**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 |

|  |  |
| --- | --- |
| **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: | Klicken Sie hier, um den **Namen** einzugeben. |
| Abteilung/Organisations-einheit: | Klicken Sie hier, um die **Organisationseinheit** einzugeben. |
| Adresse: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.1 | Rechtsträgerin/Rechtsträger | |
|  | Bezeichnung: | Klicken Sie hier, um die **Bezeichnung** einzugeben. |
|  | Adresse: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |
|  | E-Mail-Adresse: | Klicken Sie hier, um **E-Mail** einzugeben. |
|  | Telefonnummer für Rückfragen: | Klicken Sie hier, um **Telefonnummer** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **5.** | **Angaben zum Antrag:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.1 | Allgemeines | |
|  | Gewünschtes Anerkennungsdatum: | Klicken Sie hier, um **Datum** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.2 | Spezialisierungsstellen | |
|  | Anzahl der bereits festgesetzten Stellen: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. | |
|  | Anzahl der (zusätzlich) beantragten Stellen: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: | Klicken Sie hier, um **Einrichtung** einzugeben. |
|  | Abteilung/Organisations-einheit/Department der Spezialisierungsstätte: | Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Adresse der Spezialisierungsstätte: | Klicken Sie hier, um **Adresse** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Spezialisierungsstätte** | |
|  | Bezeichnung der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers | Klicken Sie hier, um **Einrichtung** einzugeben. |
|  | Abteilung/Organisations-einheit/Department der Spezialisierungsstätte: | Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Adresse der Spezialisierungsstätte: | Klicken Sie hier, um **Adresse** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Spezialisierungsstätte** | |
|  | Bezeichnung der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers | Klicken Sie hier, um **Einrichtung** einzugeben. |
|  | Abteilung/Organisations-einheit/Department der Spezialisierungsstätte: | Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Adresse der Spezialisierungsstätte: | Klicken Sie hier, um **Adresse** einzugeben. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8.** | | **Fachärztinnen/Fachärzte mit Spezialisierungsdiplom (§ 11b Abs 1 Z 1 ÄrzteG 1998)** | |
| Familienname: | | Klicken Sie hier, um **Name** einzugeben. |
| Vorname: | | Klicken Sie hier, um **Name** einzugeben. |
| Titel vorgestellt: | | Klicken Sie hier, um **Titel** einzugeben. |
| Titel nachgestellt: | | Klicken Sie hier, um **Titel** einzugeben. |
|  | | Fachärztin/Facharzt für: | Klicken Sie hier, um **Fachärztin/Facharzt** einzugeben. |
|  | | Spezialisierung in: | Klicken Sie hier, um **Spezialisierung** einzugeben. |
|  | | Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden: | Klicken Sie hier, um **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. |
|  | | Bereits bei einer anderen Spezialisierungsstätte eingesetzt: | Ja\*  Nein  \*Wenn Ja:   |  |  | | --- | --- | | Name/Bezeichnung der Einrichtung: | Klicken Sie hier, um **Name** einzugeben. | | Beschäftigungsausmaß in Stunden: | Klicken Sie hier, um **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | | Klicken Sie hier, um **Name** einzugeben. |
| Vorname: | | Klicken Sie hier, um **Name** einzugeben. |
| Titel vorgestellt: | | Klicken Sie hier, um **Titel** einzugeben. |
| Titel nachgestellt: | | Klicken Sie hier, um **Titel** einzugeben. |
|  | | Fachärztin/Facharzt für: | Klicken Sie hier, um **Fachärztin/Facharzt** einzugeben. |
|  | | Spezialisierung in: | Klicken Sie hier, um **Spezialisierung** einzugeben. |
|  | | Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden: | Klicken Sie hier, um **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. |
|  | | Bereits bei einer anderen Spezialisierungsstätte eingesetzt: | Ja\*  Nein  \*Wenn Ja:   |  |  | | --- | --- | | Name/Bezeichnung der Einrichtung: | Klicken Sie hier, um **Name** einzugeben. | | Beschäftigungsausmaß in Stunden: | Klicken Sie hier, um **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | | Klicken Sie hier, um **Name** einzugeben. |
| Vorname: | | Klicken Sie hier, um **Name** einzugeben. |
| Titel vorgestellt: | | Klicken Sie hier, um **Titel** einzugeben. |
| Titel nachgestellt: | | Klicken Sie hier, um **Titel** einzugeben. |
|  | | Fachärztin/Facharzt für: | Klicken Sie hier, um **Fachärztin/Facharzt** einzugeben. |
|  | | Spezialisierung in: | Klicken Sie hier, um **Spezialisierung** einzugeben. |
|  | | Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden: | Klicken Sie hier, um **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. |
|  | | Bereits bei einer anderen Spezialisierungsstätte eingesetzt: | Ja\*  Nein  \*Wenn Ja:   |  |  | | --- | --- | | Name/Bezeichnung der Einrichtung: | Klicken Sie hier, um **Name** einzugeben. | | Beschäftigungsausmaß in Stunden: | Klicken Sie hier, um **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.** | **Abteilungsstruktur bzw. strukturelle Gegebenheiten der Spezialisierungsstätte** | |
|  | Anzahl der Bettenstationen: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |
|  | Anzahl der Betten: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |
|  | Schwerpunkte: | Klicken Sie hier, um **Schwerpunkte** einzugeben. |
|  | Tagesklinik/Wochenklinik: | Klicken Sie hier, um **Tagesklinik/Wochenklinik** einzugeben. |
|  | Anzahl der ambulanten Patientinnen/Patienten pro Jahr: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |
|  | Anzahl der stationären Aufnahmen pro Jahr: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. 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.  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. 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 Zahl der Spezialisierungsstellen.  Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ([aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at](mailto: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 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). |

|  |  |
| --- | --- |
| **11.** | **Für Lehr(gruppen)praxen oder Lehrambulatorien:  Nachweis der erforderlichen Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz (§ 11b Abs. 1 Z 4 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: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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](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 der/des Spezialisierungsverantwortlichen) |
|  |
| Klicken Sie hier, um **Unterzeichnerin/Unterzeichner** einzugeben. |
| (Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben) |

|  |
| --- |
| (Unterschrift/Stampiglie der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers ) |
|  |
| Klicken Sie hier, um **Unterzeichnerin/Unterzeichner** einzugeben. |
| (Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben) |