

Erläuterungen zur 7. Novelle der KEF und RZ-V 2015

Allgemeiner Teil

Der vorliegende Entwurf zur 7. Novelle der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V 2015) dient primär der näheren Ausgestaltung und Eingliederung der kompetenzbasierten ärztlichen Ausbildung in das bestehende österreichische Ausbildungssystem. Mit der 6. Novelle der KEF und RZ-V 2015, beschlossen in der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer am 12. Dezember 2025, wurden bereits erste Schritte zur Einführung einer kompetenzbasierten ärztlichen Ausbildung nach internationalen Vorbildern (insbesondere Kanada und der Schweiz) durchgeführt, wobei in Österreich bislang eine freiwillige Absolvierung vorgesehen ist.

Das Ziel einer kompetenzbasierten ärztlichen Ausbildung im Sonderfach Allgemeinmedizin und Familienmedizin ist es auch fächerübergreifende Kompetenzbereiche zu entwickeln, die Fachärztinnen und Fachärzte dieses Sonderfaches künftig befähigen, dringlich behandlungsbedürftige Krankheiten, Traumata und Notfälle zu erkennen und geeignete Erstmaßnahmen setzen zu können, um weiteren Schaden von Patientinnen und Patienten abzuwenden. Hierfür wird ein ausreichender fachübergreifender Kompetenzbereich, wie in den jeweiligen Rasterzeugnissen des Sonderfaches abgebildet, definiert, um unkomplizierte, nachweisbar vermittelte Krankheiten und Verletzungen eigenständig zu behandeln, von Fachärztinnen und Fachärzten anderer Sonderfächer vorgegebene Therapien zu übernehmen und Warnsignale zu erkennen, die eine weitere fachärztliche Vorstellung erfordern. Ziel einer kompetenzbasierten ärztlichen Ausbildung ist jedenfalls nicht, dass dadurch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und Familienmedizin zu Fachärztinnen und Fachärzten eines anderen Sonderfaches werden oder vollumfängliche fachärztliche Behandlungen im Sinne eines anderen Sonderfaches durchführen.

Der Österreichischen Ärztekammer ist bewusst, dass die Implementierung einer kompetenzbasierten ärztlichen Ausbildung derzeit im Rahmen des Sonderfaches Allgemeinmedizin und Familienmedizin auf freiwilliger Basis der Startschuss für einen längerfristigen Prozess darstellt, der einen entsprechenden Kulturwandel auf verschiedenen Ebenen benötigt. Derzeit ist es daher sinnvoll, die Komplexität der EPAs bewusst niedrig zu halten, um eine klare Implementierung zu ermöglichen. Mit einer Ausweitung auf weitere Sonderfächer wird jedoch eine differenzierte Präzisierung erforderlich sein, insbesondere im Hinblick auf die unterschiedlichen Kompetenzanforderungen von generalistischer und spezialisierter Tätigkeit, die mit einer laufenden Evaluierung einhergehen muss. Hierfür ist geplant, auch Pilotabteilungen heranzuziehen.

In Einklang mit dem ebenfalls bereits im Rahmen der 6. Novelle der KEF und RZ-V 2015 erwähnten Bedarf zur schrittweisen Überarbeitung der seit Erlass der KEF und RZ-V 2015 fast unveränderten Rasterzeugnisse für die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt in anderen Sonderfächern als Allgemeinmedizin und Familienmedizin sollen mit diesem Entwurf ausgewählte bestehende Rasterzeugnisse an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst werden. Dies erfolgte in enger Abstimmung mit den assoziierten wissenschaftlichen Gesellschaften und den jeweiligen Bundesfachgruppen.

Bei der Überarbeitung der Rasterzeugnisse wurden die geänderten Bedingungen der medizinischen Versorgung und der Wandel und Fortschritt der medizinischen Wissenschaft berücksichtigt, in diesem Rahmen neu festgelegte Richtzahlen bei einzelnen Fertigkeiten entsprechen daher weiterhin den Anforderungen an eine hochqualitative ärztliche Ausbildung und führen zu keiner Gefährdung der Patientinnen- und Patientensicherheit.

Ein weiteres Ziel der Überarbeitung dient der Verankerung von digitalen Kompetenzen in der Sonderfach-Grundausbildung aller Sonderfächer, die im Hinblick auf die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens im Rahmen der 5. Novelle der ÄAO 2015 entsprechend verankert wurden.

Verstärktes Augenmerk soll künftig zudem auf der Kommunikationsqualität sowie der Berücksichtigung des individuellen Kontextes der Patientinnen und Patienten liegen. Dabei ist die durch die Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur (BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien (<https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/strategie-zur-verbesserung-der-gespraechsqualitaet.pdf>) zu berücksichtigen. Unter dem Begriff „individuellen Kontext“

wird im Sinne einer gesamthaften bio-psycho-sozialen Vorgangsweise hier das gesundheitsbezogene Gesamtbild inklusive Vorgeschichte und Begleiterkrankungen physischer und psychischer Natur verstanden, in Zusammenschau mit familiären, Umwelt- und Umfeldfaktoren, psychosozialen Umständen, individueller Wertewelt und Umgebungsepidemiologie. Patientinnen- und patientenzentrierte Kommunikation bedeutet, die betroffenen Menschen in den Mittelpunkt des ärztlichen Handelns zu stellen, sie in ihren individuellen Eigenschaften und spezifischen Therapiezielen ernst zu nehmen und sie dabei zu unterstützen, eigene Wege zu finden, um – innerhalb ihrer persönlichen Ressourcen – angemessen mit der jeweiligen Gesundheits- bzw. Krankheitsrealität umzugehen.

Im Zuge der Ausbildung sind die spezifischen Kernelemente der patientinnen- und patientenzentrierten Kommunikation zu vermitteln sowie Wissen und Erfahrung in nachfolgenden Kernbereichen zu erlangen: adäquater kommunikativer Umgang mit emotional herausfordernden Situationen und herausfordernden Kontexten, Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Einflussfaktoren bei der Kommunikation, Berücksichtigung vulnerabler Bevölkerungsgruppen und Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen unterschiedlicher Kommunikationsmedien (telefonisch, schriftlich, elektronisch).

Unter Bezugnahme auf § 5a Abs. 6 ÄAO 2015 sollen zudem Lerninhalte zu psychosozialer Kompetenz, Resilienz, Selbsterfahrung und Unterstützungsangeboten künftig entsprechend nachweislich berücksichtigt werden, dabei kommen beispielsweise der Besuch von Balintgruppen oder Supervisions- und Interventionsangebote in Betracht. Diese Methoden konnten mit einer Verminderung des Frustrationserlebens, erhöhter Berufszufriedenheit und besserem subjektiven Erleben der Arbeits- und Erlebnisqualität sowie verbesserter Psychohygiene und Burn-out-Prophylaxe sowie einem gesteigerten Behandlungserfolg der Patientinnen und Patienten in Zusammenhang gebracht werden. Um ein sinnvolles Kennenlernen dieser Formate sicherzustellen, soll dabei ein Ausmaß von zumindest 30 Stunden über den Zeitraum der gesamten Sonderfachausbildung (Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung) angestrebt werden.

Fachärztinnen und Fachärzte jener Sonderfächer, die potenziell mit Opfern von Gewalt in Kontakt kommen können, nehmen eine zentrale Rolle im Erkennen der Gewaltbetroffenheit ein. Es sind daher Fähigkeiten zum Erkennen von Anzeichen von Gewalt, zur spezifischer Gesprächsführung sowie zur Umsetzung geeigneter Interventionsmaßnahmen wie Dokumentation und Weiterverweisung an spezialisierte Hilfsangebote zu vermitteln.

Inzidenz, Morbidität und Mortalität von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen nehmen kontinuierlich zu, weshalb es unerlässlich ist, auf allen Versorgungsebenen Maßnahmen zu setzen, um das Problem in einem überschaubaren Maß zu halten. Für die eigene Sicherheit und in weiterer Folge für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten ist es von großer Bedeutung, dass im Rahmen der Basisausbildung und Sonderfach-Grundausbildung persönliche und allgemeine Hygienemaßnahmen erlernt und perfektioniert werden. Es ist daher für alle versorgungsrelevanten Sonderfächer vorgesehen, dass (Krankenhaus-)Hygiene als expliziter Lehrinhalt aufgenommen oder erweitert wird.

Unter dem Begriff Antimicrobial Stewardship (AMS) werden Maßnahmen bezeichnet, die das Ziel verfolgen, die Wirksamkeit von Antiinfektiva zu erhalten, Resistenzen zu reduzieren und die Patientensicherheit zu erhöhen. Rationaler, zielgerichteter und leitlinienkonformer Einsatz von Antiinfektiva soll mit dem Hauptziel, die Entstehung und Verbreitung von antimikrobiellen Resistenzen (AMR) zu vermeiden, erlernt werden. Zusätzlich soll eine Optimierung der diagnostischen Mittel zur Reduktion des Antibiotikaverbrauchs in die Lehrinhalte aufgenommen werden (Diagnostic Stewardship).

Die Auswahl der Sonderfächer erfolgte nach Dringlichkeit und in Abstimmung mit der Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer, wobei ausschlaggebend für die Festlegung dieser Sonderfächer auch Gespräche im Rahmen der Sitzungen der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß § 6b ÄrzteG 1998 und Vertretern der Bundesländer waren.

Mit dem vorliegenden Entwurf werden daher die nachfolgenden Sonderfächer gemäß ÄAO 2015 geändert:

Anästhesiologie und Intensivmedizin (Anlage 2),

Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Anlage 7),

Kinder- und Jugendheilkunde (Anlage 13),

Klinische Pathologie und Molekularpathologie (Anlage 16.1),

Klinische Pathologie und Neuropathologie (Anlage 16.2),

Orthopädie und Traumatologie (Anlage 23) und

Besonderer Teil

Zu Z 1 (§ 3 Z 7):

Der Begriff „Simulationen“ wird auf Anregung einiger Fachgesellschaften ähnlich der notärztlichen Ausbildung nunmehr festgelegt und erstmals in die Begriffsbestimmungen aufgenommen. Simulationen dienen dazu, klinische, kommunikative und teambezogene Handlungskompetenzen zu erlernen und zu festigen. Dies erfolgt einschließlich strukturierter Nachbesprechung (Debriefing), ohne Patientinnen und Patienten zu gefährden. Die Formulierung wurde bewusst weit definiert. Eine Aufnahme von interprofessionellen und interdisziplinären Simulationstrainings als Ausbildungsinhalt erfolgte in der gegenständlichen Novelle in den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde. Derartige Trainings leisten einen wesentlichen Beitrag zur Patientinnen- und Patientensicherheit und fördern insbesondere:

- effektive Teamkommunikation,
- Rollenverständnis und Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen,
- Anwendung strukturierter Notfallalgorithmen,
- Crisis-Ressource-Management-Kompetenzen,
- Fehlerprävention und Sicherheitskultur.

Zu Z 2 (§ 4a):

Die im Rahmen der ärztlichen Ausbildung geforderte „Aufsicht und Anleitung“ gemäß § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 ist bei der kompetenzbasierten Ausbildung maßgeblich für das Verhältnis zwischen Turnusärztinnen/Turnusärzten und ausbildenden Ärztinnen/Ärzten. Dabei gilt der Grundsatz der steigenden Eigenständigkeit nach Maßgabe des erworbenen ärztlichen Ausbildungsstandes, d.h. die Turnusärztin/der Turnusarzt unterliegt während der Ausbildung einer abgestuften Aufsicht. Der Ausbildungsstand und die Erfahrung der Turnusärztin/des Turnusarztes ist in Bezug zur Schwierigkeit, Komplexität und Gefährlichkeit der jeweiligen Tätigkeit zu setzen. Jedenfalls muss gewährleistet sein, dass sich die Turnusärztin/der Turnusarzt, sobald sie/er sich unsicher oder der Situation nicht gewachsen fühlt, an eine ausbildende Ärztin/einen ausbildenden Arzt wenden kann. Folglich ist es unverzichtbar, dass eine ausbildende Ärztin/ein ausbildender Arzt innerhalb der Ausbildungsstätte – unbeschadet § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 zweiter und dritter Satz – verfügbar ist. Die zeitliche Erreichbarkeit ist wiederum von der Gefährlichkeit der Tätigkeit und der Notwendigkeit schneller Interventionen sowie von organisatorischen Rahmenbedingungen (beispielsweise räumliche Verhältnisse) abhängig und fach- und bereichsspezifisch zu beurteilen.

Diese Art von Aufsicht ermöglicht eine gewisse an die Kompetenz der Turnusärztin/des Turnusarztes angepasste Eigenständigkeit, welche an die selbständige Berufsausübung heranführen soll, unter Aufrechterhaltung von Absicherungsmöglichkeiten zum Schutz von Patientinnen und Patienten (vgl. näher *Kopetzki, Turnusärzte und Famulanten* [1990] 30 ff).

Definition der Levels der Kompetenzbereiche

Level 1

Bei diesem Level wurden durch die Turnusärztin/den Turnusarzt Kenntnisse zu den betreffenden Ausbildungsinhalten erworben. Die Turnusärztin/der Turnusarzt darf die ausbildenden Ärztinnen/Ärzte bei der beschriebenen ärztlichen Tätigkeit nur beobachten. Ein aktives Tätigwerden der Turnusärztin/des Turnusarztes ist noch nicht möglich.

Level 2

Die bereits gesammelten Erfahrungen zu den Ausbildungsinhalten werden von der Turnusärztin/dem Turnusarzt in der klinischen Tätigkeit unter direkter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärztinnen/Ärzten ausgeübt.

Level 3

Hat eine Turnusärztin/ein Turnusarzt bei einer konkret umschriebenen ärztlichen Tätigkeit die Kompetenz des Level 3 erreicht, kann unter Aufrechterhaltung von Absicherungsmöglichkeiten zum Schutz von Patientinnen und Patienten, die Aufsicht beispielsweise durch Anwesenheit im Nebenraum gewährleistet werden.

Level 4

Bei Erreichen des Level 4 kann unter denselben Gesichtspunkten die „entfernte Anleitung und Aufsicht“ dadurch erfüllt sein, dass die ausbildende Ärztin/der ausbildende Arzt innerhalb von wenigen Minuten innerhalb der Ausbildungseinrichtung physisch anwesend ist oder jederzeit telefonisch erreichbar sein kann, wenn von der Turnusärztin/dem Turnusarzt Hilfe angefordert wird.

Entsprechend den berufsrechtlichen Vorgaben des Ärztegesetzes 1998 und den Regelungen zur Rufbereitschaft gemäß §§ 7 und 8 KAKuG ist festzuhalten, dass auch bei Level 4 eine Fachärztin/ein Facharzt zur Verfügung stehen muss. Eine Herbeiholung von Fachärztinnen und Fachärzten durch Funk oder Telefon ist während des Regeldienstes ausgeschlossen. Der ärztliche Dienst in einer Krankenanstalt muss grundsätzlich so eingerichtet sein, dass ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist. Dies bedeutet nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes, dass eine / ein zur ärztlichen Hilfe geeignete Ärztin / geeigneter Arzt (im Hinblick auf die Beschränkung von Fachärztinnen und Fachärzten auf das jeweilige Sonderfach und die Berechtigung von Turnusärztinnen und Turnusärzten zu ärztlicher Tätigkeit unter Anleitung und Aufsicht ergibt sich ein grundsätzliches Gebot von fachärztlicher Präsenz) in der Krankenanstalt anwesend zu sein hat (siehe *Heissenberger in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap. IV.1 (Stand 1.1.2025, rdb.at). Die Einführung einer kompetenzbasierten ärztlichen Ausbildung ändert an diesen Grundsätzen nichts.

In bereits etablierten kompetenzbasierten Modellen der ärztlichen Ausbildung im Ausland (insbesondere Kanada und Schweiz) wird auch ein Level 5 vorgesehen, wonach bei Erreichen dieses Levels die Turnusärztin/der Turnusarzt selbst in der Lage ist die Tätigkeit zu lehren, andere anzuleiten und zu beaufsichtigen.

Ein Level 5, wie oben beschrieben, soll derzeit nicht in die Rasterzeugnisse für die ärztliche Ausbildung in Österreich aufgenommen werden. Begründend wird festgehalten, dass die Aufnahme eines derartigen Levels mit dem österreichischen Ärztegesetz, wonach Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung gemäß § 3 Abs. 3 lediglich zur unselbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärztinnen und Ärzte berechtigt sind, unvereinbar wäre. Zudem wird für die Tätigkeit als ausbildende Ärztinnen und Ärzte nicht nur das fachlich-medizinische Wissen vorausgesetzt, sondern auch Kenntnisse über die rechtlichen Rahmenbedingungen der ärztlichen Ausbildung, Erwachsenenendidaktik, arbeitsplatzbasierte Lehrmethoden, Feedback-Gespräche sowie Management und Organisation.

Die erfolgreiche Umsetzung einer kompetenzbasierten ärztlichen Ausbildung hängt insbesondere von Feedback-Möglichkeiten ab. Gerade im internationalen Vergleich (u. a. Vereinigtes Königreich oder Kanada) zeigt sich, dass kompetenzbasierte Ausbildungsmodelle nur dann valide sind, wenn sie durch strukturierte und verpflichtende Evaluationsmechanismen abgesichert werden. Dazu zählen insbesondere:

- standardisierte Workplace-Based Assessments (z. B. Mini-CEX, DOPS)
- wiederholte, dokumentierte direkte Beobachtungen klinischer Tätigkeiten
- strukturierte Supervision mit regelmäßigem Feedback,

wobei diese unter klar definierten und nachvollziehbaren Kriterien zur Vergabe von Kompetenzstufen zu erfolgen haben. Diese Elemente sind essenziell, um sicherzustellen, dass ein attestiertes Kompetenzlevel tatsächlich der klinischen Realität entspricht. Derzeit soll die Dokumentation dieser Feedback-Gespräche auf Papier beispielsweise im Rasterzeugnis erfolgen, entweder im Rahmen der Evaluierungsgespräche oder im Feld „Allfällige Anmerkungen der/s Ausbildungsverantwortlichen“ des Rasterzeugnisses. Eine elektronische Lösung ist derzeit in Österreich nicht etabliert.

Die Erarbeitung der einzelnen Level für jeden Kompetenzbereich im Sonderfach Allgemeinmedizin und Familienmedizin erfolgte in Abstimmung mit Vertreterinnen/Vertretern der Bundessektion Allgemeinmedizin (BSAM), Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) und Jungen Allgemein- und Familienmedizin Österreich (JAMÖ). Diese werden sowohl in der Sonderfach-Grundausbildung (Anlagen 1.B.2.1. bis 1.B.2.8.) und Sonderfach-Schwerpunktausbildung (Anlage 1.B.3.) direkt in den jeweiligen Rasterzeugnissen eingefügt.

Ergänzend hervorzuheben ist, dass die für die Sonderfach-Schwerpunktausbildung (Anlage 1.B.3.) definierten Kompetenzlevel nur für Personen gelten, die gemäß § 257 ÄrzteG 1998 die Sonderfach-Schwerpunktausbildung in der Dauer von 18 Monaten zu absolvieren haben. Mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) ist hierzu akkordiert, dass eine gemäß den gestaffelten Vorgaben des § 257 ÄrzteG 1998 abgestufte Einführung von Kompetenzlevel legislativ und organisatorisch im Hinblick auf den Vollzug nicht sinnvoll erscheint. Insbesondere, da die stufenweise Erhöhung der Sonderfach-Schwerpunktausbildung gemäß § 257 ÄrzteG 1998 jeweils nur für ein Jahr gilt. Somit müsste jedes Jahr ein neues Rasterzeugnis für die Sonderfach-Schwerpunktausbildung erstellt und zur Verfügung gestellt werden. Aufgrund der notwendigen umfassenden Änderungen anlässlich

der Einführung des Sonderfaches Allgemeinmedizin und Familienmedizin wird aus Effizienz- und Ökonomiegründen auf die jährliche Erstellung eines Rasterzeugnisses verzichtet, sodass die Leveldefinition der Sonderfach-Schwerpunktausbildung ab 1. Juni 2030 für alle Ärztinnen und Ärzte (im In- und Ausland) transparent und planbar ist.

Zu Z 3 (§ 11 Abs. 3 und Abs. 4):

Die Rasterzeugnisse der Sonderfächer Anästhesiologie und Intensivmedizin (Anlage 2), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Anlage 7), Kinder- und Jugendheilkunde (Anlage 13), Klinische Pathologie und Molekularpathologie (Anlage 16.1), Klinische Pathologie und Neuropathologie (Anlage 16.2), Orthopädie und Traumatologie (Anlage 23) und Radiologie (Anlage 29) wurden dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaften angepasst und sollen ab 1. Jänner 2027 Grundlage für die ärztliche Ausbildung sein.

So sollen die Rasterzeugnisse in der Fassung der 7. Novelle der KEF und RZ-V 2015 für jene Turnusärztinnen/Turnusärzte zur Anwendung gelangen, die nach dem Inkrafttreten (1. Jänner 2027) mit der Sonderfach-Grundausbildung in den genannten Sonderfächern beginnen (Abs. 3). Weiters wird festgelegt, dass Turnusärztinnen/Turnusärzte, die sich zum 1. Jänner 2027 bereits in den genannten Sonderfächern in der Sonderfach-Grundausbildung befinden, für Ausbildungszeiten, die ab diesem Zeitpunkt begonnene Sonderfach-Schwerpunktausbildung nach Vorgaben der KEF und RZ-V 2015 in der Fassung der 7. Novelle zu absolvieren haben und das ebenso im Rahmen dieser Novelle aktualisierte Rasterzeugnis als Ausbildungsnachweis zu verwenden haben (Abs. 4).

Beispiele:

a. Absolvierung der Basisausbildung von 1. Juli 2026 bis 31. März 2027 und Beginn der Sonderfach-Grundausbildung Anästhesiologie und Intensivmedizin am 1. Mai 2027 → Verwendung des Rasterzeugnisses in der Version der 7. Novelle der KEF und RZ-V 2015 für die Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung

b. Absolvierung der Basisausbildung von 1. Jänner 2025 bis 30. September 2025 und Beginn der Sonderfach-Grundausbildung Kinder- und Jugendheilkunde am 1. November 2025 → Verwendung des Rasterzeugnisses der Sonderfach-Grundausbildung von der 7. Novelle der KEF und RZ-V 2015 unberührt, da mit der Sonderfach-Grundausbildung bereits vor dem Stichtag 1. Jänner 2027 begonnen wurde. Für die anschließende Sonderfach-Schwerpunktausbildung ist das Rasterzeugnis in der Version der 7. Novelle der KEF und RZ-V 2015 zu verwenden (vgl. Abs. 4).

c. Absolvierung der Sonderfach-Grundausbildung Radiologie von 1. September 2023 bis 31. August 2026 und Beginn der Sonderfach-Schwerpunktausbildung Radiologie am 1. September 2026 → Verwendung des Rasterzeugnisses von der 7. Novelle der KEF und RZ-V 2015 unberührt, da mit dem neuen Ausbildungsabschnitt (Sonderfach-Schwerpunktausbildung) bereits vor dem Stichtag 1. Jänner 2027 begonnen wurde.

d. Absolvierung der Sonderfach-Grundausbildung Orthopädie und Traumatologie von 1. Jänner 2024 bis 31. Dezember 2026 und Beginn der Sonderfach-Schwerpunktausbildung Orthopädie und Traumatologie am 1. Jänner 2027 → Verwendung des Rasterzeugnisses in der Version der 7. Novelle der KEF und RZ-V 2015 für die gesamte Sonderfach-Schwerpunktausbildung.

Damit soll gewährleistet sein, dass sowohl den fachlich-medizinischen als auch den organisatorischen und administrativen Anforderungen hinsichtlich der Verwendung der Rasterzeugnisse entsprochen werden kann. Durch die Festlegung des Stichtages mit 1. Jänner 2027 soll ab Inkrafttreten der Novelle ausreichend Zeit zur Umstellung für alle betroffenen Personen (bspw. Ausbildungsverantwortliche und Krankenanstaltenträger) ermöglicht werden. Die aufgrund der Änderungen der Richtzahlen in den verschiedenen Rasterzeugnissen erforderlichen Anpassungen im Definitionenhandbuch gemäß § 13d ÄrzteG 1998 benötigen ebenso eine gewisse Vorlaufzeit.

Zu Z 5 (Anlage 1 Sonderfach Allgemeinmedizin und Familienmedizin):

Ziel der Novelle ist die Definition der Level und Integration von Level in Anlage 1 (Sonderfach Allgemeinmedizin und Familienmedizin), wobei zur besseren Übersichtlichkeit die Fachgebiete bzw. Wahlfächer der Sonderfach-Grundausbildung entsprechend den Vorgaben der Anlage 1 ÄAO 2015 idF

BGBI II Nr. 381/2024 und der 6. Novelle der KEF und RZ-V 2015 die Bezeichnungen „Anlage 1.B.2.1. bis Anlage 1.B.2.8.“ und die Sonderfach-Schwerpunktausbildung die Bezeichnung „Anlage 1.B.3“ erhalten haben. Die Notwendigkeit zur Integration von Level ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass nunmehr zusätzlich zu den bereits bestehenden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten auf freiwilliger Grundlage die Lern- und Ausbildungsziele im Sinne einer kompetenzbasierten Ausbildung in Form von EPAs herangezogen werden können. Für die Festlegung der zu erreichenden Mindestkompetenzlevel einzelner EPAs wurde folgendes Schema verwendet:

Level 4	alle Akutfälle
Level 4	häufige Erkrankungen in allen Pflichtfächern
Level 3	Fertigkeiten in Wahlfächern, vor allem, wenn Inhalt nicht in der Lehrpraxis erlernbar ist
Level 1-4	bei diversen Fertigkeiten

Da eine Ärztin/ein Arzt in Ausbildung eine akut lebensbedrohliche Erkrankung als solche erkennen und mit der Akutbehandlung beginnen können muss, wurden beispielsweise im Fachgebiet Innere Medizin in der Sonderfach-Grundausbildung (Anlage 1.B.2.1.2) Inhalte mit Level 4 festgelegt.

Die fachlichen Grundlagen dazu werden bereits im Rahmen der Basisausbildung erworben (vgl. Anlage 33). Dazu gehört auch, sich rechtzeitig Hilfe zu holen. Eine fachärztliche Supervision ist daher auf jeden Fall innerhalb einer gewissen Zeit notwendig.

Die Definition und Beschreibung einer EPA kann beispielsweise im Fachgebiet Innere Medizin in der Sonderfach-Grundausbildung wie folgt lauten:

EPA für Atemnot in der Ambulanz

„Erstbeurteilung und initiales Management von Patientinnen und Patienten mit Atemnot in der internistischen Ambulanz“

1. Beschreibung der Tätigkeit

Diese EPA umfasst die strukturierte Erstbeurteilung erwachsener Patientinnen/Patienten mit dem Leitsymptom Atemnot in der internistischen Ambulanz. Sie beinhaltet Anamnese, körperliche Untersuchung, Ersteinschätzung der Dringlichkeit, Einleitung einer symptomorientierten Diagnostik sowie Beginn eines initialen Therapiekonzepts inklusive Organisation der weiteren Versorgung.

2. Versorgungskontext / Setting

Typischer Kontext: Notfall- oder Akutambulanz einer internistischen Abteilung.

Patientinnen-/Patientengruppe: Erwachsene mit akuter oder subakuter Dyspnoe (z. B. kardiale, pulmonale, thromboembolische, infektiöse oder metabolische Ursache).

3. Verknüpfte Kompetenzbereiche

Medizinisches Fachwissen und klinisches Denken (Erkennen bedrohlicher Verläufe, Differenzialdiagnosen).

Notfall- und Triagekompetenz (Erkennen vitaler Bedrohung, Priorisierung von Maßnahmen).

Kommunikation mit Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Notfallteam.

Zusammenarbeit mit Pflege, Rettungsdienst, Radiologie, Intensivmedizin.

Professionalität, Umgang mit Stresssituationen, Priorisierung.

4. Voraussetzungen / Vorwissen

Grundlagen der Inneren Medizin, insbesondere Kardiologie und Pneumologie.

Basis-Notfallversorgung (ABCDE-Schema, Vitalparameterinterpretation, Sauerstofftherapie).

Interpretation von Standardlabor, Blutgasanalyse, EKG und Thoraxröntgen.

Kenntnisse über häufige Ursachen von Dyspnoe (ACS, Lungenödem, COPD/Asthma-Exazerbation, Lungenembolie, Pneumonie, Pneumothorax, Anämie, metabolische Azidose).

5. Abgrenzung und Risiko

Umfasst: Erstbeurteilung, Stabilitäts-Check, Anordnung und Priorisierung der Basisdiagnostik, Einleitung typischer initialer Maßnahmen (z. B. O₂-Gabe, Lagerung, Bronchodilatoren, Diuretika nach Rücksprache), Organisation weiterer Überwachung/Station/ICU.

Umfasst nicht: eigenständige Durchführung komplexer invasiver Maßnahmen (z. B. Intubation, Thoraxdrainage) und abschließende Langzeittherapieplanung bei komplexen Verläufen; hierbei ist unmittelbare Einbindung einer/s erfahrenen Fachärztin/Facharztes erforderlich.

6. Beobachtbare Teilaufgaben

Rasche Ersteinschätzung nach ABCDE (inkl. Bewusstseinslage, Atemfrequenz, SpO₂, Kreislauf, Temperatur).

Strukturierte, symptombezogene Anamnese (Beginn/Verlauf, Belastung vs. Ruhe, Orthopnoe, Husten, Brustschmerz, Fieber, Thromboserisiko, kardiale/pulmonale Vorerkrankungen, Medikation).

Fokussierte körperliche Untersuchung (Inspektion, Atemarbeit, Zyanose, Auskultation Herz/Lunge, Halsvenen, Ödeme, Perkussion Thorax).

Formulierung und Priorisierung einer arbeitsdiagnostischen Hypothese (z. B. ACS, Lungenödem, Lungenembolie, Exazerbation COPD/Asthma).

Anordnung und Priorisierung der Diagnostik (Labor inkl. Blutgasanalyse, Troponin/BNP/D-Dimer nach Indikation, EKG, Thoraxröntgen/CT, ggf. POC-Echo/Ultraschall, ggf. ABG).

Einleitung initialer Therapie (z. B. O₂-Gabe/Strategie, Lagerung, Bronchodilatoren, Diuretika, Antikoagulation nach Rücksprache, Analgesie) und Monitoring.

Rechtzeitige Eskalation bei drohender oder manifester Instabilität (Alarmierung Facharzt/Notfallteam, Organisation Intensiv-/Überwachungsbett).

Strukturierte Fallpräsentation im Team und vollständige, nachvollziehbare Dokumentation.

7. Kriterien guter Ausführung

Bedrohliche Zustände (z. B. respiratorische Insuffizienz, kardiogener Schock, Spannungspneumothorax) werden rasch erkannt und priorisiert.

Anamnese und Untersuchung sind zielgerichtet, erfassen Red Flags und relevante Risikofaktoren.

Differenzialdiagnosen sind plausibel und begründen das diagnostische und therapeutische Vorgehen.

Diagnostik ist leitlinienorientiert, zeitkritische Untersuchungen (z. B. EKG bei Thoraxschmerz, Blutgasanalyse bei schwerer Dyspnoe) werden rechtzeitig veranlasst.

Initiale Therapie verbessert Atemarbeit und Sicherheit des Patienten, ohne unnötige Verzögerung; Monitoring wird angepasst.

Kommunikation mit Patientin /Patient und Kollegen ist klar, respektvoll, deeskalierend in Stresssituationen.

Dokumentation ermöglicht lückenlose Nachvollziehbarkeit der klinischen Entscheidungen.

8. Supervisionsstufen (Entrustment Levels)

1: Beobachtet nur; keine eigenständige Durchführung.

2: Durchführung unter direkter Supervision am Patientenbett.

3: Durchführung mit indirekter Supervision (Supervisor in unmittelbarer Nähe / jederzeit verfügbar).

4: Selbstständige Durchführung, Supervisor im Hintergrund bei Bedarf konsultierbar.

Zielniveau definieren als Beispiel

Am Ende der Rotation Innere Medizin nach 6 Monaten: angestrebte Stufe 4 auch bei komplexeren, aber noch stabilen Fällen.

9. Assessment und Dokumentation

Assessmentformate: Direktbeobachtungen in der Ambulanz (Mini-CEX), fallbasierte Diskussionen, strukturierte Rückmeldungen aus dem Team, ggf. Checklisten.

Dokumentation: Eintrag im Logbuch/E-Portfolio mit Fallkurzbeschreibung, Setting, wahrgenommener Supervisionsstufe und Kernthemen des Feedbacks; mehrere Beobachtungen bis zur Entrustment-Entscheidung.

10. Feedback und Entwicklungsziele

Kurzfeedback unmittelbar nach der Situation (Was war gut? Was könnte in der nächsten Atemnot-Situation anders/besser laufen?).

Konkrete Lernziele festlegen, z. B. „Differenzialdiagnosen klarer priorisieren“, „strukturiere Fallpräsentation“, „frühzeitiger Einsatz von BGA“, „besseres Management von Angst/Panik bei Dyspnoe“.

Zu Z 6, 7, 8, 9, 10, 11 und 12 (Anlage 2 Anästhesiologie und Intensivmedizin, Anlage 7 Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anlage 13 Kinder- und Jugendheilkunde, Anlage 16.1 Klinische Pathologie und Molekularpathologie, Anlage 16.2 Klinische Pathologie und Neuropathologie, Anlage 23 Orthopädie und Traumatologie und Anlage 29 Radiologie):

Allgemein sollen im vorliegenden Entwurf neben einer Modernisierung und Reduktion von Richtzahlen, sprachliche und redaktionelle Anpassungen vorgenommen werden. Bei der Reduktion von Richtzahlen wurde der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft und Versorgung berücksichtigt. So wurde auch darauf geachtet, dass sich bei einigen Fertigkeiten andere Behandlungsmethoden und Eingriffsarten sowie Simulationen etabliert haben, die eine Reduktion der Richtzahlen ermöglichen. Die Qualität der ärztlichen Ausbildung sowie die Patientinnen- und Patientensicherheit werden dadurch nicht beeinträchtigt. Die sprachlichen und redaktionellen Anpassungen betreffen unter anderem die Verwendung einheitlicher Begrifflichkeiten. Als Beispiel kann hier der Begriff „Eltern“ genannt werden, der bei fachlicher und rechtlicher Möglichkeit durch den Begriff „Angehörige“ im Sinne des § 72 StGB ersetzt wurde.

Die Aufnahme des Begriffs interprofessionelle Zusammenarbeit ist im Sinne des § 49 Abs 1 ÄrzteG 1998 und der dort normierten Zusammenarbeit mit anderen Ärztinnen und Ärzten und/oder Vertretern einer

anderen Wissenschaft oder eines anderen Berufes gemeint. Jedenfalls sollen dadurch nicht die Möglichkeit der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen beeinträchtigt werden.

Zudem wurde bei der Überarbeitung auf eine einheitliche Formatierung geachtet. Ebenso wurden die Rasterzeugnisse einheitlich gegendert. Diese Grundsätze sollen auch bei künftigen Novellen und Anpassungen Berücksichtigung finden. In Einklang damit wird zudem, sofern fachlich möglich, die Verwendung von Abkürzungen und englischen Begriffen vermieden.

Zu Z 6 (Anlage 2 Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin):

Die Erfahrungen zur notärztlichen Ausbildung haben gezeigt, dass sich der Erwerb von Ausbildungsinhalten durch Simulation bewährt hat und die hierfür erforderlichen Strukturen intramural geschaffen wurden. Aus diesem Grund soll auf Vorschlag der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) die Aufnahme des Kompetenzerwerbs durch Simulation ermöglicht werden. Hiefür sollen auch in den Begriffsbestimmungen erstmals Vorgaben geregelt werden (vgl. Z 1 zu § 3 Z 7). Dies betrifft beispielsweise die Fertigkeit Pleurapunktion/Pleuradrainage, da die Techniken aus fachlicher Sicht bestmöglich im Simulationstraining erlernt werden können.

Zu Z 7 (Anlage 7 Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe):

Anlass für die Überarbeitung des Sonderfaches Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind die derzeit zu hoch angesetzten Richtzahlen bei den operativen Inhalten. Dies betrifft insbesondere Behandlungen bzw. Diagnostiken, die mittlerweile nicht mehr im intramuralen Bereich erbracht werden oder nicht mehr dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften entsprechen.

Die vorgeschlagenen Anpassungen der Richtzahlen erfolgten nach eingehender fachlicher Diskussion unter Berücksichtigung der aktuellen Versorgungsrealität in Österreich sowie der Entwicklungen des Sonderfaches Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Ziel der Überarbeitung war keine Absenkung der Ausbildungsqualität, sondern die Anpassung der Ausbildungsinhalte an die tatsächlichen Ausbildungsbedingungen und die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Kompetenzerwerbs innerhalb der vorgesehenen Ausbildungsdauer.

Ein wesentlicher Hintergrund der vorgeschlagenen Anpassungen ist die demographische Entwicklung der vergangenen Jahre. Nach einem zwischenzeitlichen Höchststand von rund 87.700 Lebendgeborenen im Jahr 2016 ist die Zahl der Geburten in Österreich auf 77.238 Geburten im Jahr 2024 beziehungsweise vorläufig 75.718 Geburten im Jahr 2025 zurückgegangen. Dies entspricht einem Rückgang von rund 14 Prozent. Die bisher geltenden Richtzahlen wurden vor dem Hintergrund deutlich höherer Geburtenzahlen festgelegt. Parallel dazu kommt es zu einer zunehmenden Zentralisierung komplexer geburtshilflicher und operativer Leistungen an spezialisierten Zentren, wodurch sich die Verteilung der Ausbildungsfälle wesentlich verändert hat.

Es soll eine Anrechenbarkeit von Operationen und Eingriffszahlen von der Sonderfach-Grundausbildung auf die Sonderfach-Schwerpunktausbildung ermöglicht werden. Eine Fertigkeit (Operations- und Eingriffszahlen), die in der Sonderfach-Grundausbildung über die erforderliche Richtzahl hinaus absolviert wurde, kann auf die Sonderfach-Schwerpunktausbildung angerechnet werden. Dies gilt jedoch nur für Fertigkeiten, die Richtzahlen im Rasterzeugnis aufweisen und zudem inhaltlich gleichlautend sowohl in der Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung vorkommen.

Zu Z 8 (Anlage 13 Sonderfach Kinder- und Jugendheilkunde):

Auf Vorschlag der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) werden in der Sonderfach-Grundausbildung infektiologische Inhalte integriert und ein erhöhter Fokus auf Kinder- und Gewaltschutz gelegt.

Zu Z 9 und 10 (Anlagen 16.1 und 16.2 Sonderfach Klinische Pathologie und Molekularpathologie und Klinische Pathologie und Neuropathologie):

Auf Anregung der Österreichische Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie (ÖGPATH) erfolgte eine Reduktion der Richtzahlen bspw. von Obduktionen. Diese und andere Reduktionen von Richtzahlen fußt darauf, dass aufgrund wissenschaftlicher Fortschritte im Fach die Komplexität und der Aufwand der Einzelfallaufarbeitung zugenommen hat.

Zudem wird das Diagnoseverfahren „Liquid Biopsy“ (Flüssigbiopsie) zur Modernisierung der Ausbildung in das Rasterzeugnis aufgenommen. Es soll auch im Rahmen der Modernisierung der Rasterzeugnisse auf die Möglichkeiten der Telepathologie und Künstliche Intelligenz (KI) in der Pathologie eingegangen werden. Damit soll der Fortschritt in der Medizin (z.B. „Virtuelle Mikroskopie und KI-assistierte

Analytik“), unter Beachtung von Patientensicherheit sowie Kosten- und Effizienzgründen, berücksichtigt werden.

Damit einhergehen jedoch nicht zwangsläufig berufsrechtliche Veränderungen. Die Sonderfachgrenze gemäß § 31 Abs 3 ÄrzteG 1998 bleibt davon unberührt.

Zu Z 11 (Anlage 23 Sonderfach Orthopädie und Traumatologie):

Anlass für die Überarbeitung des Sonderfaches Orthopädie und Traumatologie sind die derzeit zu hoch angesetzten Richtzahlen bei den operativen Inhalten. Der mit der Bundesfachgruppe Orthopädie und Traumatologie und der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT) abgestimmte Entwurf soll dieser Problematik entgegenwirken.

Zu Z 12 (Anlage 29 Sonderfach Radiologie):

Es soll eine Anrechenbarkeit von Untersuchungen und Behandlungen von der Sonderfach-Grundausbildung auf die Sonderfach-Schwerpunktausbildung ermöglicht werden. Eine Fertigkeit (Fallzahlen), die in der Sonderfach-Grundausbildung über die erforderliche Richtzahl hinaus absolviert wurde, kann auf die Sonderfach-Schwerpunktausbildung angerechnet werden. Dies gilt jedoch nur für Fertigkeiten, die Richtzahlen im Rasterzeugnis aufweisen und zudem inhaltlich gleichlautend sowohl in der Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung vorkommen.

Von der Österreichischen Röntzengesellschaft (ÖRG) wurde der Vorschlag eingebracht die Röntgenschwachbestrahlung als allfälligen Ausbildungsinhalt in die Ausbildung im Sonderfach Radiologie wiederaufzunehmen. Derzeit ist die Anwendung von Orthovolttherapien bzw. Röntgenschwachbestrahlung ausschließlich Fachärztinnen und Fachärzten für Strahlentherapie-Radioonkologie vorbehalten, da diese Therapieform seit Einführung des Sonderfaches Strahlentherapie-Radioonkologie im Rahmen der ÄAO 1994 nur mehr in dessen Rasterzeugnissen aufscheint sowie dem Aufgabengebiet dieses Sonderfaches zugeordnet ist. Diesem Vorschlag soll nachgekommen werden.

Zu Z 13 und 15 (Anlagen 36 und 38 Muster-Rasterzeugnis Sonderfach-Grundausbildung für die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und Muster-Rasterzeugnis Sonderfach-Schwerpunktausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)

Das erreichte Level ist nach Beurteilung durch die Ausbildungsverantwortliche/ den Ausbildungsverantwortlichen in der hierfür vorgesehenen Tabelle in den Rasterzeugnissen entsprechend Anlage 36 und 38 anzugeben und mit Unterschrift zu bestätigen. Bei den angegebenen Level handelt es sich um Mindestkompetenzlevel, wobei das Erreichen eines höheren Levels nicht nur möglich, sondern auch empfehlenswert sein kann bspw. im Sinne einer individuellen Schwerpunktsetzung im Hinblick auf die künftige Tätigkeit.

Im Rasterzeugnis besteht die Möglichkeit den jeweiligen Fortschritt des erreichten Levels durch Unterschrift und Angabe des Datums einzeln zu dokumentieren. Diese dynamische Dokumentationsmöglichkeit entspricht der Praxis der steigenden Kompetenz mit steigendem Ausbildungsfortschritt.

Zu Z 14 und 16 (Anlagen 37 und 39 Muster-Rasterzeugnis Sonderfach-Grundausbildung eines anderen Sonderfaches und Muster-Rasterzeugnis Sonderfach-Schwerpunktausbildung eines anderen Sonderfaches):

Die Muster-Rasterzeugnisse Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung eines anderen Sonderfaches wurden an die Muster-Rasterzeugnisse des Sonderfaches Allgemeinmedizin und Familienmedizin der 6. Novelle der KEF und RZ-V 2015 angepasst.

Die Rasterzeugnisse sind gemäß § 23 Abs. 2 ÄAO 2015 von der/vom Ausbildungsverantwortlichen zu unterzeichnen. Der Wegfall des Unterschriftenfeldes für eine Ausbildungsassistentin/einen Ausbildungsassistenten gründet darauf, dass hierfür keine rechtliche Grundlage gegeben war und ist. Analog zu § 13 Abs. 6 ÄrzteG 1998 können Ausbildungsassistentinnen/Ausbildungsassistenten jedoch die Ausbildungsverantwortliche/den Ausbildungsverantwortlichen unterstützen, weshalb selbstverständlich einzelne Inhalte inkl. Levels im Kompetenzbereich abgezeichnet werden können. Unter dem Begriff Ausbildungsassistentin/Ausbildungsassistent ist eine zur selbständigen Berufsausübung berechnete Fachärztin/ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Facharzt des jeweiligen Sonderfachs zu verstehen, die/der die Ausbildungsverantwortliche/den Ausbildungsverantwortlichen unterstützt (vgl. *Aigner/Zahl* in *Stöger/Zahl*, ÄrzteG § 11 Rz 1 (Stand 1.1.2023, rdb.at)). Eine Assistenzärztin/Ein Assistenzarzt ist hingegen eine Ärztin/ein Arzt in Ausbildung.

Die Angabe des Geschlechts auf dem Deckblatt des Rasterzeugnisses entfällt. Die eindeutige Zuordnung der Person wird durch die Angabe der ÖÄK-Eintragungsnummer bzw. ÖÄK-Arzt Nummer weiterhin gewährleistet.