

Ärztchammer für OÖ  
Kassenrecht & Arzthonorare  
Dinghoferstraße 4  
4020 Linz  
Fax: 0732-783660-205  
Email: nobis@aeoee.at

## **ANTRAG für FachärztInnen**

(bitte ankreuzen)

auf Genehmigung einer Anstellung eines Arztes

**Antragsteller** (Kassenstelleninhaber):

Name .....

Geburtsdatum .....

Fachrichtung .....

Ordinationsadresse .....

TeINr .....

Außerhalb der Ordinationszeiten erreichbar unter .....

Email .....

## Ich stelle hiermit den Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes

- zur Abdeckung eines **temporären** zusätzlichen Mehrbedarfs mit Festlegung eines Zielwertes für die Patientenfrequenz und damit Anhebung der Limitierungen und des Honorarsummenlimits auf das erhöhte Niveau durch Ausdehnung meiner Kassenstelle auf das .....fache  
*(mit Zusatzfinanzierung aufgrund vakanter Nachbarstelle oder überlanger Wartezeiten...; nur möglich für Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik)*
  - Ich beantrage die erhöhte Akontozahlung bereits für das erste Quartal nach Aufstockung.
  - Ich beantrage die erhöhte Akontozahlung erst für den Zeitraum nach Abrechnung des ersten Quartals nach der Aufstockung auf Basis der tatsächlichen Honorarsumme des ersten Quartals.
  
- zur Abdeckung eines längerfristigen bzw dauerhaften zusätzlichen Mehrbedarfs unter Ausdehnung meiner Kassenstelle auf das .....fache  
**(Bruchstelle)** *(Bitte beachten Sie, dass ein derartiger Antrag erst möglich ist, wenn zuvor der Zusatzbedarf von Kasse und Kammer im Einvernehmen festgestellt wurde und eine Gruppenpraxis nach Modell 2 für diesen Mehrbedarf ausgeschrieben wurde.)*
  - Ich beantrage die erhöhte Akontozahlung bereits für das erste Quartal nach Aufstockung.
  - Ich beantrage die erhöhte Akontozahlung erst für den Zeitraum nach Abrechnung des ersten Quartals nach der Aufstockung auf Basis der tatsächlichen Honorarsumme des ersten Quartals.
  
- zur Mitarbeit am Kassenvertrag ohne Abdeckung eines zusätzlichen Mehrbedarfs **(Job-Sharing)**

**Geplanter Beginn** .....*(Antrag muss mind. 3 Monate vor geplantem Beginn gestellt werden; Beginn ist nur zu jedem Quartalersten möglich; Beginn ist bei Abdeckung eines Mehrbedarfes nur zu jedem Quartalersten möglich. Die Anstellung ohne Mehrbedarf kann auch während des Quartales beginnen, die Patientenbegrenzung gilt dann allerdings für den gesamten Zeitraum des Quartals.)*

**Geplante Dauer:**

- unbefristet *(nur für Job-Sharing und Bruchstelle möglich; endet jedenfalls wenn der Kassenstelleninhaber oder der mitarbeitende Arzt das 70. Lj vollendet)*
- befristet bis .....
- (bei Abdeckung eines temporären Bedarfes mit Zusatzfinanzierung sind max 12 Monate möglich)*

**Geplante Anzahl an Wochenstunden (der Anstellung):** .....

**Geplante Öffnungszeiten:**

*(Übersicht zu den Öffnungszeiten bei Abdeckung eines Zusatzbedarfs siehe Seite 7)*

|    | geplante Öffnungszeiten | Geplante Anwesenheit<br>VertragspartnerIn in den<br>Öffnungszeiten | Geplante Anwesenheit<br>AngestellteR in den<br>Öffnungszeiten |
|----|-------------------------|--|---|
| Mo |                         |  |   |
| Di |                         |  |   |
| Mi |                         |  |   |
| Do |                         |  |   |
| Fr |                         |  |   |
| Sa |                         |  |   |

*Bei Jobsharing gelten die bisherigen Öffnungszeiten der Einzelordination unverändert weiter, müssen aber auf die aktuell geltenden Mindestöffnungszeiten und deren Verteilung angepasst werden, sollten sie noch davon abweichen, bei gleichzeitiger Anhebung der Patientenbegrenzung im selben Ausmaß.*

**Angaben zum geplanten angestellten Arzt:** *(wenn Sie mehrere angestellte Ärzte haben, verwenden Sie bitte das entsprechende Zusatzblatt)*

Name .....

Geburtsdatum .....

Fachrichtung .....

Privatadresse: .....

TeINr .....

Fax .....

Email .....

Derzeitige Tätigkeit des angestellten Arztes.....

.....

Ordinationssitz des angestellten Arztes  nein  ja Adresse

.....

.....

weitere Berufstätigkeit, die neben der Anstellung ausgeübt wird (Art und Ausmaß)

.....

.....

Ich erkläre mein ausdrückliches Einverständnis, dass ich im Falle der Genehmigung der Anstellung mit dem angestellten Arzt einen entsprechenden schriftlichen Dienstvertrag abschließen werde. Ich verpflichte mich den angestellten Arzt darauf aufmerksam zu machen, dass er vor Beginn seiner Tätigkeit seine Meldeverpflichtungen gegenüber der zuständigen Ärztekammer zu erfüllen hat, da ansonsten diese Angestelltentätigkeit nicht ausgeübt werden darf.

Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis, dass eine Bearbeitung meines Antrages nur bei vollständigem Ausfüllen alle angegebenen Punkte möglich ist. Amtswegig werden keine Ergänzungen vorgenommen, vielmehr wird der Antrag wegen Formmängeln von der Ärztekammer zur Verbesserung zurückgeschickt. Streichen von Inhalten dieses Formulars führen zur Ungültigkeit des Antrages.

Ich erkläre mein ausdrückliches Einverständnis, dass die für die korrekte Abrechnung der Anstellung notwendigen Abrechnungsdaten von der ÖGK an die Ärztekammer für OÖ zu Kontrollzwecken weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Zusammenarbeit mit dem angestellten Arzt erst dann zulässig ist, wenn Kammer und Kasse aufgrund dieses Antrages die Genehmigung dazu erteilt haben.

Neben anderen Auflösungsgründen erlischt die Genehmigung der Anstellung, wenn diese aufgrund wissentlich falscher Angaben erfolgt ist. Im Übrigen habe ich Kenntnis von den im Rundschreiben von Kammer und Kasse vom Oktober 2019 (Nr. 1841/2019) versendeten Regelungen zur Anstellung und nehme deren Geltung für meine Antragstellung ausdrücklich zur Kenntnis.

Ort, Datum .....

.....

Unterschrift und Stempel des Antragstellers

**Zusatzblatt** (wenn mehrere angestellte Ärzte beantragt werden)

**Angaben zum angestellten Arzt 2:** (wenn Sie mehrere angestellte Ärzte haben, verwenden Sie bitte das entsprechende Zusatzblatt)

Name .....

Geburtsdatum .....

Fachrichtung .....

Ordinationsadresse .....

TelNr .....

Fax .....

Email .....

Derzeitige Tätigkeit des angestellten Arztes

.....  
.....

Ordinationssitz des angestellten Arztes  nein  ja Adresse

.....  
.....

weitere Berufstätigkeit, die neben der Anstellung ausgeübt wird (Art und Ausmaß)

.....  
.....  
.....

**Zusatzblatt** (wenn mehrere angestellte Ärzte beantragt werden)

**Angaben zum geplanten angestellten Arzt 3:** *(wenn Sie mehrere angestellte Ärzte haben, verwenden Sie bitte das entsprechende Zusatzblatt)*

Name .....

Geburtsdatum .....

Fachrichtung .....

Ordinationsadresse .....

TelNr .....

Fax .....

Email .....

Derzeitige Tätigkeit des angestellten Arztes

.....  
.....

Ordinationssitz des angestellten Arztes  nein  ja Adresse

.....  
.....

weitere Berufstätigkeit, die neben der Anstellung ausgeübt wird (Art und Ausmaß)

.....  
.....  
.....

**> 1 Stelle und < 2 Stellen**

| <b>Gruppenpraxis Modell II (§ 14 (4))</b>        |   |                        |                          |                  |                  |
|--|---|------------------------|--------------------------|------------------|------------------|
| Stellenausmaß                                    | 1,3   | 1,4                    | 1,5                      | 1,6              | 1,7              |
| Mindestwochenstunden mit Gruppenpraxen-Abschlag  | 25 (Ziel 30)  | 25 (Ziel 30)           | 25 (Ziel 30)             | 26 (Ziel 32)     | 27 (Ziel 34)     |
| Mindestwochenstunden ohne Gruppenpraxen-Abschlag | 27  | 27                     | 30                       | 33               | 33               |
| Anzahl Nachmittagsordinationen                   |   |                        | mind. 1 <sup>2</sup>     |                  |                  |
| Anzahl Abendordinationen                         | mind. 2 <sup>3,5</sup>  | mind. 2 <sup>3,5</sup> | mind. 2 <sup>3,4,5</sup> | 3 <sup>3,5</sup> | 3 <sup>3,5</sup> |
| Schließtage pro Jahr                             | max. 4 Wochen (20 Ordinationstage)<br>Weiters besteht die Möglichkeit für weitere 4 Wochen (20 Ordinationstage) auf die Mindestordinationszeiten einer EP zu reduzieren   |                        |                          |                  |                  |
| Anmerkung  | Die neu in Vertrag genommene Gruppenpraxis hat sich hinsichtlich veränderter bzw. hinzukommender Ordinationszeiten an den Ordinationszeiten bereits bestehender Vertragsärzte und Gruppenpraxen zu orientieren. |                        |                          |                  |                  |

Sollten in Einzelfällen Schwierigkeiten bestehen, die Öffnungszeiten abzudecken, ersuchen wir um Kontaktaufnahme.

<sup>2</sup> beginnend ab 14:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 16:00 Uhr zu je zwei Stunden

<sup>3</sup> wobei eine Abendordination durch eine zweistündige Samstagordination oder eine zweistündige Morgenordination (ab 7 Uhr) ersetzt werden kann

<sup>4</sup> es kann alternativ beim Modell 1,5 zu Fußnote <sup>3</sup> eine Abendordination auch an eine Nachmittagsordination angehängt werden

<sup>5</sup> zu je drei Stunden beginnend ab 16:00 Uhr oder beginnend ab 18:00 Uhr zu je zwei Stunden