VGKK
Vorarlberger
Gebietskrankenkasse

Ärzte
KAMMER für
VORARLBERG

FRAGEBOGEN
für die AUSWAHL von Gesellschaftern für VERTRAGS-GRUPPENPRAXEN gem. § 2 Abs. 2 Zif. 3 GP-GV (Erweiterungs-Gruppenpraxen)

Diesem Fragebogen liegen die zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse vereinbarten Richtlinien für die Auswahl von Vertragsärzten in der in der Ausgabe Jänner 2016 des Mitteilungsblattes der Ärztekammer für Vorarlberg „Arzt im Ländle“ sowie im Internet (www.vgkk.at, www.aekvbg.or.at) kundgemachten Fassung vom 25.11.2015 zugrunde. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens und der Teilnahme am Auswahlverfahren anerkennt der Bewerber deren Geltung für die Reihung.

Natürliche Personen betreffende Bezeichnungen beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei Fragen, bei welchen mehrere Alternativen zur Beantwortung bestehen, **zutreffende Antwort bitte ankreuzen**.

I. Bewerber/Bewerbung für:

1. Bewerber (Name, Adresse).....
2. Kassenvertrags-Gruppenpraxisstelle (Bezeichnung der ausgeschriebenen Stelle lt. Ausschreibungstext):

   .....
3. Niederlassungsbeginn (lt. Ausschreibungstext): .....
4. Ausschreibung in „arzt im ländle“ vom Monat:.....Jahr:.....

II. Grundvoraussetzungen, Ausschlussgründe

1. Sind Sie zur unbefristeten Ausübung des ausgeschriebenen ärztlichen Berufes in Österreich berechtigt?*

   Ja ☐

   Nein ☐

   (**Nachweis**: Eintragung in die Ärzteliste bzw. Berechtigung hiezu z.B. Promotionsurkunde, Urkunden im Sinne des § 5 ÄrzteG bzw. die Nostrifizierungsurkunde, Diplome)

*** Stichtag: Zeitpunkt lt. Ausschreibungstext**
**** Stichtag: Ende der Bewerbungsfrist**

2. (Nur auszufüllen, wenn im Ausschreibungstext eine Zusatzausbildung verlangt wird.) Haben Sie die im Ausschreibungstext geforderte zusätzliche Ausbildung absolviert?*

   Ja ☐
   Nein ☐

   (**Nachweis**: Zeugnisse, Diplome etc.)

3. Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?*:.....

   (**Nachweis**: Staatsbürgerschaftsurkunde)

4. Wie beurteilen Sie Ihre Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift?* (Nur von Bewerbern außerhalb des deutschen Sprachraumes auszufüllen.)

   ☐ Sehr gut
   ☐ Gut
   ☐ Zur Verständigung ausreichend
   ☐ Keine Kenntnisse

5. Haben Sie den Präsenz- oder Zivildienst abgeleistet?*

   Ja ☐ von:.....bis:.....
   Nein ☐

   Wenn nein: Sind diesbezügliche Verpflichtungen noch aufrecht?

   Ja ☐
   Nein ☐

   (**Nachweis** durch entsprechende Urkunden z.B. Bestätigung Bundesheer, Untauglichkeitsbescheinigung)

   Hinweis: Da diese Zeiten lediglich als Ersatzzeiten für Zeiten gem. Pkt. V.2.1 der Richtlinien Berücksichtigung finden sollen, werden die Punkte nur dann und nur insoweit angerechnet, als die Maximalpunktzahl gem. Pkt. V.2.1 noch nicht erreicht ist.

6. a) Sind Sie bereit, sich im Gruppenpraxen-Einzelvertrag zu einer regelmäßigen wöchentlichen Mindestordinationszeit in dem gemäß Gruppenpraxen-Gesamtvertrag für die ausgeschriebene Stelle vorgesehenen Ausmaß zu verpflichten?

   Ja ☐
   Nein ☐

*** Stichtag: Zeitpunkt lt. Ausschreibungstext**
**** Stichtag: Ende der Bewerbungsfrist**

7. Sind Sie ungekündigt oder unaufgelöst bei der VGKK als Chefarzt, Ambulatoriumsarzt oder Vertrauensarzt angestellt?*

   Ja ☐

   Nein ☐

8. Für den Fall, dass Ihrer Bewerbung stattgegeben wird: Werden Sie neben der Tätigkeit als Gesellschafter der Gruppenpraxis noch andere Tätigkeiten ausüben, die Sie zum Stichtag* weder aufgelöst noch gekündigt haben?

   Ja ☐ Welche?.....

   In welchem zeitlichen Ausmaß? (Stundenanzahl pro Woche; ganzjährig oder sonstige zeitl. Lagerung) .....

   (**Nachweis:** Bestätigung des Dienstgebers oder Dienstvertrag bei unselbständiger Tätigkeit; andere geeignete Urkunden, z.B. Bestätigung der zuständigen Interessenvertretung, bei selbständiger Tätigkeit)

   Nein ☐

   (Anm. zu Frage 7. und 8.: Eine gekündigte Anstellung liegt vor, wenn die Kündigung des Vertrags dem Vertragspartner (z.B. Dienstgeber) zugegangen ist. Eine aufgelöste Anstellung liegt vor, wenn das Vertragsverhältnis bereits erloschen ist. **Beachten** Sie bitte zu beiden Fragen auch Punkt IV.1. der Reihungsrichtlinien)

9. Wurde bereits einmal ein zwischen Ihnen und einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger bestehender Kassenvertrag rechtskräftig gekündigt?**

   Nein ☐

   Ja ☐ Welcher Kassenvertrag (Stelle, Versicherungsträger)?

   .....

   Kündigung durch den Versicherungsträger oder durch Sie selbst?

   .....

10. Liegen andere Vertragserlöschens- und/oder Kündigungstatbestände im Sinne des § 343 ASVG vor?**

    Nein ☐

    Ja ☐

    Welche?

    ☐ Rechtskräftige Verurteilung wegen einer oder mehrerer mit Vorsatz begangener gerichtlich strafbarer Handlungen zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe oder wegen einer mit Bereicherungsvorsatz begangenen gerichtlich strafbaren Handlung.

    ☐ Eine im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufs wegen groben Verschuldens strafgerichtliche rechtskräftige Verurteilung.

*** Stichtag: Zeitpunkt lt. Ausschreibungstext**
**** Stichtag: Ende der Bewerbungsfrist**

☐ Ein wiederholtes rechtskräftiges zivilgerichtliches Urteil, in welchem ein Verschulden des Vertragsarztes im Zusammenhang mit der Ausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit festgestellt wird.

11. a) Besteht zwischen Ihnen und der VGKK oder einer Gebietskrankenkasse eines anderen Bundeslandes oder einem ausländischen Krankenversicherungsträger ein kuratives Einzelvertragsverhältnis?**

Nein ☐

Ja ☐ Mit welchem Versicherungsträger?.....

b) (nur zu beantworten, wenn a) mit ja beantwortet wurde) Sind Sie bereit, für den Fall, dass Sie für die Stelle erstgereiht werden, dieses Einzelvertragsverhältnis zum Stichtag aufzulösen?*

Ja ☐

Nein ☐

12. Haben Sie bereits einmal eine Ihnen zuerkannte Kassenvertragsarztstelle abgelehnt?**

Ja ☐ Welche Stelle (Stelle, Versicherungsträger, Besetzungszeitpunkt)?

.....

Nein ☐

(Anm. zu Frage 12.: Eine Stelle gilt als zuerkannt, wenn der Bewerber nach den Richtlinien erstgereiht ist. Das Nichtvorliegen eines unterfertigten Einzelvertrages zum Ende des in der Ausschreibung für die Besetzung angeführten Zeitraumes trotz schriftlicher Aufforderung durch die Kasse gilt als Ablehnung.)

III. Beurteilungskriterien

1. Zeiten ärztlicher Tätigkeit nach der Promotion (auch Ausbildungszeiten!)

Von (TTMMJJ)	Bis (TTMMJJ)	Art und Ort der Tätigkeit. Ggf. Name des Dienstgebers

*** Stichtag: Zeitpunkt lt. Ausschreibungstext**
**** Stichtag: Ende der Bewerbungsfrist**

(**Nachweis**: Über Zeiten unselbständiger ärztlicher Tätigkeit durch eine Bestätigung des Dienstgebers, über Zeiten selbständiger ärztlicher Tätigkeit durch eine Bestätigung der zuständigen Interessenvertretung)

2. Zusätzliche fachliche Qualifikationen

2.1. Von der Österreichischen Ärztekammer ausgestellte oder anerkannte Diplome

Nr.	Bezeichnung des Diploms

(**Nachweis**: Vorlage der Diplome)
Hinweis: Diplome, die lediglich für einen bestimmten Zeitraum gelten, müssen zum Zeitpunkt des Endes der Bewerbungsfrist gültig sein, um in die Bewertung einzufließen.

*** Stichtag: Zeitpunkt lt. Ausschreibungstext**
**** Stichtag: Ende der Bewerbungsfrist**

2.2. Vorliegen sonstiger fachlicher Qualifikationen lt. Ausschreibung bzw. lt. Anhang der Richtlinien

Nr.	Bezeichnung der fachl. Qualifikation. Name der ausstellenden Institution

(**Nachweis**: Vorlage der Urkunden)

3. Interesse an künftiger Niederlassung in Vorarlberg

   Eintragung in die Warteliste[1] für EWR-Bürger bei der Ärztekammer für Vorarlberg seit (TTMMJJ).....

4. Mutterschutzzeiten von (TTMMJJ).....bis (TTMMJJ).....
   (Über diese Zeiten ist der Bewerbung ein entsprechender **Nachweis** beizuschließen)

   Zeiten der Karenz von (TTMMJJ).....bis (TTMMJJ).....
   (maximal im gesetzlichen Ausmaß)

   (**Nachweis**: Bestätigung durch die zuständige Gebietskrankenkasse bzw. für Zeiten vor 1997 durch die zuständige Geschäftsstelle des Arbeitsmarktservice)

   Hinweis: Da diese Zeiten lediglich als Ersatzzeiten für Zeiten gem. Pkt. V.2.1 der Richtlinien Berücksichtigung finden sollen, werden die Punkte nur dann und nur insoweit angerechnet, als die Maximalpunktzahl gem. Pkt. V.2.1 noch nicht erreicht ist.

5. Haben Sie minderjährige Kinder (als solche gelten neben leiblichen auch legitimierte und Wahlkinder) oder volljährige Kinder, denen gegenüber Sie gesetzlich zu Unterhaltsleistungen verpflichtet sind?

   Ja ☐

   Nein ☐

   Wenn ja:

Name des Kindes	Geburtsdatum

(**Nachweis**: Geburtsurkunden der Kinder, soweit diese nicht mehr minderjährig sind, Inskriptionsbestätigungen (udgl.) sowie zutreffendenfalls Bestätigungen, aus denen die Erwerbsunfähigkeit wegen körperlicher oder psychischer Krankheiten oder Störungen hervorgeht)

[1] Eine Warteliste existiert seit dem Jahr 2000 bei der Ärztekammer für Vorarlberg.

*** Stichtag: Zeitpunkt lt. Ausschreibungstext**

**** Stichtag: Ende der Bewerbungsfrist**

Hinweis: Unterhaltspflichten für volljährige Kinder werden nur berücksichtigt, wenn

1. das Kind das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, solange es sich in einer Schul- oder Berufsausbildung (auch im Präsenz- oder Zivildienst) befindet, oder
2. das Kind wegen körperlicher oder psychischer Krankheiten oder Störungen erwerbsunfähig ist, wenn dieser Zustand seit Erlangung der Volljährigkeit oder im unmittelbaren Anschluss an die Berufs- oder Schulausbildung (Präsenz- oder Zivildienst) besteht, solange dieser Zustand andauert.

6. Zeiten der Arbeitslosigkeit nach Eintragung in die Ärzteliste

Von (TTMMJJ)	Bis (TTMMJJ)

(Nachweis: Bestätigung durch das Arbeitsmarktservice)

Hinweis: Da diese Zeiten lediglich als Ersatzzeiten für Zeiten gem. Pkt. V.2.1 der Richtlinien Berücksichtigung finden sollen, werden die Punkte nur dann und nur insoweit angerechnet, als die Maximalpunktzahl gem. Pkt. V.2.1 noch nicht erreicht ist.

7. Haben Sie sich bereits früher um eine von der Kasse und der Ärztekammer für Vorarlberg ausgeschriebene Vertragsarztstelle des gleichen Fachgebietes erfolglos beworben?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja:

Ausgeschriebene Stelle	Erscheinungsdatum des Mediums der Ausschreibung

*** Stichtag: Zeitpunkt lt. Ausschreibungstext**
**** Stichtag: Ende der Bewerbungsfrist**

IV. Allgemeine Hinweise

Der Bewerbung ist ein **Lebenslauf** des Bewerbers beizuschließen!

ACHTUNG:

1. **Für die Punkteberechnung werden nur die Angaben auf dem bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (Hauptstelle Dornbirn) oder der Kammer anzufordernden Fragebogen herangezogen, sofern diese richtig sind bzw. bis spätestens zum Ende der Bewerbungsfrist entsprechend nachgewiesen wurden. Nachweise können ausnahmsweise bis längstens zwei Wochen nach Ablauf der Bewerbungsfrist nachgereicht werden, wenn gleichzeitig mit der Bewerbung schriftlich bekannt gegeben wird, warum der (die) Nachweis(e) noch nicht vorgelegt werden kann (können). Werden Zeiten ärztlicher Tätigkeiten (Punkt V.2.1. der Richtlinien) seitens des Bewerbers nicht anhand von Nachweisen belegt, so werden diese ohne Anspruch auf Vollständigkeit anhand des von der Ärztekammer für Vorarlberg geführten Personalaktes ausnahmsweise dennoch angerechnet. Das Risiko allfällig hieraus resultierender Unvollständigkeiten von Zeiten ärztlicher Tätigkeiten hat ausschließlich der Bewerber zu tragen. Von der Kasse bzw. der Kammer werden keine Ergänzungen fehlender Angaben vorgenommen. Korrekturen auf Grund amtsbekannter Tatsachen (zB Zeiten der Eintragung in die Ärzteliste) sind zulässig.**
2. **Sämtliche Urkunden sind im Original oder in beglaubigter Abschrift und jedenfalls in deutscher Sprache vorzulegen. Bei inländischen Urkunden genügen Kopien.**
3. **Falsche Angaben sowie die Nichteinhaltung einer im Zuge des Vergabeverfahrens nach diesen Richtlinien eingegangenen Verpflichtung, die in die Bewertung eines Bewerbers einfließen, führen - sofern sie der Kasse bzw. der Kammer bis zur Vertragsunterzeichnung bekannt werden - zum Ausschluss des Bewerbers vom Auswahlverfahren. Wenn diese der Kasse bzw. der Kammer erst zu einem späteren Zeitpunkt bekannt werden, gelten sie als Fehlen der Voraussetzungen zur Bestellung des Vertragsarztes im Sinne des § 343 Abs. 3 ASVG.**

…….. (Datum)

…… (Unterschrift des Bewerbers)

Eingabe löschen

Drucken

Speichern

*** Stichtag: Zeitpunkt lt. Ausschreibungstext**
**** Stichtag: Ende der Bewerbungsfrist**