

# Ausbildungsstätten Ärztegesetz 1998

## Anerkennung Anstalten



### Anerkennung als Ausbildungsstätte und Festsetzung von (weiteren) Ausbildungsstellen

#### Allgemeine Information

Antrag nach dem Ärztegesetz 1998 auf Anerkennung als Ausbildungsstätte und Festlegung von Ausbildungsstellen sowie die Erweiterung um weitere Ausbildungsstellen

#### Empfangsstelle

Amt der NÖ Landesregierung  
Abteilung Gesundheitsrecht  
Landhausplatz 1, Haus 15b  
3109 St. Pölten  
E-Mail: [post.gs4@noel.gv.at](mailto:post.gs4@noel.gv.at)

### Antragsteller/in

Name / Bezeichnung des Trägers \*

\_\_\_\_\_

### Adresse

Straße \*

\_\_\_\_\_

Hausnummer \*

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Postleitzahl \*

\_\_\_\_\_ Ort \* \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten

Ansprechperson \*

\_\_\_\_\_

Telefon \*

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

### Antrag

#### Antrag gemäß\*:

- § 6a Ärztegesetz 1998 Basisausbildung (nur für Sonderkrankenanstalten)
- § 9 Ärztegesetz 1998 (Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin)
- § 10 Ärztegesetz 1998 (Facharzt/Fachärztin)
- § 13 Ärztegesetz 1998 iVm § 12 ÄAO 2015 (Antrag durch Lehrambulatorium)

#### Antrag für die Ausbildung\*:

Allgemeinmedizin

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Ausbildungsausmaß in Monaten: \_\_\_\_\_

Zahl der beantragten Stellen: \_\_\_\_\_

Facharzt/Fachärztin

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

SFG – Sonderfach-Grundausbildung

Ausbildungsausmaß in Monaten (maximal 36): \_\_\_\_\_

Zahl der beantragten Stellen: \_\_\_\_\_

SFS – Sonderfach-Schwerpunktausbildung

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: \_\_\_\_\_

Ausbildungsausmaß in Monaten: \_\_\_\_\_

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: \_\_\_\_\_

Ausbildungsausmaß in Monaten: \_\_\_\_\_

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: \_\_\_\_\_

Ausbildungsausmaß in Monaten: \_\_\_\_\_

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: \_\_\_\_\_

Ausbildungsausmaß in Monaten: \_\_\_\_\_

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: \_\_\_\_\_

Ausbildungsausmaß in Monaten: \_\_\_\_\_

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: \_\_\_\_\_

Ausbildungsausmaß in Monaten: \_\_\_\_\_

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: \_\_\_\_\_

Ausbildungsausmaß in Monaten: \_\_\_\_\_

Zahl der beantragten Stellen: \_\_\_\_\_

### **Erstmaliger Antrag oder Erweiterung einer bestehenden Ausbildungsstätte\*:**

Erstantrag

Erweiterung – Zuerkennungsdatum und Geschäftszahl bereits bestehender Bescheide:

\_\_\_\_\_  
Anzahl bereits bestehender Ausbildungsstellen: \_\_\_\_\_

### **Anerkennung der (neuen) Stelle(n) beantragt ab\*:**

\_\_\_\_\_  
(Hinweis: rückwirkend nur max. 1 Jahr ab Antragstellung möglich)

## Daten der Ausbildungsstätte

### Art der Einrichtung\*:

- Krankenanstalt
- Sonderkrankenanstalt
- Universitätsklinikum
- medizinische Universität / Universität mit medizinischer Fakultät
- Untersuchungsanstalt der Gesundheitsverwaltung
- arbeitsmedizinisches Zentrum gemäß § 80 ASchG
- Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer/entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher/innen
- Krankenabteilung in Justizanstalt
- Lehrambulatorium

### Krankenanstalten Nummer:

\_\_\_\_\_

(wenn vorhanden mit führendem K anzugeben; online abrufbar unter:  
<https://khstrukturdaten.goeg.at>)

### Name/Bezeichnung der Einrichtung\*:

\_\_\_\_\_

### Abteilung/Organisationseinheit\*:

\_\_\_\_\_

### Adresse:

Straße \* \_\_\_\_\_

Hausnummer \* \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Postleitzahl \* \_\_\_\_\_ Ort \* \_\_\_\_\_

## Ausbildungsverantwortliche/r

### Leiter/in der Abteilung / des Instituts / der Organisationseinheit:

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname\*: \_\_\_\_\_

Nachname\*: \_\_\_\_\_

Fachgebiet\*: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsausmaß\*: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

## Stellvertretende/r Leiter/in der Abteilung / des Instituts/ der Organisationseinheit:

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname\*: \_\_\_\_\_

Nachname\*: \_\_\_\_\_

Fachgebiet\*: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsausmaß\*: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

## **Fachärzte/Fachärztinnen\***

Es ist eine gesonderte Liste mit allen an der Ausbildungsstätte tätigen Fachärzten/Fachärztinnen mit folgenden Angaben zu übermitteln:

Titel, Vorname und Nachname; Fachgebiet; Beschäftigungsausmaß (in Stunden); Datum des Beginns der Beschäftigung in der Ausbildungsstätte;

Anzahl der ausbildenden Ärzte/Ärztinnen gesamt: \_\_\_\_\_

Anzahl der Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin (z.B. Stationsärztinnen/Stationsärzte) an der Abteilung / im Institut / der Organisationseinheit: \_\_\_\_\_

## **Abteilungsstruktur / strukturelle Gegebenheiten der Organisationseinheit\***

Anzahl der Bettenstationen: \_\_\_\_\_

Bettenzahl: \_\_\_\_\_

Schwerpunkte: \_\_\_\_\_

Tagesklinik

Wochenklinik

Anzahl der ambulanten Patienten/Patientinnen pro Tag im Durchschnitt: \_\_\_\_\_

Anzahl der stationären Aufnahmen pro Tag im Durchschnitt: \_\_\_\_\_

Weitere Angaben:

\_\_\_\_\_

## Nachweis über die organisatorischen Rahmenbedingungen bei organisations-/abteilungsübergreifender Tätigkeit\*

Werden Turnusärzte/Turnusärztinnen für abteilungs-/organisationsübergreifende Tätigkeiten im Sinne des § 7 Abs. 3 und § 8 Abs. 2 Ärztegesetz 1998 eingesetzt:

- Ja  
 Nein

Wenn Ja, sind die folgenden Fragen in diesem Block zu beantworten:

	<b>Bezeichnung</b>	<b>Bettenanzahl gesamt</b>	<b>Bettenanzahl je Turnusarzt / Turnusärztin</b>
Primäre Abteilung / Organisationseinheit (OE)			
zusätzlicher Einsatzort:			
zusätzlicher Einsatzort:			
zusätzlicher Einsatzort:			

Sind die organisatorischen Rahmenbedingungen überall gegeben:

- Ja  
 Nein

Es wird bestätigt, dass während des Einsatzes an der/den angeführten Abteilungen/OE zu jedem Zeitpunkt ein/eine fachlich verantwortlicher/verantwortliche Arzt/Ärztin am jeweiligen Standpunkt zur Verfügung steht:

- Ja  
 Nein

Es wird bestätigt, dass die Tätigkeiten an dem/den zusätzlichen Einsatzort/en außerhalb der Kernausbildungszeit (d.h. nicht in der Zeit von 07:00 bis 16:00 Uhr ausgeübt werden:

- Ja  
 Nein

Es wird bestätigt, dass die an den zusätzlichen Einsatzorten durchgeführten Tätigkeiten ausschließlich die im Rahmen der Basisausbildung erworbenen Kompetenzen umfassen:

- Ja  
 Nein

Es wird bestätigt, dass die Gesamtzahl der auf die/den einzelne/einzelnen Turnusärztin/Turnusarzt entfallenden Betten bei Tätigwerden in zwei Abteilungen/OE 60 Betten, bei Tätigwerden in drei Abteilungen/OE 45 Betten nicht überschreitet:

- Ja  
 Nein

Es wird bestätigt, dass die abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifenden Tätigkeiten nicht in Ambulanzen von Abteilungen/OE ausgeübt werden:

- Ja  
 Nein

### Nachweis über die erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials\*

Es wird bestätigt, dass die Ausbildungsstätte über alle zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt:

- Ja  
 Nein

### Nachweis über die Übernahme von Tätigkeiten gemäß § 15 Abs. 5 GuKG (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich) falls notwendig

Es wird erklärt, dass die Einrichtung – sofern pflegerische Leistungen zu erbringen sind – über einen Pflegedienst verfügt, der die Durchführung jener Tätigkeiten, die in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich bezeichnet sind, gewährleistet und Turnusärzte/Turnusärztinnen für diese Tätigkeit, insbesondere im Zeitraum der neunmonatigen Basisausbildung, herangezogen werden können, wenn dies für den Erwerb der für die Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten, notwendig ist.

- Ja  
 Nein

### Beilagen

- Liste der Fachärzte/Fachärztinnen \*
- Ausbildungskonzept, das die Vermittlung der Lerninhalte gemäß Ärztegesetz 1998 zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt \*
- vollständig befüllter Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 \*

Hinweis: das BMSGPK stellt auf Anfrage die abteilungs-/ organisationseinheitenbezogenen Daten zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich dazu an

[aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at](mailto:aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at) unter Bezeichnung des relevanten Fachs. Diese Daten werden aus datenschutzrechtlichen Gründen vonseiten des BMSGPK nur an die betroffene Einrichtung oder dem Träger ausgegeben und können nicht direkt vonseiten des Landes Niederösterreich angefragt werden.

In den Daten nicht vorhandene, wesentliche Ergänzungen zu bestimmten Fertigkeiten sind vonseiten der Einrichtung vorzunehmen.

Die Darstellung des Leistungsspektrums muss nachvollziehbar und schlüssig sein. Inhalt und Umfang der medizinischen Leistungen müssen sich so darstellen, dass den Auszubildenden alle erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vermittelt werden.

- Gegebenenfalls Nachweis der Ausbildungsinhalte der Basisausbildung gemäß Anlage 33 KEF und RZ-VO
- Gegebenenfalls Kooperationsvereinbarung(en), falls Kooperationen bestehen und berücksichtigt werden sollen

- Gegebenenfalls bereits vorliegende Anerkennungsbescheide für die Ausbildungsstätte
- Gegebenenfalls die darzulegende Zusammenarbeit mit einem/r Konsiliararzt/Konsiliarärztin in einem Fachgebiet, das gemäß der Ausbildungsverordnung durch einen/r Konsiliararzt/Konsiliarärztin vermittelt werden kann

## Zustimmung

- Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

## Allgemeine Hinweise

### Datenschutz

#### Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter [www.noe.gv.at/datenschutz](http://www.noe.gv.at/datenschutz) abrufbar.

### Übermittlung

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab und laden Sie dieses, wenn nötig unterschriebene, Formular über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch.

Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch!

Erst bei Übermittlung des vollständig ausgefüllten Antrages und der notwendigen Antragsunterlagen kann eine weitere Bearbeitung Ihres Antrages erfolgen.

## Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit der angegebenen Daten\*

Für den Antragsteller (Stampiglie)

\_\_\_\_\_

Anrede  Frau  Herr

Titel vorgestellt \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Familiename \_\_\_\_\_

Titel nachgestellt \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

## Unterschrift\*

Datum, Name, Unterschrift (Ausbildungsverantwortliche/r und Verantwortliche/r für den Standort)

\_\_\_\_\_

(entfällt bei digitaler Signatur)

\_\_\_\_\_

(entfällt bei digitaler Signatur)