



**Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur Tätigkeit als Ärztin oder Arzt zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Appenzel Ausserrhoden auf folgendem Fachgebiet:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergologie und klinische Immunologie            | <input type="checkbox"/> Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie                             |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Innere Medizin                         | <input type="checkbox"/> Nephrologie  |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie                                   | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie   |
| <input type="checkbox"/> Angiologie  | <input type="checkbox"/> Neurologie   |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin                                    | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie   | <input type="checkbox"/> Ophthalmologie   |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie und Venerologie                      | <input type="checkbox"/> Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologie/Diabetologie                       | <input type="checkbox"/> Oto-Rhino-Laryngologie   |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie                                 | <input type="checkbox"/> Pathologie   |
| <input type="checkbox"/> Gefässchirurgie                                   | <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Medizin  |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie und Geburtshilfe                      | <input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation                         |
| <input type="checkbox"/> Hämatologie                                       | <input type="checkbox"/> Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie             |
| <input type="checkbox"/> Handchirurgie                                     | <input type="checkbox"/> Pneumologie  |
| <input type="checkbox"/> Herz- und thorakale Gefässchirurgie               | <input type="checkbox"/> Praktische Ärztin oder Praktischer Arzt                          |
| <input type="checkbox"/> Infektiologie                                     | <input type="checkbox"/> Prävention und Public Health                                     |
| <input type="checkbox"/> Intensivmedizin                                   | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie                                   |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie                                       | <input type="checkbox"/> Radiologie   |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin                         | <input type="checkbox"/> Radio-Onkologie/Strahlentherapie                                 |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin  |
| <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie                                   | <input type="checkbox"/> Rheumatologie  |
| <input type="checkbox"/> Klinische Pharmakologie und Toxikologie           | <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie  |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Genetik                              | <input type="checkbox"/> Tropen- und Reisemedizin   |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie                            | <input type="checkbox"/> Urologie   |



## 1 Angaben zur Person

### 1.1 Personalien

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
GLN-Nr.<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

### 1.2 Wohnadresse

Strasse \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_  
Mobile Privat \_\_\_\_\_  
E-Mail Privat \_\_\_\_\_

## 2 Institution / Praxis im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Name der Institution / Praxis \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_  
allgemeine E-Mail Institution<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
persönliche E-Mail Institution<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

## 3 Prüfung der Voraussetzungen

### 3.1 Persönliche Voraussetzungen

Wurde Ihnen die Bewilligung zur Tätigkeit als Ärztin oder Arzt zulasten der Ja  Nein   
obligatorischen Krankenpflegeversicherung in einem anderen Kanton eingeschränkt,  
verweigert oder entzogen?

Wenn die Frage mit ja beantwortet wird, bitten wir Sie um eine schriftliche Begründung. Bitte legen Sie uns auch die Verfahrensakten bei.

### 3.2 Berufsausübungsbewilligung des Kantons Appenzell Ausserrhoden

Ich bestätige, dass ich über eine Berufsausübungsbewilligung im Kanton Appenzell Ausserrhoden verfüge.

<sup>1</sup> Kann dem MedReg <https://www.medregom.admin.ch> entnommen werden.

<sup>2</sup> Verschlüsselt über HIN oder anderen Anbieter - zum datenschutzkonformen Versand sensibler Daten



Ich bestätige, ein Gesuch um Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung im Kanton Appenzell Ausserrhoden gestellt zu haben.

Datum der Gesuchstellung: \_\_\_\_\_

**3.3 Weiterbildung auf dem Fachgebiet, in dem die Zulassung beantragt wird**

Weiterbildungstitel \_\_\_\_\_

Ausstellende Stelle \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass der Weiterbildungstitel im MedReg eingetragen ist.<sup>3</sup>

**3.4 3-jährige Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte**

Ich bestätige, dass ich in einem Pensum von 100% mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet habe.

Name der Weiterbildungsstätte nach SIWF \_\_\_\_\_  
Fachgebiet \_\_\_\_\_ Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name der Weiterbildungsstätte nach SIWF \_\_\_\_\_  
Fachgebiet \_\_\_\_\_ Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**3.5 Sprachkompetenz**

Ich bestätige, dass ich:

- über eine schweizerische gymnasiale Maturität mit Deutsch als Grundlagenfach verfüge.
- über ein in Deutsch erworbenes eidgenössisches Diplom als Ärztin oder Arzt verfüge.
- über ein in Deutsch erworbenes und in der Schweiz anerkanntes Diplom als Ärztin oder Arzt verfüge.

Ich bestätige, dass ich über die Sprachkompetenzen C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen verfüge.

**3.6 Elektronisches Patientendossier**

Ich bestätige, dass ich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für das elektronische Patientendossier angeschlossen bin.

Name der zertifizierten EPD-(Stamm-)Gemeinschaft<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Aufnahmeprozess abgeschlossen am (Datum) \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Ihr Weiterbildungstitel muss im MedReg eingetragen sein. Prüfen Sie unter [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch), ob dies der Fall ist. Wenn nicht, setzen Sie sich mit der Medizinalberufekommision (MEBEKO; Bundesamt für Gesundheit) in Verbindung.

<sup>4</sup> Die EPD-(Stamm-)Gemeinschaften muss zum Zeitpunkt der Einreichung des Gesuchs zertifiziert sein.



#### **4 Qualitätsanforderungen<sup>5</sup>**

##### **4.1 Qualifiziertes Personal**

Ich verfüge über das erforderliche qualifizierte Personal, um die Leistungen nach KVG erbringen zu können.

##### **4.2 Qualitätsmanagementsystem**

Ich verfüge über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.

##### **4.3 Berichts- und Lernsystem**

Ich verfüge über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem.

##### **4.4 Anschluss an ein Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen**

Ich bin einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen: Ja  Nein

Wenn Ja: Name des Netzwerks \_\_\_\_\_

Wenn Nein: Begründung \_\_\_\_\_

##### **4.5 Ausstattung zur Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen**

Ich verfüge über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

Welche Primärsysteme und Austauschformate werden verwendet? Wie ist die Mehrfachnutzung der Daten sichergestellt?

---

---

---

---

<sup>5</sup> Sehen Sie dazu das Merkblatt "Zulassung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): Häufig gestellte Fragen (FAQ)": <https://www.ar.ch/verwaltung/departement-gesundheit-und-soziales/amt-fuer-gesundheit/abteilung-medizinische-dienste/fachstelle-gesundheitsfachpersonen/bewilligung-meldung/>



### **Vollständigkeit der Unterlagen und Dauer der Bearbeitung**

Das Gesuch wird erst nach Vorliegen sämtlicher Unterlagen geprüft. Die Bearbeitung des Gesuchs dauert ab dem Zeitpunkt, in welchem alle Unterlagen vollständig vorliegen, in der Regel vier Wochen. Die amtliche Verfügung wird Ihnen per Post an Ihre Wohnadresse in der Schweiz zugestellt.

Bitte geben Sie eine Zustelladresse in der Schweiz an, wenn Sie im Ausland wohnhaft sind:

---

### **Gebühren**

Eine Gesuchstellung ist kostenpflichtig. Für die Erteilung oder Verweigerung der Bewilligung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Appenzell Ausserrhoden wird der gesuchstellenden Person in der Regel eine Gebühr von Fr. 300.00 verrechnet.

Bitte geben Sie eine Rechnungsadresse in der Schweiz an, wenn Sie im Ausland wohnhaft sind:

---

### **Hinweis**

Sämtliche Änderungen bei den erfragten Angaben und den eingereichten Unterlagen sind meldepflichtig.

Der Kanton weist die Antragstellenden darauf hin, dass sie neben der Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV auch die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung nach Art. 58a Abs. 6 KVG befolgen müssen, sobald entweder ein entsprechender Qualitätsvertrag im Sinn von Art. 58a KVG abgeschlossen und vom Bundesrat genehmigt worden ist oder der Bundesrat – beim Fehlen eines Qualitätsvertrags – die entsprechenden Regeln festgelegt hat. Als Leistungserbringer müssen Sie sich an die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung halten, unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft.

### **Bestätigung**

Die/der Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie ermächtigen zudem die Bewilligungsbehörde, Auskünfte über Sie bei Institutionen, die ihre Diplome und Titel oder deren Äquivalent ausgestellt haben, sowie bei Arbeitgebern und Behörden einzuholen.

Ort, Datum

---

Unterschrift <sup>6</sup>

---

---

<sup>6</sup> Das Gesuch muss von der Gesundheitsfachperson, welche um Erteilung einer Bewilligung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Appenzell Ausserrhoden ersucht, persönlich unterzeichnet werden.



## Anhang. Beilagen zum Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur Tätigkeit als Ärztin oder Arzt zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Appenzel Ausserrhoden

**Hinweis:** Fremdsprachige Dokumente sind in einer beglaubigten Übersetzung auf Deutsch einzureichen.

### Nachweis der erforderlichen Weiterbildung

#### Bei einem eidgenössischen Weiterbildungstitel

- Nachweis eidgenössischer Weiterbildungstitel Kopie / PDF

#### Bei einem ausländischen Weiterbildungstitel

- Nachweis ausländischer Weiterbildungstitel Kopie / PDF
- Nachweis Anerkennung der Gleichwertigkeit durch die Medizinalberufekommission (MEBEKO) mitsamt Begleitschreiben (Bundesamt für Gesundheit, Medizinalberufekommission, 3003 Bern) Kopie / PDF

### Bestätigung Tätigkeit an einer Weiterbildungsstätte

- Bestätigung der mindestens dreijährigen Tätigkeit in einem Pensum von 100% an einer vom SIWF anerkannten Weiterbildungsstätte/Institution (Name der Weiterbildungsstätte, Fachgebiet, Dauer und Pensum muss auf dem Nachweis ersichtlich sein) Kopie / PDF

### Nachweis Sprachkompetenz (nur ein Nachweis einreichen)

- Maturitätszeugnis (es muss ersichtlich sein, dass Deutsch ein Grundlagenfach war) **oder** Kopie / PDF
- Eidgenössisches Arztdiplom (es muss ersichtlich sein, dass es in Deutsch erworben wurde) **oder** Kopie / PDF
- Anerkanntes ausländisches Arztdiplom (es muss ersichtlich sein, dass es in Deutsch erworben wurde) **oder** Kopie / PDF
- International anerkanntes Sprachdiplom Deutsch Niveaustufe C1 (es muss in der Schweiz absolviert worden sein) Kopie / PDF

### Elektronisches Patientendossier

- Vertrag mit der EPD-(Stamm-)Gemeinschaft Kopie / PDF



## Qualitätsanforderungen<sup>7</sup>

### Qualifiziertes Personal

- Organigramm oder Stellenplan (Auflistung der beschäftigten Personen mit Name, Berufsgruppe / fachliche Qualifikationen, Arbeitspensum und Funktion) Kopie / PDF

### Qualitätsmanagementsystem

- Titelblatt und Inhaltsverzeichnis Ihres Qualitätsmanagementsystems Kopie / PDF

### Berichts- und Lernsystem

- Prozess für den Umgang mit unerwünschten Ereignissen Kopie / PDF

---

<sup>7</sup> Sehen Sie dazu das Merkblatt "Zulassung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): Häufig gestellte Fragen (FAQ)": <https://www.ar.ch/verwaltung/departement-gesundheit-und-soziales/amt-fuer-gesundheit/abteilung-medizinische-dienste/fachstelle-gesundheitsfachpersonen/bewilligung-meldung/>