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 Festsetzung von weiteren Ausbildungsstellen als Fachärztin/Facharzt

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. |

| 1.2 | Einrichtung | |
|---|---|---|
| ☐ | Krankenanstalt: | **Adresse** eingeben. |
| | | **Abteilung/Organisationseinheit** eingeben. |
| ☐ | Universitätsklinik: | **Adresse** eingeben. |
| | | **(Klinische) Abteilung/Department** eingeben. |
| ☐ | Sonstige Organisationseinheit von medizinischen Universitäten: | **Adresse** eingeben. |
| | | **Organisationseinheit** eingeben. |
| ☐ | Sonderkrankenanstalt: | **Adresse** eingeben. |
| | | **Organisationseinheit** eingeben. |
| ☐ | Selbstständiges Ambulatorium: | **Adresse** eingeben. |
| | | **Organisationseinheit** eingeben. |
| ☐ | Untersuchungsanstalt der Gesundheitsverwaltung: | **Adresse** eingeben. |
| | | **Organisationseinheit** eingeben. |

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | Arbeitsmedizinisches Zentrum: | **Adresse** eingeben. |
| | | **Organisationseinheit** eingeben. |
| ☐ | Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher: | **Adresse** eingeben. |
| | | **Organisationseinheit** eingeben. |
| ☐ | Krankenabteilung einer Justizanstalt: | **Adresse** eingeben. |
| | | **Organisationseinheit** eingeben. |

| 1.3 | Fachgebiet |
|---|---|
| ☐ | Anästhesiologie und Intensivmedizin |
| ☐ | Anatomie |
| ☐ | Arbeitsmedizin und angewandte Physiologie |
| ☐ | Augenheilkunde und Optometrie |
| ☐ | Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie |
| ☐ | Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie |
| ☐ | Herzchirurgie |
| ☐ | Kinder- und Jugendchirurgie |
| ☐ | Neurochirurgie |
| ☐ | Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie |
| ☐ | Thoraxchirurgie |
| ☐ | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| ☐ | Gerichtsmedizin |
| ☐ | Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde |
| ☐ | Haut- und Geschlechtskrankheiten |
| ☐ | Histologie, Embryologie und Zellbiologie |
| ☐ | Innere Medizin |
| ☐ | Innere Medizin und Angiologie |

| | |
|---|---|
| ☐ | Innere Medizin und Endkrinologie und Diabetologie |
| ☐ | Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie |
| ☐ | Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie |
| ☐ | Innere Medizin und Infektiologie |
| ☐ | Innere Medizin und Intensivmedizin |
| ☐ | Innere Medizin und Kardiologie |
| ☐ | Innere Medizin und Nephrologie |
| ☐ | Innere Medizin und Pneumologie |
| ☐ | Innere Medizin und Rheumatologie |
| ☐ | Kinder- und Jugendheilkunde |
| ☐ | Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin |
| ☐ | Klinische Immunologie |
| ☐ | Klinische Immunologie und Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin |
| ☐ | Klinische Pathologie und Molekularpathologie |
| ☐ | Klinische Pathologie und Neuropathologie |
| ☐ | Klinische Mikrobiologie und Hygiene |
| ☐ | Klinische Mikrobiologie und Virologie |
| ☐ | Medizinische Genetik |
| ☐ | Medizinische und Chemische Labordiagnostik |
| ☐ | Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie |
| ☐ | Neurologie |
| ☐ | Nuklearmedizin |
| ☐ | Orthopädie und Traumatologie |
| ☐ | Pharmakologie und Toxikologie |
| ☐ | Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation |
| ☐ | Physiologie und Pathophysiologie |

| | |
|---|---|
| ☐ | Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin |
| ☐ | Public Health |
| ☐ | Radiologie |
| ☐ | Strahlentherapie-Radioonkologie |
| ☐ | Transfusionsmedizin |
| ☐ | Urologie |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | SFG - Sonderfach-Grundausbildung | |
| | Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFG: | **Zahl** eingeben. |
| | Gewünschtes Ausbildungsausmaß/Monate: | **Ausbildungsausmaß** eingeben. |
| | Zahl der bereits bestehenden Ausbildungsstellen SFG: | **Anzahl** eingeben. |
| | | Flexibel besetzt: ☐ Ja ☐ Nein |
| | Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen: | ☐ Ja ☐ Nein |

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | SFS - Sonderfachschwerpunktausbildung | |
| | Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFS: | **Zahl** eingeben. |
| | Gewünschtes Ausbildungsausmaß/Monate: | **Ausbildungsausmaß** eingeben. |
| | Zahl der bereits bestehenden Ausbildungsstellen SFS: | **Zahl** eingeben. |
| | | Flexibel besetzt: ☐ Ja ☐ Nein |
| | 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. | **Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur (§ 10 Abs. 2 Z 1 ÄrzteG 1998)** |
|---|---|

| 3.1 | Personelle Besetzung |
|---|---|

| 3.1.1 | Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit | |
|---|---|---|
| | Name: | **Namen** eingeben. |
| | Fachärztin/Facharzt für: | **Fachgebiet** eingeben. |
| | Beschäftigungsausmaß in Stunden: | **Beschäftigungsausmaß** eingeben. |

| 3.1.2 | Stv. Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit (Stv. Ausbildungsverantwortliche/Ausbildungsverantwortlicher) | |
|---|---|---|
| | Name: | **Namen** eingeben. |
| | Fachärztin/Facharzt für: | **Fachgebiet** eingeben. |
| | Beschäftigungsausmaß in Stunden: | **Beschäftigungsausmaß** eingeben. |

| 3.1.3 | weitere Fachärztinnen/Fachärzte<br>*(Erforderliche Daten:*<br>• *Name*<br>• *Fachärztin/Facharzt für*<br>• *Beschäftigt an der Abteilung seit [tt:mm:jjjj]*<br>• *Beschäftigungsausmaß in Stunden)* |
|---|---|
| | weitere **Fachärztinnen/Fachärzte** eingeben. |

| 3.1.4 | Anzahl der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (z.B. Stationsärztinnen/Stationsärzte) an der Abteilung/Organisationseinheit |
|---|---|
| | **Anzahl** eingeben. |

| 3.2 | Abteilungsstruktur bzw. strukturelle Gegebenheiten der Organisationseinheit | |
|---|---|---|
| | Anzahl der Bettenstationen: | **Anzahl** eingeben. |
| | Anzahl der Betten: | **Anzahl** eingeben. |
| | Schwerpunkte: | **Schwerpunkte** eingeben. |
| | Tagesklinik/Wochenklinik: | **Tagesklinik/Wochenklinik** eingeben. |
| | Anzahl der ambulanten Patientinnen/Patienten: | **Anzahl** eingeben. |
| | Anzahl der stationären Aufnahmen: | **Anzahl** eingeben. |

| **4.** | **Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums (§ 10 Abs. 2 Z 2, Abs. 4b und 4c ÄrzteG 1998)** |
|---|---|

Medizinisches Leistungsspektrum ist dem Antrag beigelegt:

☐ Ja ☐ Nein

Der Nachweis hinsichtlich der zu vermittelnden Fertigkeiten ist durch eine den Vorgaben des § 10 Abs. 4b 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.

Vorzulegen sind eine vollständig befüllte Schablone, in der - bezogen auf die erforderlichen Organisationseinheiten der Ausbildungsstätte 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 § 10 Abs. 4c ÄrzteG 1998 den in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998 vorgesehenen Richtzahlen gegenübergestellt werden, sowie die nachvollziehbare, leistungsbezogen berechnete, beabsichtigte Zahl der Ausbildungsstellen, wobei zu beachten ist, dass die Leistungszahlen gemäß § 10 Abs. 4c ÄrzteG 1998 über die rein rechnerisch erforderliche Höhe in einem solchen Ausmaß hinausgehen müssen, dass die durch Fachärztinnen/Fachärzte der Organisationseinheiten zu erbringenden Leistungen angemessen berücksichtigt werden.

Hinweis:
Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at) stellt auf Anfrage die abteilungs-/organisationseinheitenbezogenen Daten dem Träger zur Verfügung. Bitte nennen Sie dabei auch das relevante Fach. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine direkte Übermittlung dieser Daten an das Referat Gesundheitsrecht 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).

| 5. | **Bescheid(e)** |
|---|---|
| | Sämtliche die Ausbildungsstätte betreffende Vorbescheide sind dem Antrag beigelegt:<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

| 6. | **Notwendige Beilagen** |
|---|---|
| | ○ Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur |
| | ○ Nachweis der Vermittelbarkeit des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (= Leistungszahlen) im beantragten Sonderfach |
| | ○ Bestehende(r) Bescheid(e) |
| | ○ Allfälliger Nachweis über die organisatorischen Rahmenbedingungen von abteilungs- oder organisationsübergreifender Tätigkeit |
| | ○ Allfällige Kooperationsvereinbarung(en) |

| 7. | **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.<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 |

| 8. | **Bestätigung der Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten:** |
|---|---|
| | Die Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten und Beilagen wird bestätigt.<br><br>☐ Ja ☐ Nein |

(Unterschrift/Stampiglie der ärztlichen Direktion )

**Unterzeichnerin/Unterzeichner** eingeben.

(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben)

(Unterschrift/Stampiglie der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers)

**Unterzeichnerin/Unterzeichner** eingeben.

(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben)