

Bitte senden an:

Amt der Steiermärkischen Landesregierung  
Abteilung 8 – Gesundheit und Pflege  
Referat Gesundheitsrecht  
Friedrichgasse 9, 8010 Graz  
E-Mail: [gesundheitsrecht@stmk.gv.at](mailto:gesundheitsrecht@stmk.gv.at)



## Antrag auf Anerkennung als Ausbildungsstätte und Festsetzung von Ausbildungsstellen als Fachärztin/Facharzt

Bitte beachten Sie:

Datumsformat: <b>tt.mm.jjjj</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes ankreuzen
---------------------------------	--

<b>1.</b>	<b>Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller</b>
-----------	--

1.1	Rechtsträgerin/Rechtsträger	
	Bezeichnung:	Bezeichnung eingeben.
	Adresse:	Adresse eingeben.

1.2	Einrichtung	
	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt:	Adresse eingeben.
		Abteilung/Organisationseinheit eingeben.
	<input type="checkbox"/> Universitätsklinik:	Adresse eingeben.
		(Klinische) Abteilung/Department eingeben.
	<input type="checkbox"/> Sonstige Organisationseinheit von medizinischen Universitäten:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.
	<input type="checkbox"/> Sonderkrankenanstalten:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.
	<input type="checkbox"/> Selbstständiges Ambulatorium:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.
	<input type="checkbox"/> Untersuchungsanstalt der	Adresse eingeben.

	Gesundheits- verwaltung:	<b>Organisationseinheit</b> eingeben.
<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizinisches Zentrum:	Adresse eingeben.
		<b>Organisationseinheit</b> eingeben.
<input type="checkbox"/>	Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungs- bedürftiger Rechtsbrecher:	Adresse eingeben.
		<b>Organisationseinheit</b> eingeben.
<input type="checkbox"/>	Krankenabteilung einer Justizanstalt:	Adresse eingeben.
		<b>Organisationseinheit</b> eingeben.

1.3	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie und Intensivmedizin
<input type="checkbox"/>	Anatomie
<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizin und angewandte Physiologie
<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde und Optometrie
<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie
<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie
<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
<input type="checkbox"/>	Thoraxchirurgie
<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
<input type="checkbox"/>	Gerichtsmedizin
<input type="checkbox"/>	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten
<input type="checkbox"/>	Histologie, Embryologie und Zellbiologie

<input type="checkbox"/>	Innere Medizin
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endkrinologie und Diabetologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Infektiologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Intensivmedizin
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendheilkunde
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
<input type="checkbox"/>	Klinische Immunologie
<input type="checkbox"/>	Klinische Immunologie und Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin
<input type="checkbox"/>	Klinische Pathologie und Molekularpathologie
<input type="checkbox"/>	Klinische Pathologie und Neuropathologie
<input type="checkbox"/>	Klinische Mikrobiologie und Hygiene
<input type="checkbox"/>	Klinische Mikrobiologie und Virologie
<input type="checkbox"/>	Medizinische Genetik
<input type="checkbox"/>	Medizinische und Chemische Labordiagnostik
<input type="checkbox"/>	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
<input type="checkbox"/>	Neurologie
<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin
<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Traumatologie
<input type="checkbox"/>	Pharmakologie und Toxikologie

<input type="checkbox"/>	Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation
<input type="checkbox"/>	Physiologie und Pathophysiologie
<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
<input type="checkbox"/>	Public Health
<input type="checkbox"/>	Radiologie
<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie-Radioonkologie
<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin
<input type="checkbox"/>	Urologie

<b>2.</b>	<b>Angaben zum Antrag</b>
-----------	---------------------------

2.1	Allgemeines	
	Gewünschtes Anerkennungsdatum:	<b>Datum</b> eingeben.

<input type="checkbox"/>	SFG - Sonderfach-Grundausbildung	
	Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFG:	<b>Zahl</b> eingeben.
	Gewünschtes Ausbildungsausmaß/Monate:	<b>Ausbildungsausmaß</b> eingeben.
	Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<input type="checkbox"/>	SFS - Sonderfachschwerpunktausbildung	
	Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFS:	<b>Zahl</b> eingeben.
	Gewünschtes Ausbildungsausmaß/Monate:	<b>Ausbildungsausmaß</b> eingeben.
	Flexible Besetzung gewünscht:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Angabe der beantragten Module/Spezialgebiete:</b>	
	Modul/Spezialgebiet 1:	<b>Bezeichnung</b> eingeben.
		<b>Ausmaß</b> eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 2:	<b>Bezeichnung</b> eingeben.
		<b>Ausmaß</b> eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 3:	<b>Bezeichnung</b> eingeben.
		<b>Ausmaß</b> eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 4:	<b>Bezeichnung</b> eingeben.
		<b>Ausmaß</b> eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 5:	<b>Bezeichnung</b> eingeben.
		<b>Ausmaß</b> eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 6:	<b>Bezeichnung</b> eingeben.
		<b>Ausmaß</b> eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 7:	<b>Bezeichnung</b> eingeben.
		<b>Ausmaß</b> eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 8:	<b>Bezeichnung</b> eingeben.
		<b>Ausmaß</b> eingeben.
	Modul/Spezialgebiet 9:	<b>Bezeichnung</b> eingeben.
		<b>Ausmaß</b> eingeben.

<b>3.</b>	<b>Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur (§ 10 Abs. 2 Z 1 ÄrzteG 1998)</b>
-----------	--

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

3.1.1	Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit	
	Name:	<b>Namen</b> eingeben.
	Fachärztin/Facharzt für:	<b>Fachgebiet</b> eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Stunden:	<b>Beschäftigungsausmaß</b> eingeben.

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

3.1.3	weitere Fachärztinnen/Fachärzte <i>(Erforderliche Daten:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Name</i></li> <li>• <i>Fachärztin/Facharzt für</i></li> <li>• <i>Beschäftigt an der Abteilung seit [tt:mm:jjjj]</i></li> <li>• <i>Beschäftigungsausmaß in Stunden)</i></li> </ul>	
	weitere <b>Fachärztinnen/Fachärzte</b> eingeben.	

3.1.4	Anzahl der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (z.B. Stationsärztinnen/Stationsärzte) an der Abteilung/Organisationseinheit	
	<b>Anzahl</b> 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 pro Jahr:	Anzahl eingeben.
	Anzahl der stationären Aufnahmen pro Jahr:	Anzahl eingeben.

4.	<p><b>Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums (§ 10 Abs. 2 Z 2, Abs. 4b und 4c ÄrzteG 1998)</b></p> <p>Medizinisches Leistungsspektrum ist dem Antrag beigelegt:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>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.</p> <p>Vorzulegen sind eine vollständig befüllte <u>Schablone</u>, 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 <u>Zahl der Ausbildungsstellen</u>, 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.</p> <p><u>Hinweis:</u> Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (<a href="mailto:aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at">aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at</a>) 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).</p>
----	--

<b>5.</b>	<b>Nachweis über die erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte (§ 10 Abs. 2 Z 3 Ärztegesetz 1998)</b>
	<p>Es wird bestätigt, dass die Krankenanstalt/ Universitätsklinik/ sonstige Organisationseinheit einer medizinischen Universität/ Sonderkrankenanstalt/ Selbstständiges Ambulatorium/ Untersuchungsanstalt der Gesundheitsverwaltung/ Arbeitsmedizinisches Zentrum/ Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher/Krankenabteilung einer Justizanstalt über alle zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>

<b>6.</b>	<b>Nachweis für die Übernahme von Tätigkeiten gem. § 15 Abs. 5 GuKG idF BGBl. I Nr. 185/2013 (§ 10 Abs. 2 Z 4 ÄrzteG 1998)</b>
	<p>Es wird erklärt, dass die Krankenanstalt/ Universitätsklinik/ sonstige Organisationseinheit einer medizinischen Universität/ Sonderkrankenanstalt/ Selbstständiges Ambulatorium/ Untersuchungsanstalt der Gesundheitsverwaltung/ Arbeitsmedizinisches Zentrum/ Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher/Krankenabteilung einer Justizanstalt, sofern pflegerische Leistungen zu erbringen sind, über einen Pflegedienst verfügt, der die Durchführung jener Tätigkeiten, die in § 15 Abs. 5 GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997 idF BGBl. I Nr. 185/2013, ausdrücklich bezeichnet sind (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich), gewährleistet und Turnusärztinnen/Turnusärzte für diese Tätigkeiten insbesondere im Zeitraum der neunmonatigen Basisausbildung herangezogen werden können, wenn dies für den Erwerb der für die Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten notwendig ist.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>

Ein Ausbildungskonzept ist dem Antrag beigelegt:

Ja  Nein

#### Anleitung zur Erstellung des Ausbildungskonzeptes

Gemäß § 10 Abs. 2 Z 5 ÄrzteG 1998 hat der Träger im Zuge der Anerkennung einer Abteilung/Organisationseinheit als Ausbildungsstätte ein Ausbildungskonzept vorzulegen, das unter Darlegung der Ausbildungsstättenstruktur und möglicher Rotationen die Vermittlung der Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt.

Nachfolgende Inhalte hat das vom Ausbildungsverantwortlichen frei formulierte Ausbildungskonzept jedenfalls aufzuweisen. Die kursiv markierten Passagen sind als Beispiele zu sehen.

#### 1. Arbeitsplatzbasierte Lehrsituationen

- Morgenbesprechung (*Vorstellung der eigenen Patientinnen/Patienten etc.*)
- Visite (*Betreuung der eigenen Patientinnen/Patienten – Prozedere unter Aufsicht festlegen etc.*)
- Leheroperation (*Operationsplanung, Assistenz durch erfahrene Fachärztinnen/Fachärzte*)
- Boards (z.B. *Tumorboard*)
- Bedside Teaching (*Demonstration einer Untersuchungstechnik etc.*)

#### 2. Theoretisches Angebot

- Fallbesprechungen (*Ein Mal alle 6 Wochen: Aufarbeiten von kritischen Patientinnen/Patienten*)
- extern zu besuchende Veranstaltungen? Wie oft? Inhalte?
- intern zu besuchende Veranstaltungen? (z.B. *Blut, Hygiene und Reanimation*)
- Fertigkeitstraining? (z.B. *vor einer OP oder einem diagnostischem Eingriff - Training der Methode in der Simulation/Kurs etc.*)

#### 3. Lehrmaterial

Folgendes ist den in Ausbildung stehenden Ärztinnen/Ärzten verpflichtend zur Verfügung zu stellen und im Ausbildungskonzept anzuführen:

- EDV-Zugang
- Zugang zu Standardwerken (z.B. *EBM-Guidelines der Ärztekammer*)
- Zugang zu mindestens einem ausgewählten wissenschaftlichen Fachjournal

#### 4. Unterstützende Maßnahmen

- Evaluationsgespräche und Supervision (z.B. *Balintgruppen*)  
strukturierte Dokumentation des Leistungsfortschrittes etc.

**8. Nachweis über die organisatorischen Rahmenbedingungen von abteilungs- oder organisationsübergreifender Tätigkeit (§ 10 Abs. 13 ÄrzteG 1998)**

Turnusärztinnen/Turnusärzte werden für abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeiten im Sinne des § 7 Abs. 3 ÄrzteG 1998 **nicht** eingesetzt.

Turnusärztinnen/Turnusärzte werden für abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeiten im Sinne des § 7 Abs. 3 ÄrzteG 1998 eingesetzt.

Angabe der Abteilung/Organisationseinheit (OE), an der		Bettenanzahl gesamt	Bettenanzahl je Turnusärztin/ Turnusarzt
die in Ausbildung stehenden Ärztinnen/Ärzte zusätzlich eingesetzt werden:	Text eingeben.	Anzahl eingeben.	Anzahl eingeben.

Bestätigung, dass während des Einsatzes an der angeführten Abteilung/OE zu jedem Zeitpunkt eine fachlich verantwortliche Ärztin/ein fachlich verantwortlicher Arzt am jeweiligen Standpunkt der Krankenanstalt zur Verfügung steht.

Ja  Nein

Bestätigung, dass die Tätigkeiten an der angeführten Abteilung/OE außerhalb der Kernausbildungszeit (d.h. nicht in der Zeit von 7:00 bis 16:00 Uhr) ausgeübt werden.

Ja  Nein

Bestätigung, dass die an der angeführten Abteilung/OE durchgeführten Tätigkeiten ausschließlich die im Rahmen der Basisausbildung erworbenen Kompetenzen umfassen.

Ja  Nein

Bestätigung, dass die Gesamtzahl der auf die einzelne Turnusärztin/den einzelnen Turnusarzt entfallenden Betten bei Tätigwerden in zwei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 60, bei Tätigwerden in drei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 45 nicht überschreitet.

Ja  Nein

Bestätigung, dass die abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeiten nicht in Ambulanzen von Abteilungen/OE ausgeübt werden.

Ja  Nein

<b>9</b>	<b>Eine Kooperationsvereinbarung wird dem Antrag angeschlossen</b>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>10.</b>	<b>Notwendige Beilagen</b>
	<input type="checkbox"/> Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur
	<input type="checkbox"/> Nachweis der Vermittelbarkeit des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (= Leistungszahlen im beantragten Sonderfach)
	<input type="checkbox"/> Auflistung der zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials
	<input type="checkbox"/> Nachweis für die Übernahme von Tätigkeiten gemäß § 15 Abs. 5 GuKG
	<input type="checkbox"/> Schriftliches Ausbildungskonzept
	<input type="checkbox"/> Allfälliger Nachweis über die organisatorischen Rahmenbedingungen von abteilungs- oder organisationsübergreifender Tätigkeit
	<input type="checkbox"/> Allfällige Kooperationsvereinbarung(en)

<b>11.</b>	<b>Datenschutzrechtlichen Bestimmungen</b>
	<p>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 zugrundeliegenden 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.</p> <p>2. Die allgemeinen Informationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zu den zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;</li> <li><input type="checkbox"/> zum zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;</li> <li><input type="checkbox"/> zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten finden Sie auf der Datenschutz-Informationssseite (<a href="https://datenschutz.stmk.gv.at">https://datenschutz.stmk.gv.at</a>).</li> </ul> <p>Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>

<b>12.</b>	<b>Bestätigung der Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten:</b>
	<p>Die Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten und Beilagen wird bestätigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>

---

(Unterschrift/Stampiglie der Pflegedirektion )

**Untersignerin/Untersigner** eingeben.

---

(Name der/des Untersignerin/Untersigners in  
Blockbuchstaben)

---

(Unterschrift/Stampiglie der ärztlichen Direktion )

**Untersignerin/Untersigner** eingeben.

---

(Name der/des Untersignerin/Untersigners in  
Blockbuchstaben)

---

(Unterschrift/Stampiglie der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers)

**Untersignerin/Untersigner** eingeben.

---

(Name der/des Untersignerin/Untersigners in  
Blockbuchstaben)