

Evaluation der Weiterbildung

(Kernfragebogen für Weiterbildungsbefugte)¹

| Allgemeine Angaben zu Ihrer Person | | | | | | |
|---|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Alter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ≤ 34 | 35-39 | 40-49 | 50-59 | 60-65 | > 65 |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich | | <input type="checkbox"/> weiblich | | <input type="checkbox"/> divers | |
| Befugnis/Befugnisse zur Weiterbildung | <input type="checkbox"/> zum Facharzt für _____ <input type="checkbox"/> im Schwerpunkt _____ | | | | | |
| Seit wie vielen Jahren bilde ich mit einer Befugnis weiter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | < 2 | 2 bis 5 | 5 bis 10 | > 10 | | |
| Befugnisumfang | <input type="checkbox"/> vollumfängliche Befugnis ² <input type="checkbox"/> Teilbefugnis ³ | | | | | |
| Befugnisform | <input type="checkbox"/> Einzelbefugnis <input type="checkbox"/> Verbundbefugnis ⁴ <input type="checkbox"/> Teambefugnis/Gemeinsame Befugnis ⁵ | | | | | |
| Befugnis im Bereich | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Behörde/Öffentlicher Gesundheitsdienst <input type="checkbox"/> sonstige Einrichtung: _____ | | | | | |
| Anzahl der aktuell weiterzubildenden Ärzte (WBA) | _____ | | | | | |

¹ Die in diesem Kernfragebogen verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

² Vollbefugnis – max. möglicher Befugnisumfang, den ein Weiterbildungsbefugter für den entsprechenden Weiterbildungsgang erhalten kann

³ Teilbefugnis – Befugnisumfang unterhalb des max. möglichen Befugnisumfangs

⁴ Verbundbefugnis – mehrere Befugte bringen ihre Befugnisse in einen Verbund ein und bilden gemeinsam eine bestimmte Weiterbildungszeit ab. Bspw.: Befugter ist mit einem/mehreren Befugten in einem Verbund organisiert, um den Weiterbildungsgang möglichst vollständig abzubilden, d. h. Rotationen sind inklusive.

⁵ Teambefugnis/Gemeinsame Befugnis – mehrere Befugte teilen sich eine Befugnis; z. B. mehrere WBS, Teilzeitbefugnis

| Allgemeine Angaben zur Weiterbildung | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | immer | überwiegend | selten | nie |
| Die Weiterbildung der WBA ist für mich ein wichtiges Thema im täglichen Arbeitsablauf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An meiner Weiterbildungsstätte (WBS) erfolgt die Anleitung durch: <i>(Mehrfachnennung möglich)</i> | | | | |
| mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chefarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ltd. (Ober-)Arzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oberarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Facharzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erfahrenen Arzt in Weiterbildung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich gebe regelmäßig und zeitnah eine Rückmeldung zur Arbeit (Anerkennung oder auch konstruktive Kritik). | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | |
| Den WBA wird vor/bei der Aufnahme der Tätigkeit ihrer Weiterbildung an meiner WBS ein schriftliches, gegliedertes Weiterbildungsprogramm ausgehändigt. | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | |
| Die Weiterbildung kann an den individuellen Bedarf der WBA angepasst werden. | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Ich führe ein strukturiertes Weiterbildungsgespräch mit den WBA durch. <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i></p> | <input type="checkbox"/> 1x jährlich | <input type="checkbox"/> nach jedem WB ⁶ -Abschnitt | <input type="checkbox"/> nach Bedarf |
| <p>Ich bestätige die vom WBA geleisteten Weiterbildungsinhalte im Logbuch. <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i></p> | <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei WB-Gesprächen <input type="checkbox"/> nur am Ende des jeweiligen WB-Abschnitts <input type="checkbox"/> am Ende der WB | | |
| <p>Ich bestätige die mit dem WBA durchgeführten Weiterbildungsgespräche im Logbuch.</p> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

| | immer | überwiegend | selten | nie |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| An meiner WBS habe ich ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen, um eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zu ermöglichen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Für meine WBS ist Weiterbildung der WBA ein wichtiges Thema und wird bei der Planung und Organisation der Arbeitsabläufe berücksichtigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An meiner WBS kann ich folgende Inhalte strukturiert vermitteln: | | | | |
| Kompetenzen, die für eine eigenständige und eigenverantwortliche ärztliche Tätigkeit erforderlich sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ärztliche Gesprächsführung und situationsgerechte Kommunikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

⁶ WB = Weiterbildung

Kernfragebogen WBB

| | | | | |
|---|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Beherrschung von medizinischen Notfallsituationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einordnung und Bewertung wissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Anwendung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berücksichtigung rechtlicher Grundlagen (z. B. Weiterbildungsordnung, Berufsordnung, Sozialgesetzgebung, Haftungsrecht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anwendung digitaler Technologien und Medien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An meiner WBS wird die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An meiner WBS wird die kollegiale Zusammenarbeit gefördert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An meiner WBS wird die fachübergreifende/interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An meiner WBS werden Meldungen von Zwischenfällen systematisch dazu genutzt, um Prozesse und Strukturen zu verbessern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine WBS unterstützt die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen. | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | |
| Falls ja, wie? (Mehrfachauswahl möglich) | <input type="checkbox"/> durch Kostenerstattung (teilweise oder vollständig) <input type="checkbox"/> mittels Freistellung von der regulären Arbeitszeit | | | |
| Meine WBS unterstützt die Teilnahme an Weiterbildungskursen (sofern vorgesehen). | <input type="checkbox"/> ja | | <input checked="" type="checkbox"/> nein | |
| Falls ja, wie? (Mehrfachauswahl möglich) | <input type="checkbox"/> durch Kostenerstattung (teilweise oder vollständig) <input type="checkbox"/> mittels Freistellung von der regulären Arbeitszeit | | | |

**Anmerkungen,
die aus Ihrer
Sicht wichtig sind,
um eine
Verbesserung der
Weiterbildung zu
erzielen:**