

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 einer Lehrgruppenpraxis für Allgemeinmedizin  
gem. § 12a Ärztegesetz 1998**

Bitte beachten Sie:

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

1.	Angaben zur Antragsstellerin/zum Antragssteller	
	Firmenbuchname:	Namen eingeben.
	Vertretungsbefugnis:	Name eingeben.
	Telefon:	Telefonnummer eingeben.
	E-Mail:	E-Mail eingeben.
	Ordinationsanschrift:	Adresse eingeben.
	Datum der Niederlassung:	Datum eingeben.

2.	Gesellschafterinnen/Gesellschafter der Lehrgruppenpraxis
----	--

2.1	Ausbildungsverantwortliche/Ausbildungsverantwortlicher	
	Familienname:	Namen eingeben.
	Vorname:	Name eingeben.
	Titel vorgestellt:	Titel eingeben.
	Titel nachgestellt:	Titel eingeben.
	Geburtsdatum:	Geburtsdatum eingeben.
	Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin seit:	Datum eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

2.2	Stellvertretende Ausbildungsverantwortliche/Stellvertretender Ausbildungsverantwortlicher	
	Familienname:	<b>Namen</b> eingeben.
	Vorname:	<b>Name</b> eingeben.
	Titel vorgestellt:	<b>Titel</b> eingeben.
	Titel nachgestellt:	<b>Titel</b> eingeben.
	Geburtsdatum:	<b>Geburtsdatum</b> eingeben.
	Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin seit:	<b>Datum</b> eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	<b>Beschäftigungsausmaß</b> eingeben.

2.3	Weitere Gesellschafterinnen/Gesellschafter	
	Familienname:	<b>Namen</b> eingeben.
	Vorname:	<b>Name</b> eingeben.
	Titel vorgestellt:	<b>Titel</b> eingeben.
	Titel nachgestellt:	<b>Titel</b> eingeben.
	Geburtsdatum:	<b>Geburtsdatum</b> eingeben.
	Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin seit:	<b>Datum</b> eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	<b>Beschäftigungsausmaß</b> eingeben.

	Familienname:	<b>Namen</b> eingeben.
	Vorname:	<b>Name</b> eingeben.
	Titel vorgestellt:	<b>Titel</b> eingeben.
	Titel nachgestellt:	<b>Titel</b> eingeben.
	Geburtsdatum:	<b>Geburtsdatum</b> eingeben.
	Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin seit:	<b>Datum</b> eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	<b>Beschäftigungsausmaß</b> eingeben.

<b>3.</b>	<b>Angaben zum Antrag</b>
-----------	---------------------------

3.1	Allgemeines	
	Gewünschtes Anerkennungsdatum:	Datum eingeben.

3.2	Ausbildungsstellen	
	Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen:	Zahl eingeben.

<b>4.</b>	<b>Angaben zur Lehrgruppenpraxis</b>
-----------	--------------------------------------

4.1	Öffnungszeiten der Lehrgruppenpraxis	
	<b>Von hh:mm</b>	<b>Bis hh:mm</b>
	<b>Montag</b> Öffnungszeit eingeben.	Öffnungszeit eingeben.
	<b>Dienstag</b> Öffnungszeit eingeben.	Öffnungszeit eingeben.
	<b>Mittwoch</b> Öffnungszeit eingeben.	Öffnungszeit eingeben.
	<b>Donnerstag</b> Öffnungszeit eingeben.	Öffnungszeit eingeben.
	<b>Freitag</b> Öffnungszeit eingeben.	Öffnungszeit eingeben.

4.2	Bestätigung
	<p>Es wird bestätigt, dass in der Lehrgruppenpraxis eine Ausbildung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erfolgt und eine Kernausbildungszeit von mindestens 30 Wochenstunden (bei einer Vollzeitausbildung), jedenfalls aber die Ordinationszeiten umfasst. Zu den 30 Wochenstunden gehören neben den Öffnungszeiten der Ordination u.a. auch die tägliche Vor- und Nacharbeit, Besuche von Pflegeheimen, Visiten, Totenbeschauen u.Ä. Diese Tätigkeiten sind im Ausbildungskonzept angeführt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>
4.3	Kassenvertrag mit:
	<p><input type="checkbox"/> ÖGK  <input type="checkbox"/> BVAEB  <input type="checkbox"/> SVS  <input type="checkbox"/> andere SV  <input type="checkbox"/> Sonderverrechnungsbefugnisse für Nicht-Vertragsärztinnen/Vertragsärzte</p>
5.	<b>Nachweis über die erforderliche räumliche Ausstattung (§ 12a Abs. 2 Z 1 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Es wird bestätigt, dass die Lehrgruppenpraxis über die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche räumliche Ausstattung verfügt, sodass der ungestörte Kontakt der Turnusärztin/des Turnusarztes mit den Patientinnen/den Patienten möglich ist. Ein eigener Untersuchungsraum für die Nutzung durch die Turnusärztin/den Turnusarzt ist vorhanden. Ein Nachweis dieses Untersuchungsraumes ist dem Antrag beigefügt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>
6.	<b>Nachweis über die erforderliche apparative Ausstattung (§ 12a Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Es wird bestätigt, dass die Lehrgruppenpraxis über die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche apparative Ausstattung verfügt. Eine Liste dieser apparativen Ausstattung ist dem Antrag beigefügt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>
7.	<b>Nachweis über die erforderliche adäquate EDV-Ausstattung (§ 12a Abs. 2 Z 3 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Es wird bestätigt, dass die Lehrgruppenpraxis über eine entsprechende EDV- Ausstattung verfügt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Für die Kassenärztin/den Kassenarzt:  Die EDV-Ausstattung entspricht dem Gesamtvertrag.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>

<b>8.</b>	<b>Nachweis des Leistungsspektrums (§ 12a Abs. 2 Z 4 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Es wird bestätigt, dass die Lehrgruppenpraxis über ein ausreichendes Leistungsspektrum verfügt, um den Turnusärztinnen/Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den nachstehenden Fachgebieten in ambulanten Untersuchungen und Behandlungen zu vermitteln:</p> <p>Fachgebiet Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Es wird bestätigt, die Inhalte dieser Rasterzeugnisse detailliert zu kennen und diese im Rahmen der Lehrgruppenpraxis für Allgemeinmedizin den Turnusärztinnen/den Turnusärzten vermitteln zu können.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

<b>9.</b>	<b>Durchschnittliche Patientinnen/Patientenfrequenz pro Quartal (im Jahresdurchschnitt) (§ 12a Abs. 2 Z 5 ÄrzteG 1998)</b>
	<p><input type="checkbox"/> über 800</p> <p><input type="checkbox"/> zwischen 800 und 750</p> <p><input type="checkbox"/> unter 750</p> <p>Wenn zwischen 800 und 750: Teilnahme am Disease Management Programm:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Andere berücksichtigungswürdige Gründe für die Unterschreitung der erforderlichen Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz:</p> <p><b>Gründe</b> eingeben.</p>

<b>10.</b>	<b>Ausbildungskonzept (§ 12a Abs. 2 Z 6 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Ein Ausbildungskonzept ist dem Antrag beigelegt:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Gemäß § 12a Abs. 2 Z 6 ÄrzteG 1998 hat die Antragstellerin/der Antragssteller im Zuge der Anerkennung als Lehrgruppenpraxis ein Ausbildungskonzept vorzulegen, dass die Vermittlung der nach Inhalt und Umfang erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten gemäß den Verordnungen gemäß §§ 24 bis 26 sowie die Durchführung eines strukturierten Evaluierungsgesprächs zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt.</p>

<b>11.</b>	<b>Berufserfahrung (§ 12a Abs. 2 Z 7 ÄrzteG 1998)</b>
<p>Zum Zeitpunkt der Antragstellung verfügen nachstehende Gesellschafterinnen/Gesellschafter über eine Berufserfahrung von mindestens drei Jahren als niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin oder als freiberufliche Ärztin/freiberuflicher Arzt für Allgemeinmedizin:</p>	
Name	Namen eingeben.

<b>12</b>	<b>Lehrpraxisleitungsseminar (§ 12a Abs. 2 Z 8 ÄrzteG 1998)</b>
<p>Die Bestätigungen über die Absolvierung des Lehrpraxisleitungsseminars sind dem Antrag beigelegt:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Die Ausbildungsverantwortliche/der Ausbildungsverantwortliche hat ein von der Österreichischen Ärztekammer anerkanntes Lehrpraxisleitungsseminar im Ausmaß von 12 Stunden, in welchem auch Kenntnisse über die Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen vermittelt wurden, erfolgreich absolviert.</p>	

<b>13.</b>	<b>Nachweis über Kenntnisse der Grundlagen der Gesundheitsökonomie (§ 12a Abs. 2 Z 9 ÄrzteG 1998)</b>
<p>Die Ausbildungsverantwortliche/der Ausbildungsverantwortliche verfügt über die erforderlichen Kenntnisse der Grundlagen der Gesundheitsökonomie.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja: Wie wurden diese Erkenntnisse erworben?</p> <p>○ Durch einen Kurs                      <input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>○ Durch Selbststudium                      <input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>○ Sonstiger Nachweis: <b>Text</b> eingeben.</p>	

<b>14.</b>	<b>Nachweis über ein gültiges Fortbildungsdiplom (§ 12a Abs. 2 Z 10 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Die Ausbildungsverantwortliche/der Ausbildungsverantwortliche verfügt über ein gültiges Fortbildungsdiplom gemäß der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über ärztliche Fortbildung. Dieses Fortbildungsdiplom ist dem Antrag beigelegt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>
<b>15.</b>	<b>Grundsätze der ökonomischen Verschreibweise von Nachfolgeprodukten (§ 12a Abs. 2 Z 11 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Die Lehrgruppenpraxis befolgt die Grundsätze der ökonomischen Verschreibweise von Nachfolgeprodukten.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>
<b>16.</b>	<b>Sozialversicherungsträger</b>
	<p>Wurde der Lehrgruppenpraxis der Einzelvertrag mit einem Sozialversicherungsträger innerhalb der letzten 15 Jahre gekündigt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>
	<p>Liegt gegen die Lehrgruppenpraxis eine rechtskräftige Entscheidung zur Honorarrückzahlung nach Einleitung eines Schiedskommissionsverfahrens vor der paritätischen Schiedskommission gemäß § 344 ASVG der letzten 5 Jahre vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>
<b>17.</b>	<b>Notwendige Beilagen</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nachweis über die Verfügbarkeit eines eigenen Untersuchungsraums für die Turnusärztin/den Turnusarzt</li> <li>○ Auflistung der zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen apparativen Ausstattung</li> <li>○ Nachweis der Vermittelbarkeit des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (=Leistungszahlen) in den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Haut- und Geschlechtskrankheiten</li> <li>○ Ausbildungskonzept, das u.a. die Vermittlung der Lerninhalte gem. ÄrzteG 1998 zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt</li> <li>○ Nachweis über die mindestens dreijährige Berufserfahrung als niedergelassene oder freiberufliche Ärztin/niedergelassener oder freiberuflicher Arzt</li> <li>○ Bestätigung über Absolvierung des Lehrpraxisleitungsseminars mit den vorgeschriebenen Inhalten gem. ÄrzteG 1998</li> <li>○ Nachweis/Ausführungen über den Erwerb der Kenntnisse der Grundlagen der Gesundheitsökonomie</li> <li>○ Kopie eines gültigen Fortbildungsdiploms</li> <li>○ Bereits bestehende Bescheide (bei Erweiterung)</li> </ul>

<b>18.</b>	<b>Datenschutzrechtlichen 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>19.</b>	<b>Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben</b>
	<p>Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben werden bestätigt:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>

---

( Unterschrift/Stampiglie )

---

**Unterzeichnerin/Unterzeichner** eingeben.  
(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in  
Blockbuchstaben)