |     |                   |           |
|-------------------|-----|-------------------|-----------|
| Art der Tätigkeit |     |                   |           |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit | Wochenstd |
| Art der Tätigkeit |     |                   |           |
| von               | bis | Ort der Tätigkeit | Wochenstd |

Bestätigung des Dienstgebers bzw. der Dienstvertrag (inkl. Beschäftigungsausmaß) ist beizulegen.

## **B.3. Substitutionsbehandlung**

Relevant für Kassenstellenbewerber um eine Vertragsarztstelle als Arzt für Allgemeinmedizin und als Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie und Psychotherapeutische Medizin, sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Beabsichtigen Sie die Befähigung zur Substitutionsbehandlung (zumindest Weiterbehandlung von einem bereits auf Suchtmittel eingestellten Patienten) und die Eintragung in die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte im Fall der Zuerkennung der Stelle für mindestens 5 Jahre ab dem Besetzungszeitpunkt zu erlangen bzw. aufrecht zu erhalten (dies beinhaltet die Verpflichtung, die Substitutionsbehandlung auch anzubieten und durchzuführen)?

|    |      |  |
|----|------|--|
| Ja | Nein |  |
|----|------|--|

Information zur Weiterbehandlung von Substitutionspatienten:

Zur **Weiterbehandlung** von bereits auf ein Substitutionsmittel eingestellten Patienten sind jene ÄrztInnen qualifiziert, die, ohne sich der Basisweiterbildung (Basismodul „Indikationsstellung und Einstellung“) unterzogen zu haben, die Weiterbildung (Basismodul „Weiterbehandlung“) absolviert haben und sich regelmäßig vertiefend weiterbilden (Weiterbildungsmodule), im Ausmaß von **zumindest 6 Einheiten pro Jahr** bzw. 18 Einheiten innerhalb von drei Jahren.  
Beizulegen sind:

- ÖÄK Diplom Substitutionsbehandlung **oder** Bestätigung über Fortbildung Basismodul "Weiterbehandlung" und der Nachweis über die regelmäßige vertiefende Weiterbildung
- Antrag auf Eintragung in die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen oder Nachweis über die bereits erfolgte Eintragung in die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen

## C. Erste Eintragung in die Bewerberliste der Ärztekammer für OÖ

Tragen Sie hier das Datum der Zuerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt ein.

seit

Für den Fall, dass Sie hier nichts eingetragen wird das Datum der allgemeinen Angaben (Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt) auf Seite 2 herangezogen.

## D. Präsenzdienst- und Zivildienst, Mutterschutz- und Karenzzeiten

### D.1. Präsenz- und Zivildienst

Haben Sie den Präsenz- bzw. Zivildienst nach der Promotion geleistet?

von

bis

Bestätigung über die Ableistung des Präsenz- bzw. Zivildienstes ist vorzulegen.

### D.2. Mutterschutz- und Karenzzeiten/Kinderbetreuungsgeld

Haben Sie Karenzzeiten/ Zeiten des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld die nach der Promotion liegen?

von

bis

Name des Kindes

Geb.Dat.

von

bis

Name des Kindes

Geb.Dat.

von

bis

Name des Kindes

Geb.Dat.

Bestätigung der Gebietskrankenkasse über den Anspruch ist vorzulegen.

## E. Zusatzpunkte für Gynäkologinnen

Bei Bewerbungen um eine Vertragsfacharztstelle im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhalten Bewerberinnen gemäß der 3. Änderung der Reihungskriterien- Verordnung (BGBl II 239/2009) zusätzlich 10 % der durch die jeweiligen Gesamtvertragsparteien festgelegten erreichbaren Punkte angerechnet, sofern der Anteil an Vertragsfachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im regionalen Versorgungsbezirk (Bezirk) des ausgeschriebenen Einzelvertrages nicht 50 % oder mehr beträgt.

### Barrierefreiheit der Ordination

Werden Sie sich ernsthaft bemühen, eine barrierefreie Ordination nach den Bestimmungen der ÖNORM B 1600 "Barrierefreies Bauen" sowie der ÖNORM B 1601 "Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen" bei Vertragsbeginn oder innerhalb einer angemessenen Frist nach Vertragsbeginn zu schaffen?

Ja

Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen **richtig und vollständig** gemacht habe.

*Ich nehme zur Kenntnis, dass*

- X für die Punkteberechnung nur meine Angaben auf dem Fragebogen herangezogen werden, sofern diese richtig sind bzw. entsprechend nachgewiesen wurden und
- X keinerlei Ergänzungen fehlender Angaben durch Ärztekammer und OÖ. Gebietskrankenkasse vorgenommen werden und
- X im Falle einer Invertragnahme alle gesamtvertraglichen Vereinbarungen (OÖ Gesamtvertrag für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte bzw. OÖ Gruppenpraxen-Gesamtvertrag) meinem Einzelvertrag mit der OÖ Gebietskrankenkasse zugrunde liegen und werde mich entsprechend informieren.

*Die Auswahl des Vertragspartners erfolgt unter Anwendung der Richtlinie für die Auswahl von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen und Vertragsgruppenpraxen bzw. von Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen in der jeweils gültigen Fassung.*

*Eine Zurückziehung meiner Bewerbung ist bis zum Ende der Einspruchsfrist auf das Punkteergebnis möglich. Nach Ablauf der Frist hat die Zurückziehung eine einjährige Sperre ab dem Besetzungszeitpunkt dieser Stelle zur Folge.*

*Ich bin in Kenntnis, dass hinsichtlich der Gestaltung der Ordinationszeiten sowie der Errichtung einer barrierefreien Ordination, im Falle einer Zuerkennung der Vertragsarztstelle, die diesbezüglichen Vereinbarungen, die zwischen der OÖ Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für OÖ abgeschlossen wurden, anzuwenden sind. Diese sind auf der Homepage der Ärztekammer abrufbar.*

*Ich erkläre ausdrücklich meine Zustimmung, dass*

- X meine Daten automatisationsunterstützt verarbeitet werden,
- X meine MitbewerberInnen in den Bewerbungsbogen Einsicht nehmen können,
- X mein Name und die erreichte Punkteanzahl veröffentlicht wird und
- X mein ArztStammdatenblatt an die OÖGKK übermittelt werden kann.

.....  
Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers

### **Elektronische Zustellung:**

*Ich erkläre ausdrücklich meine Zustimmung, dass ich*

*alle mit der Bewerbung verbundenen Schriftstücke (insbesondere das Ergebnis für die Punkteberechnung, das Zuerkennungs- bzw. Ablehnungsschreiben) für diese Kassenstellenausschreibung per E-Mail zugesendet bekomme.*

*Verschickt wird an die am Bewerbungsbogen angegebene E-Mail Adresse. Ich verpflichte mich ausdrücklich regelmäßig Einschau in mein elektronisches Postfach zu haben und Abwesenheiten von mehr als fünf Tagen an die Ärztekammer f. OÖ (Herrn Hechenberger) zu melden.*

*Es wird davon ausgegangen, dass die Zustellung mit dem auf dem Sendedatum des E-Mails nachfolgenden Tag erfolgt und mir zur Kenntnis gelangt ist.*

.....  
Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers



# INFOS - ABLAUF BEWERBUNGEN

|          |  |
|----------|--|
| <b>!</b> | <p><b>Innerhalb von 14 Tagen nach Ablauf der Bewerbungsfrist</b> wird/sollte das Punkteergebnis der Kassenstellenvergabe vorliegen.</p> <p>Sie erhalten, wenn Sie einer elektronischen Zustellung zugestimmt haben, <b>AUTOMATISCH</b> eine Email Verständigung von <u>der Ärztekammer f. OÖ</u> bzw. sind diese ab Vorliegen eines Ergebnisses auch ONLINE verfügbar. <a href="http://www.aekoee.at/ausschreibungen/besetzungen">http://www.aekoee.at/ausschreibungen/besetzungen</a></p> <p>Sind noch keinen Daten online - liegt auch noch kein Ergebnis vor.</p>   |
| <b>!</b> | <p><b>Liegt das Punkteergebnis vor</b> - besteht die Möglichkeit, <u>innen 14 Tagen ab Zustellung der Punkteberechnungen</u>, in alle Berechnungen der eigenen Ausschreibung Einsicht zu nehmen und</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einen begründeten Einspruch zu erheben</li> <li>• seine Bewerbung zurückzuziehen (ohne Angabe von Gründen und ohne Konsequenz)</li> </ul> <p>Langt innerhalb dieser Frist kein Einspruch und Zurückziehung ein, wird die Stelle gemäß der angeführten Punkteberechnung vergeben.</p> <p>Für den Fall einer Zurückziehung rücken die nachfolgenden Bewerber auf.</p> <p>Eine Zurückziehung nach der Frist hat gemäß Vergaberichtlinie eine einjährige Sperre ab dem Besetzungszeitpunkt dieser Stelle zur Folge.</p> <p>Sie erhalten, wenn Sie einer elektronischen Zustellung zugestimmt haben, AUTOMATISCH ein Email über die Vergabe bzw. Absage der Kassenstelle <u>von der OÖ. GKK</u>.</p> |

## Checkliste

### Bewerbungen für Vertragsarztstellen in Oberösterreich

**Für die Punkteberechnung werden nur die Angaben und Beilagen (Urkunden und Unterlagen) auf dem aktuellen Bewerbungsbogen herangezogen, sofern diese richtig sind bzw. entsprechend nachgewiesen wurden.**

Von Ärztekammer und Kasse werden keine Ergänzungen fehlender Angaben vorgenommen.

Ein vollständig ausgefüllter Bewerbungsbogen ist, **für jede ausgeschriebene Stelle für die eine Bewerbung abgegeben wird**, einzureichen.

Dem Bewerbungsbogen ist in Kopie beizulegen: **(auch wenn bereits eine frühere Bewerbung vorliegt.)**

|   |   |   |
|---|---|---|
| × | <b>Lebenslauf</b> mit chronologischer Darstellung der gesamten medizinischen Ausbildung und bisherige medizinische Tätigkeit  |   |
| × | der <b>Nachweis der Staatsbürgerschaft</b> eines EWR-Landes   | entfällt bei Ärzten, die in der österreichischen Ärzteliste geführt werden  |
| × | alle <b>Zeugnisse über die Spitalsausbildung</b> , eine Spitalstätigkeit sowie Nachweise über allfällige medizinische Zusatzausbildungen (ua Additivfächer) und Dienstverträge von sonstigen ärztlichen Tätigkeiten | entfällt bei Ärzten, die in dieser Zeit in der OÖ Ärzteliste geführt wurden |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | <p><b>EU-Konformitätsbescheinigung</b> der zuständigen Behörde des Ausbildungsstaates, aus der hervorgeht, dass die <b>ärztliche Grundausbildung</b> dem <b>Artikel 24</b> der Richtlinie 2005/36/EG entspricht und dass der Ausbildungsnachweis ein Diplom gemäß <b>Anhang 5.1.1.</b> der Richtlinie darstellt, oder dass erworbene Rechte gemäß Artikel 23 der Richtlinie vorliegen.</p> <p><b>Fachärzte</b> haben zusätzlich eine Bescheinigung vorzulegen, aus der hervorgeht, dass ihre Facharztausbildung dem <b>Artikel 25</b> der genannten Richtlinie 2005/36/EG entspricht und dass der Ausbildungsnachweis ein Facharzt Diplom gemäß den <b>Anhängen 5.1.2 und 5.1.3</b> der Richtlinie darstellt, oder dass erworbene Rechte gemäß Artikel 23 oder Artikel 27 der Richtlinie vorliegen.</p> <p><b>Allgemeinmediziner</b> haben zusätzlich eine Bescheinigung vorzulegen, aus der hervorgeht, dass sie die besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin gemäß <b>Artikel 28</b> der Richtlinie 2005/36/EG absolviert haben und dass ihr Ausbildungsnachweis ein Diplom gemäß Anhang <b>5.1.4.</b> der Richtlinie darstellt, oder dass erworbene Rechte gemäß Artikel 30 der Richtlinie vorliegen.</p> | <p>entfällt bei Ärzten, die die Ausbildung in Österreich absolviert hatten</p> <p>UND</p> <p>die bereits in der OÖ Ärzteliste geführt werden</p> |
| x | Diplom Arzt f. Allgemeinmedizin und/oder Facharzt Diplom   | entfällt bei Ärzten, die in der OÖ Ärzteliste geführt werden   |
| x | Nachweis für Tätigkeiten im Rahmen einer anerkannten <b>Lehrpraxis</b> im niedergelassenen Bereich   | entfällt bei Ärzten, die in dieser Zeit in der OÖ Ärzteliste geführt wurden  |
| x | Nachweis der <b>Dauer einer Niederlassung</b> in der freien Praxis   | entfällt bei Ärzten, die in dieser Zeit in der OÖ Ärzteliste geführt wurden  |
| x | bei <b>Wahlarztstätigkeit und gleichzeitiger angestellter Tätigkeit</b> ist eine Bestätigung über das Stundenausmaß der Anstellung(en) vorzulegen. (Dienstverträge)  |  |

Bestätigungen sind **jedenfalls** erforderlich für folgende Punkte im Bewerbungsbogen

|   |   |  |
|---|---|--|
| x | <b>Medizinisch / soziale Tätigkeit</b>  |  |
| x | <b>Karenzgeldbezug / Kinderbetreuungsgeldbezug</b>  |  |
| x | <b>Präsenz / Zivildienst</b>  |  |
| x | <b>Diplome:</b><br>u.a. gültiger REFRESHER Teilnahmebestätigung für ÖÄK-Diplom Notfallmedizin   |  |
| x | <p><b>Vertretungen:</b> (allgemein) *</p> <p>Bestätigung des § 2 Kassenarztes/Gruppenpraxis über die ANZAHL der Vertretertage (Als Nachweis zur Vergabe von Punkten für Vertretungen ab 1.1.2008) ist jedenfalls das Formular</p> <p>- Anlage 1 - zu verwenden. Als Nachweis für Vertretungen bis 31.12.2007 wird eine vom vertretenen §-2 Vertragsarzt/ Vertragsgruppenpraxis ausgestellte Bestätigung herangezogen, die auf jeden Fall die genaue Anzahl an Vertretungstagen enthalten muss.)</p> |  |
| x | <p><b>Vertretungen:</b> (Radiologie) *</p> <p>Als Nachweis zur Vergabe von Punkten für Vertretungen ab 1.1.2015 ist jedenfalls das beiliegende Formular (<b>Anlage 1/Rad</b>) zu verwenden.</p> <p>Als Nachweis für Vertretungen bis 31.12.2014 jedenfalls das bisherige Formular (Anlage 1) zu verwenden.</p> <p>Empfohlen wird auch „alte“ Vertretungen, soweit die Möglichkeit besteht, auf die neuen Formulare bestätigen zu lassen.</p>  |  |
| x | Tätigkeiten im Rahmen des (haus)ärztlichen <b>Notdienstes (HÄND)</b> *<br>(ua Linz, Wels, Steyr, Vöcklabruck) Anlage 3 / 4.   |  |

\* Die Formulare finden Sie in der „ANLAGE zur Richtlinie“ unter <http://www.aekooe.at/punktliste>

## **Ordinationszeitenregelung - BEI INVERTRAGNAHME**

Bei Invertragnahme ist folgende gesamtvertragliche Regelung zu beachten

(§ 11 des OÖ Ärzte-Gesamtvertrages idgF)

- Die Mindestöffnungszeit beträgt 20 Wochenstunden.
- Die Arztpraxis ist an zumindest fünf Werktagen (Montag bis Samstag) geöffnet zu halten.
- Es müssen mindestens zwei Nachmittagsordinationen beginnend ab 14:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 16:00 Uhr zu je zwei Stunden, - bzw. Abendordinationen beginnend ab 16:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 18:00 Uhr zu je zwei Stunden angeboten werden, wobei eine Nachmittags- bzw. Abendordination durch eine zweistündige Samstagsordination ersetzt werden kann.
- Sofern im jeweiligen Versorgungsgebiet (für Allgemeinmedizin die Gemeinde sowie die umliegenden Gemeinden, sofern sie versorgungsrelevant sind, für Fachärzte der Bezirk, bzw. in Linz innerhalb der von Ärztekammer für OÖ und Kasse festgelegten Bezirke I bis V) bereits ein oder mehrere Vertragsärzte derselben Fachrichtung ansässig sind, hat sich der neu in Vertrag genommene Arzt an den Ordinationszeiten bestehender Vertragsärzte zu orientieren. Das heißt die Nachmittags- bzw. Abendordination des neu in Vertrag genommenen Arztes dürfen sich höchstens an einem Tag mit den bestehenden Nachmittags- bzw. Abendordinationen bereits niedergelassener Ärzte überschneiden. Sollte sich durch diese Regelung zwingend nur mehr ein fixer Nachmittag ergeben, kann stattdessen an einem anderen Tag eine Abendordination angeboten werden.
- Ab zwei Vertragsärzten derselben Fachrichtung ist von Montag bis Freitag zumindest eine Ordination eines Vertragsarztes geöffnet zu halten. Der ordinationsfreie Tag des neu in Vertrag genommenen Arztes darf sich nicht mit dem/den ordinationsfreien Tag(en) bereits niedergelassener Vertragsärzte überschneiden.
- Im Einzelfall kann im Einvernehmen von ÄK und Kasse auf Antrag des Arztes bei Vorliegen einer entsprechenden Begründung (zB gesundheitliche Probleme) von den Mindestordinationszeiten Abstand genommen werden bzw. eine andere, kundenorientiertere Verteilung von Nachmittags- bzw. Abendordinationen vereinbart werden. Eine Zustimmung erfolgt grundsätzlich nur befristet auf längstens zwei Jahre, kann aber nach positiver Evaluierung auch unbefristet erteilt werden.

Für die Gruppenpraxenmodelle 1 und 2 gelten die spezifischen Regelungen lt. Gruppenpraxengesamtvertrag. Für die Modelle 3 und 4 gilt während der Dauer der Gruppenpraxis die bestehende Regelung der vorhergehenden Einzelpraxis weiter. Der Übergang von einer Gruppenpraxis in eine Einzelpraxis (zB bei einer Nachfolgepraxis nach Übernahme durch Juniorpartner und Ausstieg des Seniorpartners) ist wie der Abschluss eines neuen Einzelvertrages zu werten und es müssen somit die obgenannten Kriterien erfüllt werden.

## **Barrierefreie Ordinationen - BEI INVERTRAGNAHME**

Grundsätzliches Ziel ist, dass VertragsärztInnen, die eine neue Ordination beziehen, Räumlichkeiten auswählen, die barrierefrei zugänglich sind, sofern solche Räumlichkeiten zu wirtschaftlich zumutbaren Bedingungen im Versorgungsgebiet zur Verfügung stehen. Dies gilt sofern nicht die Ordinationsräumlichkeiten des Vorgängers übernommen werden und sofern die Kosten für barrierefreie Räumlichkeiten nicht unzumutbar hoch sind (Überschreitung der Obergrenze der Ortsüblichkeit um mindestens 10 %). Wahlärzte, die sich vor dem 1.6.2011 niedergelassen haben oder die eine Bestätigung des Bürgermeisters vorlegen, dass sie zum Zeitpunkt der Niederlassung im Sprengel der in weiterer Folge ausgeschriebenen Vertragsarztstelle keine zumutbare barrierefreie Ordination gefunden haben, brauchen nicht in eine barrierefreie Ordination übersiedeln, wenn sie in diesem Sprengel Vertragsarzt werden. Anfragen werden seitens der OÖ. Gebietskrankenkasse (05/7807-104828) oder der Ärztekammer für OÖ durch Herrn Mag. Alkin (0732/778371-243) beantwortet.

## **Bekanntgabe ärztlicher Nebenerwerbstätigkeiten - BEI INVERTRAGNAHME**

Auf Grund der Bestimmungen des Ärztegesetzes (4, § 27) ist jeder Arzt verpflichtet, sich vor Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in die Ärzteliste eintragen zu lassen. Nebenerwerbstätigkeiten (wöchentlicher Arbeitsverpflichtung oder tatsächlicher Inanspruchnahme) zum Einzelvertrag dürfen gem. § 38 des Ärztegesamtvertrages nur im Umfang von maximal 18 Wochenstunden (Ausnahme: Gruppenpraxis Modell 2+3 - bei einem Anteil von mehr als 50% maximal 22 Stunden, ansonsten maximal 25 Stunden) ausgeübt werden.

Die Nebenerwerbstätigkeit ist vor Antritt der Tätigkeit vom Arzt selbstständig in schriftlicher Form an die Abteilung Standesführung (2.Stock - Zi. 34) in der Ärztekammer für OÖ zu melden.

## **Zweitordination von §2-Kassenärzten - BEI INVERTRAGNAHME**

Für §2-Kassenärzte gilt, dass Zweitordinationen, in denen Leistungen erbracht werden, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung iSd § 10 des Gesamtvertrages darstellen (wazu auch Mutter-Kind-Pass Leistungen zählen), nur mit Genehmigung von Ärztekammer und Versicherungsträger betrieben werden dürfen.

Ohne diese Bewilligung handelt es sich um reine Privatordinationen, in denen nur Leistungen die nicht eine Krankenbehandlung (z.B. Führerscheinuntersuchung, Gutachten, etc.) darstellen erbracht werden dürfen.

Dieselben Regelungen gelten auch dann, wenn der Vertragsarzt neben seiner vertraglichen Facharztstätigkeit noch über die Ausübungsbefugnis in einer anderen Fachrichtung verfügt und die Zweitordination in dieser zweiten Fachrichtung betreibt.

Als reine Privatordination gilt auch eine Ordination in der nur Vorsorgeuntersuchungen erbracht werden, hierfür ist allerdings bei der Ärztekammer um die Erteilung eines Vorsorgeuntersuchungsvertrages anzusuchen.