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 einer Lehrpraxis in einem Sonderfach
gem. § 12 Ärztegesetz 1998

Bitte beachten Sie:

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

1.	**Angaben zur Antragsstellerin/zum Antragssteller**		
	Familienname:	**Namen** eingeben.	
	Vorname:	**Name** eingeben.	
	Titel vorgestellt:	**Titel** eingeben.	
	Titel nachgestellt:	**Titel** eingeben.	
	Geburtsdatum:	**Geburtsdatum** eingeben.	
	Telefon:	**Telefonnummer** eingeben.	
	E-Mail:	**E-Mail** eingeben.	
	Fachärztin/Facharzt für:	**Thema** eingeben.	seit: **Datum** eingeben.
	Ordinationsanschrift:	**Adresse** eingeben.	
	Datum der Niederlassung:	**Datum** eingeben.	
	Weitere berufliche Tätigkeiten als Ärztin/Arzt (u.a. Vertretungen):	**Text** eingeben.	seit: **Datum** eingeben.
		Text eingeben.	seit: **Datum** eingeben.
		Text eingeben.	seit: **Datum** eingeben.

2.	**Angaben zum Antrag**

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

2.2.	Sonderfach	
	Gewünschtes Sonderfach:	**Sonderfach** eingeben.

☐	SFG - Sonderfach-Grundausbildung	
	Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen:	☐ Ja ☐ Nein

☐	SFS - Sonderfachschwerpunktausbildung	
	Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen:	☐ Ja ☐ Nein
	Angabe der beantragten Module/Spezialgebiete:	
	Modul/Spezialgebiet 1:	**Bezeichnung** eingeben.
		Ausmaß eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 2:	**Bezeichnung** eingeben.
		Ausmaß eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 3:	**Bezeichnung** eingeben.
		Ausmaß eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 4:	**Bezeichnung** eingeben.
		Ausmaß eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 5:	**Bezeichnung** eingeben.
		Ausmaß eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 6:	**Bezeichnung** eingeben.
		Ausmaß eingeben.

Modul/Spezialgebiet 7:	**Bezeichnung** eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 8:	**Bezeichnung** eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 9:	**Bezeichnung** eingeben.
	Ausmaß eingeben.

3.	**Angaben zur Lehrpraxis**

3.1	Öffnungszeiten der Lehrpraxis

	Von hh:mm	**Bis hh:mm**
Montag	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.
Dienstag	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.
Mittwoch	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.
Donnerstag	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.
Freitag	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.

3.2	Bestätigung

Es wird bestätigt, dass in der Lehrpraxis 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.

☐ Ja ☐ Nein

3.3	Kassenvertrag mit:
	☐ ÖGK ☐ BVAEB ☐ SVS ☐ andere SV ☐ Sonderverrechungsbefugnisse für Nicht-Vertragsärztinnen/Vertragsärzte

4.	**Nachweis über die erforderliche räumliche Ausstattung (§ 12 Abs. 2 Z 1 ÄrzteG 1998)**
	Es wird bestätigt, dass die Lehrpraxis 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. ☐ Ja ☐ Nein

5.	**Nachweis über die erforderliche apparative Ausstattung (§ 12 Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998)**
	Es wird bestätigt, dass die Lehrpraxis über die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche apparative Ausstattung verfügt. Eine Liste dieser apparativen Ausstattung ist dem Antrag beigefügt. ☐ Ja ☐ Nein

6.	**Nachweis über die erforderliche adäquate EDV-Ausstattung (§ 12 Abs. 2 Z 3 ÄrzteG 1998)**
	Es wird bestätigt, dass die Lehrpraxis über eine entsprechende EDV- Ausstattung verfügt. ☐ Ja ☐ Nein Für die Kassenärztin/den Kassenarzt: Die EDV-Ausstattung entspricht dem Gesamtvertrag. ☐ Ja ☐ Nein

7.	**Nachweis des Leistungsspektrums (§ 12 Abs. 2 Z 4 ÄrzteG 1998)**
	Medizinisches Leistungsspektrum ist dem Antrag beigelegt: ☐ Ja ☐ Nein Es wird bestätigt, dass die Lehrpraxis über ein ausreichendes Leistungsspektrum verfügt, um den Turnusärztinnen/Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im beantragten Sonderfach in ambulanten Untersuchungen und Behandlungen zu vermitteln. Der Nachweis hinsichtlich der zu vermittelnden Fertigkeiten ist durch eine den Vorgaben des § 12 Abs. 2 Z 4 ÄrzteG 1998 entsprechend aufbereitete Darstellung des Leistungsspektrums zu erbringen, aus der die für die beantragte Anzahl von Ausbildungsstellen umfängliche und inhaltliche Vermittelbarkeit vollständig, nachvollziehbar und schlüssig hervorgeht.

8.	**Durchschnittliche Patientinnen/Patientenfrequenz pro Quartal (im Jahresdurchschnitt) (§ 12 Abs. 2 Z 5 ÄrzteG 1998)**
	☐ über 800 ☐ zwischen 800 und 750 ☐ unter 750 Wenn zwischen 800 und 750: Teilnahme am Disease Management Programm: ☐ Ja ☐ Nein Andere berücksichtigungswürdige Gründe für die Unterschreitung der erforderlichen Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz: **Gründe** eingeben.

9.	**Ausbildungskonzept (§ 12 Abs. 2 Z 6 ÄrzteG 1998)**
	Ein Ausbildungskonzept ist dem Antrag beigelegt: ☐ Ja ☐ Nein Gemäß § 12 Abs. 2 Z 6 ÄrzteG 1998 hat die Antragstellerin/der Antragssteller im Zuge der Anerkennung als Lehrpraxis 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.

10.	**Berufserfahrung (§ 12 Abs. 2 Z 7 ÄrzteG 1998)**
	Zum Zeitpunkt der Antragstellung kann eine Berufserfahrung von mindestens drei Jahren als niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt des beantragten Sonderfachs oder als freiberufliche Ärztin/freiberuflicher Arzt des beantragten Sonderfachs nachgewiesen werden. ☐ Ja ☐ Nein

11	**Lehrpraxisleitungsseminar (§ 12 Abs. 2 Z 8 ÄrzteG 1998)**
	Die Bestätigungen über die Absolvierung des Lehrpraxisleitungsseminars sind dem Antrag beigelegt: ☐ Ja ☐ Nein 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, wurde erfolgreich absolviert.

12.	**Nachweis über Kenntnisse der Grundlagen der Gesundheitsökonomie (§ 12 Abs. 2 Z 9 ÄrzteG 1998)**
	Die Antragsstellerin/der Antragssteller verfügt über die erforderlichen Kenntnisse der Grundlagen der Gesundheitsökonomie. ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Wie wurden diese Erkenntnisse erworben? o Durch einen Kurs ☐ Ja ☐ Nein o Durch Selbststudium ☐ Ja ☐ Nein o Sonstiger Nachweis: **Text** eingeben.

13.	**Nachweis über ein gültiges Fortbildungsdiplom (§ 12 Abs. 2 Z 10 ÄrzteG 1998)**
	Die Antragsstellerin/der Antragssteller verfügt über ein gültiges Fortbildungsdiplom gemäß der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über ärztliche Fortbildung. Dieses Fortbildungsdiplom ist dem Antrag beigefügt. ☐ Ja ☐ Nein

14.	**Grundsätze der ökonomischen Verschreibweise von Nachfolgeprodukten (§ 12 Abs. 2 Z 11 ÄrzteG 1998)**
	Die Antragsstellerin/der Antragssteller befolgt die Grundsätze der ökonomischen Verschreibweise von Nachfolgeprodukten. ☐ Ja ☐ Nein

15.	**Sozialversicherungsträger**
	Wurde der Antragsstellerin/dem Antragssteller der Einzelvertrag mit einem Sozialversicherungsträger innerhalb der letzten 15 Jahre gekündigt? ☐ Ja ☐ Nein
	Liegt gegen die Antragsstellerin/den Antragssteller eine rechtskräftige Entscheidung zur Honorarrückzahlung nach Einleitung eines Schiedskommissionsverfahrens vor der paritätischen Schiedskommission gemäß § 344 ASVG der letzten 5 Jahre vor? ☐ Ja ☐ Nein

16.	**Notwendige Beilagen**
	o Nachweis über die Verfügbarkeit eines eigenen Untersuchungsraums für die Turnusärztin/den Turnusarzt
	o Auflistung der zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen apparativen Ausstattung
	o Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (=Leistungszahlen) im beantragten Sonderfach
	o Ausbildungskonzept, das u.a. die Vermittlung der Lerninhalte gem. ÄrzteG 1998 zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt
	o Nachweis über die mindestens dreijährige Berufserfahrung als niedergelassene oder freiberufliche Ärztin/niedergelassener oder freiberuflicher Arzt
	o Bestätigung über Absolvierung des Lehrpraxisleitungsseminars mit den vorgeschriebenen Inhalten gem. ÄrzteG 1998
	o Kopie eines gültigen Fortbildungsdiploms
	o Bereits bestehende Bescheide (bei Erweiterung)

17.	**Datenschutzrechtlichen 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

18.	**Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben**

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben werden bestätigt:

☐ Ja ☐ Nein

(Unterschrift/Stampiglie)

Unterzeichnerin/Unterzeichner eingeben.

(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben)