



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und  
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte  
für Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Vorname Name <b>Antragsteller</b>	
Landkreis/Stadt	
Standorte/ Außenstellen/etc.	
LAGuS (Standort)	
Tätig in welchem Fachgebiet des ÖGD	

<input type="checkbox"/>	<b>Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis</b>
--------------------------	--

oder

<input type="checkbox"/>	<b>Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis*</b> * Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.
--------------------------	---

oder

<input type="checkbox"/>	<b>Antrag auf Erteilung einer Verbundbefugnis</b> mit der/den Einrichtung/-en ... Die an der Verbundeinrichtung verantwortlichen Ärzte müssen ebenfalls eine entsprechende WB-Befugnis haben/beantragen.

Beantragung der WB-Befugnis in Monaten		Monate
--	--	--------

<b>Tätigkeit als ...</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>angestellter Arzt</b>			
	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden	% /	h/Woche
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges:</b>			

<b>Weitere Tätigkeit</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
z. B. in einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis, einer weiteren Praxisniederlassung, MVZ oder als Belegarzt etc.			
in einem Umfang von			Wochenstunden
Angabe des weiteren Tätigkeitsortes			

**Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)**

<b><u>Personalschlüssel / Personelle Besetzung (Zahlenangabe)</u></b>			
	Standort	Facharztqualifikation	Anzahl
Fachärzte			
Psychologen			
Ärzte in Weiterbildung			

<b>Teilnahme an Qualitätssichernden Maßnahmen</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche			

Die Weiterzubildenden Ärzte erhalten ein gegliedertes Programm für die <b>Weiterbildung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann wurde es zuletzt aktualisiert?		

Dokumentierte Gespräche mit dem Weiterzubildenden zum Stand der Weiterbildung werden durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mindestens vierteljährlich	<input type="checkbox"/>	
Mindestens halbjährlich	<input type="checkbox"/>	
Mindestens einmal im Jahr	<input type="checkbox"/>	

<b>Welche Perspektive haben Weiterzubildende nach Abschluss Ihrer Weiterbildung bei Ihnen?</b>	
<input type="checkbox"/>	nur Weiterbildung
<input type="checkbox"/>	Anstellungsverhältnis

Ich bin einverstanden, dass das von mir eingereichte WB-Curriculum/-Programm auf der Homepage der Ärztekammer zusammen mit meiner Befugnis veröffentlicht wird.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

**Anerkennung der Rechte und Pflichten als Weiterbilder:**

Mir ist bewusst, dass die Weiterbildung eine besonders ehren- und verantwortungsvolle Aufgabe ist, die neben der fachlichen Eignung vor allem auch eine persönliche Eignung und besondere Vorbildfunktion voraussetzt.

Ich verpflichte mich eine zügige und umfassende Weiterbildung gemäß dem Weiterbildungsprogramm/-curriculum in kollegialer Atmosphäre und im gegenseitigen Respekt zu ermöglichen und alle erforderlichen Unterlagen zeitnah zu erstellen, auszuhändigen und auf angemessene Arbeitsbedingungen hinzuwirken.

Ich anerkenne die Rechte und Pflichten der Befugten zur Weiterbildung.

Die Anlässe zur Prüfung der persönlichen Eignung als Weiterbildungsbefugter i. S. d. § 5 Abs. 2 Weiterbildungsordnung der Ärztekammer M-V (WBO ÄK MV 2020) sind mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

**Kompetenzbogen Facharzt-Weiterbildung Öffentliches Gesundheitswesen**

Bitte lesen Sie die zeitlichen Anforderungen an die Weiterbildung (Weiterbildungsabschnitte) in der der WBO ÄK MV 2020 auf der Homepage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern nach.

[Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern \(aek-mv.de\)](http://aek-mv.de)

Antragsteller

---

WB-Stätte

---

Berichtszeitraum  
(12 Monate)

---

Hinweise:

**KM: Kognitive und Methodenkompetenz** (Kenntnisse)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit systematisch einordnen und erklären können.

Bitte kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann als vermittelbar an, wenn eine vollständige Kognitive und Methodenkompetenz vermittelt werden kann = „systematisch einordnen und erklären“.

**H: Handlungskompetenz** (Erfahrungen und Fertigkeiten)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit eigenverantwortlich durchführen können.

Bitte kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann als vermittelbar an, wenn die Handlungskompetenz vollständig vermittelt werden kann = „selbständig durchführen“.

Mitwirkung: Dem Weiterzubildenden muss die Teilnahme an einer Untersuchung/Therapie, die primär durch einen anderen Arzt erbracht wird, auch interdisziplinär ermöglicht werden.

Folgende Facharzt-Kompetenzen sind an der WB-Stätte von mir/uns vollständig vermittelbar:

Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Öffentliches Gesundheitswesen			
KM	Verfahren, Normen und Standards der öffentlichen und kommunalen Gesundheitssicherung und der Gesundheitsverwaltung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Umsetzung, Sicherstellung und Implementation der bevölkerungsbezogenen rechtlichen und fachlichen Normen der Gesundheitssicherung und des Gesundheitsschutzes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Zusammenarbeit und Kommunikation mit politischen Vertretern und zivilgesellschaftlichen Institutionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung und Unterstützung von politischen Vertretern und zivilgesellschaftlichen Institutionen zu gesundheitspolitischen Fragestellungen (Gesundheitsplanung, -sicherung, -schutz, besondere Gefährdungslagen) sowie bei der Risikokommunikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gesundheitsberichterstattung			
KM	Epidemiologie, Statistik, Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsberichterstattung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Bewertung der gesundheitlichen Versorgung und des Gesundheitszustandes von Bevölkerungsgruppen, u. a. Analyse und gesundheitliche Bewertung gemeindebezogener Planungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>Prävention und Gesundheitsförderung</b>			
KM	Konzepte und Methoden zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Präventionsprogrammen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Priorisierung, Initiierung, Koordination und Evaluation von Strategien und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung von Bevölkerungsgruppen, z. B. Impfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Infektionsschutz</b>			
KM	Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Epidemiologie, Klinik, Diagnostik, Therapie und Prävention meldepflichtiger Infektionskrankheiten/Erreger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung, Vorbeugung, Surveillance, Risikobewertung und Durchführung von Maßnahmen zur Reduktion übertragbarer Erkrankungen bei Einzelnen und von Bevölkerungsgruppen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Umweltbedingte Gesundheitsbelastungen</b>			
KM	Umweltbedingte gesundheitliche Belastungen und Schädigungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Risikoanalyse, -bewertung, -kommunikation und -management umweltbedingter gesundheitlicher Belastungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Begutachtungen im Amtsärztlichen Dienst</b>			
H	Erstellung amtsärztlicher und anderer Gutachten nach unterschiedlichen Rechtsgrundlagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Beratung von Individuen und Institutionen im Rahmen der Begutachtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Amtsärztliche Aufgaben</b>			
KM	Gesundheitshilfen und Maßnahmen für Bevölkerungsgruppen mit besonderem Förderbedarf oder Menschen, deren ausreichende gesundheitliche Versorgung nicht gewährleistet ist	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung, Initiierung und subsidiäre Sicherstellung von Gesundheitshilfen und Fördermaßnahmen im sozialen Umfeld/Setting	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Kinder- und jugendärztliche Aufgaben</b>			
KM	Gesundheitshilfen und Fördermaßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie deren Umfeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Prävention und Gesundheitssicherung in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindertagesstätten und Schulen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Erkennung und Vermeidung von Gesundheitsschäden und -beeinträchtigungen im Sinne des Kinderschutzes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung, Initiierung und subsidiäre Sicherstellung von Gesundheitshilfen und Fördermaßnahmen im sozialen Umfeld/Setting bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sozialpsychiatrische Aufgaben</b>			
KM	Gesundheitshilfen und Maßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen sowie deren Umfeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung, Initiierung und subsidiäre Sicherstellung von Gesundheitshilfen und Fördermaßnahmen im sozialen Umfeld/Setting bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Aspekte der Unterbringung, Betreuung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Differentialdiagnostik der häufigsten psychischen Erkrankungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>Pandemieplanung und Katastrophenschutz</b>			
KM	Krisenmanagement, Notfallplanung und Risikokommunikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung bei Großschadensereignissen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Aufstellung von Alarmplänen im Infektionsschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der Mitarbeit in Krisenstäben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Hygiene und Gesundheitsschutz, Krankenhaushygiene</b>			
KM	Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in medizinischen Einrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Hygienemanagement und Aufgaben des Hygienefachpersonals	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung der infektionshygienischen Überwachung und Gefährdungsanalyse mit Beratung, Bewertung und Überprüfung der hygienischen Standards in medizinischen Einrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Hygienische Beratung bei der Bauplanung, Bauausführung und dem Betrieb von hygienerelevanten Gewerken, medizinischen Einrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Ausbruchs- und Krisenmanagement einschließlich Moderation und Kommunikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen des Aufnahme- und Entlassungsmanagements bei multiresistenten Erregern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Rationaler Antiinfektiva-Einsatz und Anwendung von Strategien zur Prävention von Über- und Fehlverordnung in der ambulanten und stationären Versorgung sowie Mechanismen mikrobieller Resistenzentwicklung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel  
Einrichtung

**Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Anlagen bei:**

*(falls nicht bereits in vorherigen Antragsverfahren eingereicht oder Änderungen eingetreten sind)*

1. beruflicher Werdegang
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder und evtl. Besonderheiten der WB-Stätte
3. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten Weiterbildungsabschnitt an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
4. Landesstatistik des Ministeriums für das Öffentliche Gesundheitswesen
5. Formular: Erklärung zur Teilnahme an Verbundregelungen

Das entsprechende Formular für Punkt 5 finden Sie unter:

[www.aek-mv.de](http://www.aek-mv.de) / Ärztin & Arzt / Weiterbildung/ Weiterbildungsbezugnis / Anträge auf Erteilung einer Befugnis / Anträge zum Download / Anlagen zum Antrag