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 Lehrambulatorium gemäß § 13 ÄrzteG 1998

Bitte beachten Sie:

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

| | |
|---|---|
| **1.** | **Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller** |

| | | |
|---|---|---|
| 1.1 | Rechtsträgerin/Rechtsträger | |
| | Bezeichnung: | **Bezeichnung** eingeben. |
| | Adresse: | **Adresse** eingeben. |
| | Einrichtung: | **Einrichtung** eingeben. |

| | | |
|---|---|---|
| 1.2 | Kontaktperson | |
| | Name: | **Namen** eingeben. |
| | Telefonnummer: | **Telefonnummer** eingeben. |
| | E-Mail: | **E-Mail** eingeben. |

| | |
|---|---|
| **2.** | **Nachweis der Personal und Abteilungsstruktur (§ 13 Abs. 2 Z 1 und 2 ÄrzteG 1998)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.1 | Ausbildungsverantwortliche/Ausbildungsverantwortlicher | | |
| | Familienname: | **Namen** eingeben. | |
| | Vorname: | **Name** eingeben. | |
| | Titel vorgestellt: | **Titel** eingeben. | |
| | Titel nachgestellt: | **Titel** eingeben. | |
| | Geburtsdatum: | **Geburtsdatum** eingeben. | |
| | (Fach-)Ärztin/(Fach-)Arzt für: | **Fachärztin/Facharzt** eingeben. | seit: **Datum** eingeben. |

| | | |
|---|---|---|
| | Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden: | **Beschäftigungsausmaß** eingeben. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.2 | Stellvertretende Ausbildungsverantwortliche/Stellvertretender Ausbildungsverantwortlicher | | |
| | Familienname: | **Namen** eingeben. | |
| | Vorname: | **Name** eingeben. | |
| | Titel vorgestellt: | **Titel** eingeben. | |
| | Titel nachgestellt: | **Titel** eingeben. | |
| | Geburtsdatum: | **Geburtsdatum** eingeben. | |
| | (Fach-)Ärztin/(Fach-)Arzt für: | **Fachärztin/Facharzt** eingeben. | seit: **Datum** eingeben. |
| | Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden: | **Beschäftigungsausmaß** eingeben. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.3 | Weitere (Fach-)Ärztinnen/(Fach-)Ärzte | | |
| | Familienname: | **Namen** eingeben. | |
| | Vorname: | **Name** eingeben. | |
| | Titel vorgestellt: | **Titel** eingeben. | |
| | Titel nachgestellt: | **Titel** eingeben. | |
| | Geburtsdatum: | **Geburtsdatum** eingeben. | |
| | (Fach-)Ärztin/(Fach-)Arzt für: | **Fachärztin/Facharzt** eingeben. | seit: **Datum** eingeben. |
| | Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden: | **Beschäftigungsausmaß** eingeben. | |

| | | |
|---|---|---|
| Familienname: | **Namen** eingeben. | |
| Vorname: | **Name** eingeben. | |
| Titel vorgestellt: | **Titel** eingeben. | |
| Titel nachgestellt: | **Titel** eingeben. | |
| Geburtsdatum: | **Geburtsdatum** eingeben. | |
| (Fach-)Ärztin/(Fach-)Arzt für: | **Fachärztin/Facharzt** eingeben. | seit: **Datum** eingeben. |
| Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden: | **Beschäftigungsausmaß** eingeben. | |

| 2. | **Angaben zum Antrag** |
|---|---|

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

| 2.2 | Fachgebiet | |
|---|---|---|

| ☐ | Allgemeinmedizin | |
|---|---|---|
| | Gewünschtes Teilgebiet: | **Teilgebiet** eingeben. |
| | Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen: | **Zahl** eingeben. |
| | Zahl der bereits bestehenden Ausbildungsstellen: | **Zahl** eingeben. |

| ☐ | Sonderfach | |
|---|---|---|
| | Gewünschtes Sonderfach: | **Sonderfach** eingeben. |

| ☐ | SFG - Sonderfach-Grundausbildung | |
|---|---|---|
| | Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFG: | **Zahl** eingeben. |
| | Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen: | ☐ Ja ☐ Nein |

| ☐ | SFS - Sonderfachschwerpunktausbildung | |
|---|---|---|
| | Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFS: | **Zahl** eingeben. |
| | Flexible Besetzung gewünscht: | ☐ Ja ☐ Nein |
| | 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 zum Lehrambulatorium** |
|---|---|

| 3.1 | Öffnungszeiten des Lehrambulatoriums |
|---|---|

| | **Von**<br>**hh:mm** | **Bis**<br>**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 (§ 13 Abs. 7 ÄrzteG 1998) |
|---|---|

Es wird bestätigt, dass die praktische Ausbildung im Lehrambulatorium möglichst gleichmäßig bei einer Kernausbildungszeit von 35 Wochenstunden (bei einer Vollzeitbeschäftigung) untertags auf die Arbeitstage der Woche aufgeteilt ist und die Ausbildung der Turnusärztin/des Turnusarztes möglichst in den Hauptdienstzeiten, in denen der überwiegende Teil des fachärztlichen Stammpersonals im Lehrambulatorium anwesend ist, absolviert wird. Von den 35 Wochenstunden werden daher jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 7.00 Uhr und 16.00 Uhr absolviert.

☐ Ja ☐ Nein

| 3.3 | Kassenvertrag mit: |
|---|---|

☐ ÖGK
☐ BVAEB
☐ SVS
☐ andere SV
☐ Sonderverrechungsbefugnisse für Nicht-Vertragsärztinnen/Vertragsärzte
☐ kein Kassenvertrag vorhanden

| 4. | **Nachweis über die erforderliche räumliche Ausstattung (§ 13 Abs. 2 Z 3 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|
| | Es wird bestätigt, dass das Lehrambulatorium 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.<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

| 5. | **Nachweis über die erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte (§ 13 Abs. 2 Z 4 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|
| | Es wird bestätigt, dass das Lehrambulatorium über die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt.<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

| 6. | **Nachweis über die erforderliche adäquate EDV-Ausstattung (§ 13 Abs. 2 Z 5 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|
| | Es wird bestätigt, dass das Lehrambulatorium über eine entsprechende EDV- Ausstattung verfügt. Ein entsprechender Nachweis liegt bei.<br><br>☐ Ja ☐ Nein<br><br>Bei Vorliegen eines Kassenvertrages:<br>Die EDV-Ausstattung entspricht dem Gesamtvertrag.<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

| 7. | **Nachweis des Leistungsspektrums (§ 13 Abs. 2 Z 6 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|
| | Medizinisches Leistungsspektrum ist dem Antrag beigelegt:<br><br>☐ Ja ☐ Nein<br><br>Es wird bestätigt, dass das Lehrambulatorium über ein ausreichendes Leistungsspektrum verfügt, um den Turnusärztinnen/Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in ambulanten Untersuchungen und Behandlungen zu vermitteln:<br><br>☐ Ja ☐ Nein<br><br>Der Nachweis hinsichtlich der zu vermittelnden Fertigkeiten ist durch eine 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 Patientinnenfrequenz/Patientenfrequenz pro Quartal (im Jahresdurchschnitt) (§ 13 Abs. 2 Z 7 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 (§ 13 Abs. 2 Z 8 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|

Ein Ausbildungskonzept ist dem Antrag beigelegt:

☐ Ja ☐ Nein

Gemäß § 13 Abs. 2 Z 8 ÄrzteG 1998 hat die Antragstellerin/der Antragssteller im Zuge der Anerkennung als Lehrambulatorium ein schriftliches 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. | **Lehrpraxisleitungsseminar (§ 13 Abs. 2 Z 9 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|

Die Bestätigungen über die Absolvierung des Lehrpraxisleitungsseminars sind dem Antrag beigelegt:

☐ Ja ☐ Nein

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.

| 11. | **Nachweis über Kenntnisse der Grundlagen der Gesundheitsökonomie (§ 13 Abs. 2 Z 10 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|
| | Die Ausbildungsverantwortliche/der Ausbildungsverantwortliche verfügt über die erforderlichen Kenntnisse der Grundlagen der Gesundheitsökonomie.<br><br>☐ Ja ☐ Nein<br><br>Wenn ja: Wie wurden diese Erkenntnisse erworben?<br><br>o Durch einen Kurs ☐ Ja ☐ Nein<br><br>o Durch Selbststudium ☐ Ja ☐ Nein<br><br>o Sonstiger Nachweis: **Text** eingeben. |

| 12. | **Nachweis über ein gültiges Fortbildungsdiplom (§ 13 Abs. 2 Z 11 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|
| | Die Ausbildungsverantwortliche/der Ausbildungsverantwortliche verfügt über ein gültiges Fortbildungsdiplom gemäß der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über ärztliche Fortbildung. Dieses Fortbildungsdiplom ist dem Antrag beigefügt.<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

| 13. | **Grundsätze der ökonomischen Verschreibweise von Nachfolgeprodukten (§ 13 Abs. 2 Z 12 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|
| | Das Lehrambulatorium befolgt die Grundsätze der ökonomischen Verschreibweise von Nachfolgeprodukten.<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

| 14. | **Sozialversicherungsträger (nur bei Vorliegen eines Kassenvertrages auszufüllen)** |
|---|---|
| | Wurde dem Lehrambulatorium der Einzelvertrag mit einem Sozialversicherungsträger innerhalb der letzten 15 Jahre gekündigt?<br><br>☐ Ja ☐ Nein |
| | Liegt gegen das Lehrambulatorium eine rechtskräftige Entscheidung zur Honorarrückzahlung nach Einleitung eines Schiedskommissionsverfahrens vor der paritätischen Schiedskommission gemäß § 344 ASVG der letzten 5 Jahre vor?<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

| 15. | **Notwendige Beilagen** |
|---|---|
| | ○ Nachweis über die Verfügbarkeit eines eigenen Untersuchungsraums für die Turnusärztin/den Turnusarzt (Fotos/Grundrissplan) |
| | ○ Auflistung der zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte |
| | ○ Nachweis über die erforderliche adäquate EDV-Ausstattung |
| | ○ Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (=Leistungszahlen) in Allgemeinmedizin/ im beantragten Sonderfach |
| | ○ Ausbildungskonzept, das u.a. die Vermittlung der Lerninhalte gem. ÄrzteG 1998 zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt |
| | ○ Bestätigung über Absolvierung des Lehrpraxisleitungsseminars mit den vorgeschriebenen Inhalten gem. ÄrzteG 1998 |
| | ○ Kopie eines gültigen Fortbildungsdiploms der Ausbildungsverantwortlichen/des Ausbildungsverantwortlichen |
| | ○ Bereits bestehende Bescheide (nur bei Erweiterung) |

| 16. | **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.<br>2. Die allgemeinen Informationen<br>○ zu den zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;<br>○ zum zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;<br>○ zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten finden Sie auf der Datenschutz-Informationsseite (https://datenschutz.stmk.gv.at).<br><br>Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden zur Kenntnis genommen.<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

| 17. | **Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben** |
|---|---|
| | Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben werden bestätigt:<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

(Unterschrift/Stampiglie)

**Unterzeichnerin/Unterzeichner** eingeben.

(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben)

(Unterschrift/Stampiglie der Rechtsrägerin/des Rechtsträgers)

**Unterzeichnerin/Unterzeichner** eingeben.

(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben)