Bitte senden an:

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

Das Land Steiermark

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

Bitte beachten Sie:

Datumsformat: **tt.mm.jjjj**	☒ Zutreffendes ankreuzen

1.	**Spezialisierungsgebiete**
☐	Geriatrie
☐	Phoniatrie
☐	Handchirurgie
☐	Palliativmedizin
☐	Dermatohistopathologie
☐	Fachspezifische psychosomatische Medizin
☐	Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
☐	Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
☐	Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
☐	Neuropädiatrie
☐	Pädiatrische Kardiologie
☐	Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie
☐	Schlafmedizin
☐	Pädiatrische Nephrologie
☐	Pädiatrische Rheumatologie
☐	Pädiatrische Pneumologie
☐	Allergologie
☐	Neurologische Intensivmedizin

2.	**Erstmalige Beantragung oder Stellenerweiterung**
☐	Erstmalige Beantragung
☐	Stellenerweiterung

3.	**Spezialisierungsstätte**

3.1	Einrichtung	
☐	Ausbildungsstätte gemäß § 9 ÄrzteG 1998	
☐	Ausbildungsstätte gemäß § 10 ÄrzteG 1998	
☐	Lehrpraxis gemäß § 12 ÄrzteG 1998	
☐	Lehrgruppenpraxis gemäß § 12a ÄrzteG 1998	
☐	Lehrambulatorium gemäß § 13 ÄrzteG 1998	
☐	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.

4.	**Angaben zur Antragsstellerin/zum Antragssteller**

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

5.	**Angaben zum Antrag:**

5.1	Allgemeines	
	Gewünschtes Anerkennungsdatum:	**Datum** eingeben.

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

6.	**Spezialisierung vermittelt durch:**	
☐	nur antragstellende Spezialisierungsstätte	
☐	Spezialisierungsverbund	
	Bei Antwort Spezialisierungsverbund 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.	
	Spezialisierungsstätte	
	Bezeichnung der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers:	**Einrichtung** eingeben.
	Abteilung/Organisations-einheit/Department der Spezialisierungsstätte:	**Organisationseinheit** eingeben.

Adresse der Spezialisierungsstätte:	**Adresse** eingeben.

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

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

7.	**Spezialisierungsverantwortliche/Spezialisierungsverantwortlicher (§ 11b Abs 1 Z 2 ÄrzteG 1998):**	
	Familienname:	**Name** eingeben.
	Vorname:	**Vorname** eingeben.
	Titel vorgestellt:	**Titel** eingeben.
	Titel nachgestellt:	**Titel** eingeben.
	Fachärztin/Facharzt für:	**Fachärztin/Facharzt** eingeben.
	Spezialisierung in:	**Thema** eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	**Beschäftigungsausmaß** eingeben.
	Bereits an einer anderen Einrichtung als Spezialisierungsverantwortliche/Spezialisierungsverantwortlicher eingesetzt:	☐ Ja* ☐ Nein *Wenn Ja: Name/Bezeichnung der Einrichtung: **Name** eingeben. Beschäftigungsausmaß in Stunden: **Beschäftigungsausmaß** eingeben.

8.	Fachärztinnen/Fachärzte mit Spezialisierungsdiplom (§ 11b Abs 1 Z 1 ÄrzteG 1998)	
	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:	☐ Ja* ☐ 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:	☐ Ja* ☐ 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:	☐ Ja* ☐ Nein *Wenn Ja: Name/Bezeichnung der Einrichtung: **Name** eingeben. Beschäftigungsausmaß in Stunden: **Beschäftigungsausmaß** eingeben.

9.	**Abteilungsstruktur bzw. strukturelle Gegebenheiten der Spezialisierungsstätte**	
	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.

10.	**Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums (§ 11b Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998)**

Medizinisches Leistungsspektrum ist dem Antrag beigelegt:

☐ Ja ☐ Nein

Der Nachweis hinsichtlich der zu vermittelnden Fertigkeiten ist durch eine den Vorgaben des § 11b Abs. 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.

Vorzulegen sind eine vollständig befüllte Schablone, in der - bezogen auf die erforderlichen Organisationseinheiten der Spezialisierungsstelle und gegliedert nach den zu vermittelnden Fertigkeiten unter Heranziehung des Definitionenhandbuches für die ärztliche Aus- und Weiterbildung gemäß § 13d Abs. 1 ÄrzteG 1998– die Leistungszahlen gemäß § 11b Abs. 5 ÄrzteG 1998 den in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998 vorgesehenen Richtzahlen gegenübergestellt werden, sowie die nachvollziehbare, leistungsbezogen berechnete, beabsichtigte Zahl der Spezialisierungsstellen.

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at) 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 Gesundheitsrecht 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).

11.	**Für Lehr(gruppen)praxen oder Lehrambulatorien:** **Nachweis der erforderlichen Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz (§ 11b Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998)**

Es wird bestätigt, dass die Spezialisierungsstätte über die erforderliche, durchschnittliche Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz pro Quartal in einem Durchrechnungszeitraum von einem Jahr verfügt.

☐ Ja ☐ Nein

Anzahl dieser durchschnittlichen Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz: Text eingeben.

12.	**Nachweis über die erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte (§ 11b Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998)**

Es wird bestätigt, dass die Spezialisierungsstätte über alle zur Erreichung des Spezialisierungsziels erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt.

☐ Ja ☐ Nein

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.

13.	**Schriftliches Konzept (§ 11b Abs. 1 Z 5 ÄrzteG 1998)**
	Ein schriftliches Konzept ist dem Antrag beigelegt: ☐ Ja ☐ Nein Gemäß § 11b Abs. 1 Z 5 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 gem. der Verordnung § 11a Abs. 3 ÄrzteG 1998 zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt.

14.	**Notwendige Beilagen**
	○ Schriftliches Spezialisierungskonzept (nur bei Erstantrag)
	○ Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums
	○ Spezialisierungsdiplom(e) der einzelnen Ärztinnen/Ärzte
	○ Alle bereits bestehenden Bescheide (nur bei Erweiterung)
	○ Bei Spezialisierungsverbund: Bestätigungen aller Rechtsrägerinnen/Rechtsträger
	○ Auflistung der Einrichtungen und Geräte sowie des Lehr- und Untersuchungsmaterials (nur bei Erstantrag)

15.	**Datenschutzrechtliche Bestimmungen**
	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 zugrundliegenden 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. 2. Die allgemeinen Informationen ○ zu den zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit; ○ zum zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde; ○ zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten finden Sie auf der Datenschutz-Informationsseite (https://datenschutz.stmk.gv.at). Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden zur Kenntnis genommen. ☐ Ja ☐ Nein

16.	**Bestätigung der Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten:**
	Die Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten und Beilagen wird bestätigt. ☐ Ja ☐ Nein

(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)