

Bitte senden an:

Amt der Steiermärkischen Landesregierung  
Abteilung 8 – Gesundheit und Pflege  
Referat Gesundheitsrecht  
Friedrichgasse 9, 8010 Graz  
E-Mail: [gesundheitsrecht@stmk.gv.at](mailto:gesundheitsrecht@stmk.gv.at)



**Antrag auf Anerkennung als Spezialisierungsstätte und Festsetzung von (weiteren)  
Spezialisierungsstellen (§ 11b Ärztegesetz 1998)**

Bitte beachten Sie:

Datumsformat: <b>tt.mm.jjjj</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes ankreuzen
---------------------------------	--

1.	Spezialisierungsgebiete
<input type="checkbox"/>	Geriatric
<input type="checkbox"/>	Phoniatrie
<input type="checkbox"/>	Handchirurgie
<input type="checkbox"/>	Palliativmedizin
<input type="checkbox"/>	Dermatohistopathologie
<input type="checkbox"/>	Fachspezifische psychosomatische Medizin
<input type="checkbox"/>	Neonatalogie und Pädiatrische Intensivmedizin
<input type="checkbox"/>	Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
<input type="checkbox"/>	Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
<input type="checkbox"/>	Neuropädiatrie
<input type="checkbox"/>	Pädiatrische Kardiologie
<input type="checkbox"/>	Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie
<input type="checkbox"/>	Schlafmedizin
<input type="checkbox"/>	Pädiatrische Nephrologie
<input type="checkbox"/>	Pädiatrische Rheumatologie
<input type="checkbox"/>	Pädiatrische Pneumologie
<input type="checkbox"/>	Allergologie

<b>2.</b>	<b>Erstmalige Beantragung oder Stellenerweiterung</b>
<input type="checkbox"/>	Erstmalige Beantragung
<input type="checkbox"/>	Stellenerweiterung

<b>3.</b>	<b>Spezialisierungsstätte</b>
-----------	-------------------------------

3.1	<b>Einrichtung</b>	
<input type="checkbox"/>	Ausbildungsstätte gemäß § 9 ÄrzteG 1998	
<input type="checkbox"/>	Ausbildungsstätte gemäß § 10 ÄrzteG 1998	
<input type="checkbox"/>	Lehrpraxis gemäß § 12 ÄrzteG 1998	
<input type="checkbox"/>	Lehrgruppenpraxis gemäß § 12a ÄrzteG 1998	
<input type="checkbox"/>	Lehrambulatorium gemäß § 13 ÄrzteG 1998	
<input type="checkbox"/>	Einrichtung, die der medizinischen oder psychosozialen Behandlung, Pflege oder Betreuung dient	
	Name/Bezeichnung der Einrichtung:	Namen eingeben.
	Abteilung/Organisations-einheit:	Organisationseinheit eingeben.
	Adresse:	Adresse eingeben.

<b>4.</b>	<b>Angaben zur Antragsstellerin/zum Antragssteller</b>
-----------	--

4.1	Rechtsträgerin/Rechtsträger	
	Bezeichnung:	Bezeichnung eingeben.
	Adresse:	Adresse eingeben.
	E-Mail-Adresse:	E-Mail eingeben.
	Telefonnummer für Rückfragen:	Telefonnummer eingeben.

<b>5.</b>	<b>Angaben zum Antrag:</b>
-----------	----------------------------

5.1	Allgemeines	
	Gewünschtes Anerkennungsdatum:	Datum eingeben.

5.2	Spezialisierungsstellen	
	Anzahl der bereits festgesetzten Stellen:	Anzahl eingeben.
	Anzahl der (zusätzlich) beantragten Stellen:	Anzahl eingeben.

<b>6.</b>	<b>Spezialisierung vermittelt durch:</b>	
	<input type="checkbox"/>	nur antragstellende Spezialisierungsstätte
	<input type="checkbox"/>	Spezialisierungsverbund
	<p><b>Bei Antwort Spezialisierungsverbund</b>            Anträge für einen Spezialisierungsverbund sind von allen Antragstellenden gemeinsam unter Vorlage von Bestätigungen der beteiligten Rechtsträgerinnen/Rechtsträger, dass diese mit dem Spezialisierungsverbund einverstanden sind, einzubringen.</p>	
	<b>Spezialisierungsstätte</b>	
	Bezeichnung der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers:	Einrichtung eingeben.

Abteilung/Organisations- einheit/Department der Spezialisierungsstätte:	<b>Organisationseinheit</b> eingeben.
Adresse der Spezialisierungsstätte:	<b>Adresse</b> eingeben.

<b>Spezialisierungsstätte</b>	
Bezeichnung der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers	<b>Einrichtung</b> eingeben.
Abteilung/Organisations- einheit/Department der Spezialisierungsstätte:	<b>Organisationseinheit</b> eingeben.
Adresse der Spezialisierungsstätte:	<b>Adresse</b> eingeben.

<b>Spezialisierungsstätte</b>	
Bezeichnung der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers	<b>Einrichtung</b> eingeben.
Abteilung/Organisations- einheit/Department der Spezialisierungsstätte:	<b>Organisationseinheit</b> eingeben.
Adresse der Spezialisierungsstätte:	<b>Adresse</b> eingeben.

<b>7.</b>	<b>Spezialisierungsverantwortliche/Spezialisierungsverantwortlicher (§ 11b Abs 1 Z 2 ÄrzteG 1998):</b>	
	Familienname:	<b>Name</b> eingeben.
	Vorname:	<b>Vorname</b> eingeben.
	Titel vorgestellt:	<b>Titel</b> eingeben.
	Titel nachgestellt:	<b>Titel</b> eingeben.
	Fachärztin/Facharzt für:	<b>Fachärztin/Facharzt</b> eingeben.
	Spezialisierung in:	<b>Thema</b> eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	<b>Beschäftigungsausmaß</b> eingeben.

Bereits an einer anderen Einrichtung als Spezialisungsverantwortliche/Spezialisungsverantwortlicher eingesetzt:	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein	
	*Wenn Ja:	
	Name/Bezeichnung der Einrichtung:	Name eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Stunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

<b>8.</b>	<b>Fachärztinnen/Fachärzte mit Spezialisungsdiplom (§ 11b Abs 1 Z 1 ÄrzteG 1998)</b>
-----------	--

Familienname:	Name eingeben.	
Vorname:	Name eingeben.	
Titel vorgestellt:	Titel eingeben.	
Titel nachgestellt:	Titel eingeben.	
Fachärztin/Facharzt für:	Fachärztin/Facharzt eingeben.	
Spezialisierung in:	Spezialisierung eingeben.	
Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.	
Bereits bei einer anderen Spezialisierungsstätte eingesetzt:	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein	
	*Wenn Ja:	
	Name/Bezeichnung der Einrichtung:	Name eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Stunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

Familienname:	Name eingeben.
Vorname:	Name eingeben.
Titel vorgestellt:	Titel eingeben.
Titel nachgestellt:	Titel eingeben.
Fachärztin/Facharzt für:	Fachärztin/Facharzt eingeben.
Spezialisierung in:	Spezialisierung eingeben.
Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

Bereits bei einer anderen Spezialisierungsstätte eingesetzt:	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein	
	*Wenn Ja:	
	Name/Bezeichnung der Einrichtung:	Name eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Stunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

Familienname:	Name eingeben.	
Vorname:	Name eingeben.	
Titel vorgestellt:	Titel eingeben.	
Titel nachgestellt:	Titel eingeben.	
Fachärztin/Facharzt für:	Fachärztin/Facharzt eingeben.	
Spezialisierung in:	Spezialisierung eingeben.	
Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.	
Bereits bei einer anderen Spezialisierungsstätte eingesetzt:	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein	
	*Wenn Ja:	
	Name/Bezeichnung der Einrichtung:	Name eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Stunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

<b>9.</b>	<b>Abteilungsstruktur bzw. strukturelle Gegebenheiten der Spezialisierungsstätte</b>	
Anzahl der Bettenstationen:	Anzahl eingeben.	
Anzahl der Betten:	Anzahl eingeben.	
Schwerpunkte:	Schwerpunkte eingeben.	
Tagesklinik/Wochenklinik:	Tagesklinik/Wochenklinik eingeben.	
Anzahl der ambulanten Patientinnen/Patienten pro Jahr:	Anzahl eingeben.	
Anzahl der stationären Aufnahmen pro Jahr:	Anzahl eingeben.	

<b>10.</b>	<b>Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums (§ 11b Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Medizinisches Leistungsspektrum ist dem Antrag beigelegt:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Der Nachweis hinsichtlich der zu vermittelnden Fertigkeiten ist durch eine den Vorgaben des § 11b Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998 entsprechend aufbereitete Darstellung des Leistungsspektrums zu erbringen, aus der die für die beantragte Anzahl von Spezialisierungsstellen umfängliche und inhaltliche Vermittelbarkeit vollständig, nachvollziehbar und schlüssig hervorgeht.</p> <p>Vorzulegen sind eine vollständig befüllte <u>Schablone</u>, in der - bezogen auf die erforderlichen Organisationseinheiten der Spezialisierungsstelle und gegliedert nach den zu vermittelnden Fertigkeiten unter Heranziehung des Definitionenhandbuchs für die ärztliche Aus- und Weiterbildung gemäß § 13d Abs. 1 ÄrzteG 1998– die Leistungszahlen gemäß § 11b Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998 den in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998 vorgesehenen Richtzahlen gegenübergestellt werden, sowie die nachvollziehbare, leistungsbezogen berechnete, beabsichtigte <u>Zahl der Spezialisierungsstellen</u>.</p> <p>Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (<a href="mailto:aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at">aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at</a>) stellt auf Anfrage die abteilungs-/organisationseinheitenbezogenen Daten der Trägerin/dem Träger zur Verfügung. Bitte nennen Sie dabei auch das relevante Spezialisierungsfach. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine direkte Übermittlung dieser Daten an das Referat für Sanitäts-, Lebensmittel- und Veterinärrecht der Abteilung 8 des Landes Steiermark nicht zulässig. Nicht in den Daten des BMSGPK vorhandene relevante Informationen zu ausgewählten Fertigkeiten müssen vom Träger ergänzt werden (z.B. nachzuweisende Zahlen in Fertigkeiten wie Gastroskopien, Endoskopien).</p>
<b>11.</b>	<p><b>Für Lehr(gruppen)praxen oder Lehrambulatorien:</b>  <b>Nachweis der erforderlichen Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz (§ 11b Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998)</b></p>
	<p>Es wird bestätigt, dass die Spezialisierungsstätte über die erforderliche, durchschnittliche Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz pro Quartal in einem Durchrechnungszeitraum von einem Jahr verfügt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Anzahl dieser durchschnittlichen Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz: Text eingeben.</p>

<b>12.</b>	<b>Nachweis über die erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte (§ 11b Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Es wird bestätigt, dass die Spezialisierungsstätte über alle zur Erreichung des Spezialisierungsziels erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Eine Liste der zur Erreichung des Spezialisierungsziels erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials ist im Fall der erstmaligen Beantragung dem Antrag beizulegen.</p>
<b>13.</b>	<b>Schriftliches Konzept (§ 11b Abs. 1 Z 5 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Ein schriftliches Konzept ist dem Antrag beigelegt:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Gemäß § 11b Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998 hat der Träger im Zuge der Anerkennung einer Abteilung/Organisationseinheit als Spezialisierungsstätte ein schriftliches Konzept vorzulegen, das unter Darlegung der Einrichtungsstruktur und möglicher Rotationen die Vermittlung der Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten gemäß der Verordnung § 11b Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998 zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt.</p>
<b>14.</b>	<b>Notwendige Beilagen</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schriftliches Spezialisierungskonzept (nur bei Erstantrag)</li> <li>○ Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums</li> <li>○ Spezialisierungsdiplom(e) der einzelnen Ärztinnen/Ärzte</li> <li>○ Alle bereits bestehenden Bescheide (nur bei Erweiterung)</li> <li>○ Bei Spezialisierungsverbund: Bestätigungen aller Rechtsrägerinnen/Rechtsräger</li> <li>○ Auflistung der Einrichtungen und Geräte sowie des Lehr- und Untersuchungsmaterials (nur bei Erstantrag)</li> </ul>

<b>15.</b>	<b>Datenschutzrechtliche Bestimmungen</b>
	<p>1. Im Zuge dieses Verfahrens bekanntgegebene Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, werden auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundeliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt zum Zweck der Abwicklung des eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung.</p> <p>2. Die allgemeinen Informationen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ zu den zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;</li><li>○ zum zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;</li><li>○ zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten finden Sie auf der Datenschutz-Informationssseite (<a href="https://datenschutz.stmk.gv.at">https://datenschutz.stmk.gv.at</a>).</li></ul> <p>Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>

<b>16.</b>	<b>Bestätigung der Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten:</b>
	<p>Die Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten und Beilagen wird bestätigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>

---

(Unterschrift/Stampiglie der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers )

**Unterzeichnerin/Unterzeichner** eingeben.

---

(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in  
Blockbuchstaben)

---

(Unterschrift der/des Spezialisierungsverantwortlichen)

**Unterzeichnerin/Unterzeichner** eingeben.

---

(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in  
Blockbuchstaben)