

Change in postgraduate medical education – how much didactic shaping is possible at all? A document analysis of the guideline regulations on specialty training 1992-2018 with a focus on surgery

Abstract

Background: The structures of postgraduate medical education are regulated by the (guideline) regulations on specialty training ((M-)WBO). This formal structure is the result of medical discourse between medical associations, specialist societies and other associations. Various developments can be seen in the WBO. This study examines whether changes at the level of the WBO can contribute to changing and didactically optimizing postgraduate education in hospitals.

Methods: Based on Mayring's theory a document analysis of the MWBO 1992, 2003 and 2018 was carried out with an additional focus on aspects of surgery. For this purpose, texts and contents of the MWBOs were compared and word frequencies were analyzed. In addition, three guided interviews with experts were conducted and analyzed according to Kuckartz using MAXQDA. The experts were selected based on their position and their involvement in the MWBO adaptation process.

Results: The analysis of the WBO shows that efforts are being made to adapt specialty training in hospitals in order to make it more structured and didactically optimized. Concepts are being introduced and, in some cases abolished (e.g. specialist knowledge "Fachkunden") or further developed (e.g. competencies). The word frequency analysis shows the use of the same eight most frequent terms, which seem to define the basic character of postgraduate education. There are also obstacles to communication between the medical self-administration and the clinical stakeholders, which limit the possibilities for change.

Conclusion: For implementation of the WBO in hospitals, clinicians need to be included even more intensively. This should not only take place during the development of the WBO, but especially during its implementation in the hospitals themselves to enable better integration of the new structures and didactic concepts of the WBO.

Keywords: specialty training, postgraduate education, surgery, didactics

Sarah Prediger¹

Daniela Rastetter²

Sigrid Harendza¹

1 University Medical Center
Hamburg-Eppendorf, III
Medical Clinic, Hamburg,
Germany

2 University of Hamburg,
Faculty of Economics and
Social Sciences, Hamburg,
Germany

1. Background

Postgraduate medical education is an essential part of the professional socialization process of physicians. In Germany, it is designed as “learning on the job” and takes place during clinical work. Physicians in postgraduate education are also employees in a hospital and are defined as employees who receive their specialty training while working, i.e. on the side. The structures of postgraduate education are regulated by the specialty training regulations (“Weiterbildungsordnung”, WBO) and additional training guidelines (“Weiterbildungsrichtlinien”, WB-RiLi). This formal structuring is the result of medical discourse at the level of the State Chambers of Physicians, specialist societies (“Fachgesellschaften”, FG) and other medical associations and is thus organized and implemented by the medical profession itself. Initially, guideline regulations on specialty training (“Musterweiterbildungsordnung”, short: MWBO) are drawn up in this process, which, following its adoption by the German Medical Assembly (“Deutscher Ärztetag”, DÄT), is transposed into state law with the publication of a state-specific WBO by the relevant State Chamber of Physicians (“Landesärztekammer”, LÄK). In the following, the term MWBO is used when explicitly referring to the MWBO document, otherwise the generally used term WBO is used.

A total of nine WBOs were published between 1924 and 2018. Looking at the historical development of the structuring of specialty training in the shape of the WBO, three processes can be identified:

1. differentiation,
2. structuring and
3. didacticization [1].

The first regulation, known as the “Facharztordnung”, was adopted at the 43rd DÄT in 1924 with the title: “Guidelines for the recognition and practical activities of medical specialists”. The reason for the first guidelines was a long discussion about specialization in medicine and the “full doctor” (Vollarzt) status (in the sense of one physician is able to handle all diseases) can be established at the time [2], [3], [4]. However, the latter was gradually replaced by a progressive specialization process. In the following years, the development of the WBO was characterized by a process of differentiation in which more specialist titles were steadily defined. In 1968, now under the title “Weiterbildungsordnung”, the concept of subspecialization was introduced and a division into areas, sub-areas and additional designations was implemented for the first time. These changes were initiated, on the one hand, because signs of division were emerging between the major disciplines of surgery and internal medicine [4], and, on the other hand, because the content and boundaries of the subspecialties needed to be more clearly defined [2]. As a supplement to the WBO, WB-RiLi were also issued for the first time at this time as “guidelines” for trainers, trainees and the State Chambers

of Physicians. The WB-RiLi set out in detail what knowledge and skills had to be taught in specialty [4].

The introduction of examinations for specialist diploma with the WBO 1976 led to a change in philosophy away from the assumption of an automatic acquisition of knowledge, skills and abilities through daily work practice towards an increased regulation with the specification of obligatory content and reference figures [5]. From 1968 onwards, structuring considerations were increasingly incorporated into the WBO. Various structuring concepts were introduced, renamed and in some cases discarded [1]. In 1992, the “subspecialties” were renamed “specialties” and so-called “specialist knowledge” (“Fachkunden”) and “optional specialty training” (“fakultative Weiterbildung”) were introduced in order to make it possible to teach the large areas in a manageable amount of time and to make special content optional [5]. Since 2003, in addition to further attempts at structuring, didacticization efforts have been evident for the first time in the WBO regulations, which have been further strengthened in the currently valid WBO 2018 [1]. The development of the WBO 2018 was already decided in 2010 by the mandate of the DÄT and confirmed two years later with the demand for a competence-based WBO [5], [6]. Subsequently, the “Committee for Postgraduate Education” (“Ständige Kommission Weiterbildung”, Stäko) developed the currently valid MWBO with representatives from the LÄK and the German Medical Association (“Bundesärztekammer”, BÄK), with the participation of the FG, professional associations, umbrella organizations and other medical organizations. The WBO 2018 has only been gradually implemented in hospitals since 2020, with some LÄKs not putting the new regulations into effect until 2022 [1]. The process of developing the new WBO has therefore taken over 10 years, which highlights the length and complexity of this process of change. The reluctance of the federal states to exert political influence on the WBO is sometimes critically assessed as “quasi-complete state abstinence in matters of medical service planning and quality assurance” and the resulting “dysfunctional separation” between the educational phases of undergraduate and postgraduate medical education is criticized [7].

With reference to the development of the WBO described above, this study uses the analysis of the adaptation of the WBO between 1992 and 2018 to examine to which extent the aspired changes can contribute to changing and didactically optimizing postgraduate education in hospitals.

2. Methods

The qualitative study described here is part of a more comprehensive study on postgraduate medical education using the example of surgery, which was conducted in 2019 [1]. An analysis of the formally defined structure for specialty training in the form of the MWBO was carried out. This was done both generally for specialty training and for specific aspects of surgery. A research design

with a method triangulation [8] consisting of a non-reactive procedure (document analysis of the MWBO 1992, 2003 and 2018) and a supplementary reactive procedure (qualitative, guided expert interviews) was chosen in order to overcome the respective methodological limitations. The document analysis as the main method was carried out according to Mayring [9]. An analysis for differences was conducted, comparing the texts and content as well as analyzing word frequencies. This was done with the software MAXQDA 2020 (version 20.4.1). In addition, the development of the so-called “surgical catalogs” was examined, in which the reference figures for surgical interventions according to WB-RiLi were compared. The selection of the three MWBOs resulted from a consideration of the overall historical development, as these three regulations were subject to greater adjustments and, as indicated above, for the first time more significant structuring and didacticization approaches were incorporated into the MWBOs. In addition to the document analysis, expert interviews were conducted with stakeholders involved in the process to gain a deeper understanding of the changes made and the inherent system logic. This was not a case-by-case analysis, but rather a focus on expert status. One expert from the German Medical Association (BÄK) (103 min), one from State Chamber of Physicians (LÄK) (68 min) and one from the German Society for Surgery (FG) (59 min), who were actively involved in the process, were selected to cover the three relevant perspectives. Due to the selection of well-informed experts, the number of one person per perspective was considered sufficient. The interviews were audio-documented, transcribed with f4transcript (version 7.0.6) and analyzed with MAXQDA 2020 according to Kuckartz [10].

3. Results

In the word frequency analysis examining the terms used for the specialty training regulations, the use of the same eight terms in all three WBOs within the respective list of the 25 most frequent is revealed:

1. postgraduate education,
2. area,
3. therapeutic methods,
4. illness/diseases,
5. knowledge,
6. experience,
7. skills and
8. basics.

These terms thus appear to define the fundamental and temporally consistent character of specialty training, which the WBO is intended to reflect. The WBO is therefore about differentiation according to (medical) “areas”. It is also about learning “therapeutic methods” for various “illnesses/diseases” and thereby acquiring “knowledge”, “skills” and “experience”. This provides the “basics” for working as a specialist in the respective areas.

The document comparison with regard to structuring and didacticization revealed two major changes (see figure 1). In the first step (from 1992 to 2003), the change can be classified as an improved textual clarity and more transparency as well as fundamental structural adjustments. An overview of these adjustments can be found in table 1. From 2003, the structural adjustment initiated the earliest possible specialization within the first specialty training. Since then, instead of first completing specialty training to become a surgeon and then acquiring a subspecialty, for example visceral surgery, specialty training in visceral surgery is completed immediately after licensing. Here, the number of years and requirements has been significantly reduced in the WBO. This also becomes apparent when comparing the mandatory reference figures between 1992 in the subspecialty “visceral surgery” with the figures that were stipulated from 2003 for specialty training in “visceral surgery” (see table 2). The compulsory reference figures indicate a stronger structuring and regulation of the area of examination and surgical treatment methods that was already being applied in 1992. While no such specifications were made in 1987, these were explicitly defined with quantitative specifications from 1992 onwards. Even though these reference figures were greatly reduced again from 1992 to 2003, the structuring of this area remains in the figures. The reference figures for surgical interventions decreased from 1987 to 1992 and then only increased again in the area of general surgery from 2018. The comparability of the figures between 1992 and 2003 is somewhat limited overall, as the concept of basic specialty training was introduced, which was intended to cover the first two years of specialty training. This change must therefore be considered when interpreting the changed figures. In table 2, the reference figures for basic specialty training are inserted in an additional column (“basic”). These must be added to the figures for general surgery (in the table: “general”) or to the column for visceral surgery to enable comparability.

In retrospect, the BÄK puts the conceptual introduction of basic specialty training into perspective:

“You know, the word basic specialty training is misleading. It was not BASIC specialty training. It was ALWAYS and that’s how we defined it, but never put it in writing, it was the intersections between the individual specializations.” (BÄK: 24)

In addition to the structural adjustment, the first didactic considerations in the transition from MWBO 1992 to MWBO 2003, such as the newly prescribed documentation obligation in so-called logbooks and annual specialty training dialogues, are also evident.

In the second step (from 2003 to 2018), the aim of the amendment, namely a fundamental reorganization with a focus on content and skills instead of time requirements with “*didactically adequate and appropriate* [reference figures]” [11] was implemented. In addition, the WBO 2018 was intended to further improve quality and transparency (e.g. with the help of the electronic logbook and specialty training plans). With the introduction of the

Objective is mentioned casually as part of the content (implicit formulation of objectives)

Prior formulation of objectives as a didactic tool

Introduction of basic specialty training

Integration of the competence concept into the overall structure

Integration of basic further training into the individual specialties

7. Chirurgie

Definition:
Die Chirurgie umfaßt die Erkennung und Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen mit den entsprechenden Untersuchungsverfahren, konservativen und operativen Behandlungsverfahren des Gebietes einschließlich der gebietsbezogenen Intensivmedizin, den Nachsorgeverfahren des Gebietes sowie der Rehabilitation in jedem Lebensalter

Weiterbildungszeit:
5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gem. § 8 Abs. 1, davon 6 Monate in der nichtspeziellen chirurgischen Intensivmedizin.
Angerechnet werden kann 1/2 Jahr Weiterbildung in Anästhesiologie oder Anatomie oder Herzchirurgie oder Kinderchirurgie oder Neurochirurgie oder Orthopädie oder Pathologie oder Plastische Chirurgie oder Urologie.
1 Jahr der Weiterbildung kann bei einem niedergelassenen Arzt abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:
Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinen Diagnostik und Differentialdiagnostik chirurgischer Erkrankungen, insbesondere in den instrumentellen Untersuchungsverfahren, der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung der Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen des Gebietes, der selbständigen Durchführung der operativen Eingriffe des Gebietes einschließlich der zur Grundversorgung erforderlichen gefäßchirurgischen, thoraxchirurgischen, unfallchirurgischen und visceralkirurgischen Eingriffe.

Hierzu gehören in der Chirurgie
1. Eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in
- der Pathophysiologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik chirurgischer Erkrankungen

Excerpt from the MWBO 1992 [11]

7.8 Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie
(Viszeralchirurg/Viszeralchirurgin)

Weiterbildungsziel:
Ziel der Weiterbildung ist aufbauend auf der Basisweiterbildung die Erlangung der Facharztkompetenz Viszeralchirurgie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.

Weiterbildungszeit:
72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- **24 Monate** Basisweiterbildung im Gebiet Chirurgie
- **48 Monate** Weiterbildung zum Facharzt für Viszeralchirurgie, davon können bis zu
 - 12 Monate in einer der anderen Facharztweiterbildungen des Gebietes Chirurgie, in Anästhesiologie, Anatomie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Pathologie und/oder Urologie angerechnet werden
 - 12 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet/angerechnet werden

Weiterbildungsinhalt:
Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in
- der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachbehandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen, Fehlbildungen innerer Organe insbesondere der gastroenterologischen, endokrinen und onkologischen Chirurgie der Organe und Weichteile
- der operativen und nichtoperativen Grund- und Notfallversorgung bei viszeralchirurgischen einschließlich der koloproktologischen Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen und Infektionen

Excerpt from the MWBO 2003 [12]

Gebiet Chirurgie

Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie
(Viszeralchirurg/Viszeralchirurgin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.
Weiterbildungszeit	72 Monate im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> • müssen 48 Monate in Viszeralchirurgie abgeleistet werden • müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden • müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden - können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
<u>Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietspezifischer Ausprägung</u>		
<u>Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Chirurgie</u>		
<u>Übergreifende Inhalte im Gebiet Chirurgie</u>		
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien		

Excerpt from the MWBO 2018 [13]

Improved structuring and clarity

Basic didactic concept

Integration of the WB-RiLi into the MWBO

Figure 1: Visual comparison of the structure of the three MWBOs (1992, 2003 and 2018) and presentation of the adaptation

Table 1: Summarized presentation of the most important changes between the MWBOs

	MWBO 1992	MWBO 2003	MWBO 2018
Philosophy	training of generalists with subsequent specialization	early specialization	early specialization
Structural components	areas	areas	areas
	-	basic specialty training for selected areas (surgery, internal medicine, ENT, pathology, pharmacology)	consistent specifications within the training courses
	sub-specialization for selected areas (surgery, diagnostic radiology, internal medicine, pediatrics, orthopedics)	sub-specialization for selected areas (Gynecology and obstetrics, pediatrics and adolescent medicine, psychiatry and psychotherapy, radiology)	sub-specialization for selected areas (Gynecology and obstetrics, pediatrics and adolescent medicine, psychiatry and psychotherapy, radiology)
	specialist knowledge, optional specialty training	-	-
Didactic aspects	-	introduction of competence concept	integrated competence concept
	no documentation obligation	obligation to document in the logbook	obligation to document in the electronic logbook
	-	annual training interviews	annual training interviews
Certification of surgical interventions	reduction of the reference figures by delimiting the focuses	reduction of reference figures (comparability limited by introduction of early specialization)	increase in individual reference figures or partial reduction, respectively
	less freedom in certification	many degrees of freedom in certification	less freedom in certification

Table 2: Comparison of the development of reference figures

	Guideline regulations on specialty training ¹							
	1987 ²	1992		2003			2018	
Bereiche	Surgery		Visceral (SP)	Basic	General	Visceral	General	Visceral
Methods of examination/ treatment	n.a.	1.690	835	235	475	450	820	1.080 ³
Surgical interventions	440	362	510	-	360	455	470	399
Assist/participate (for surgical interventions with a higher degree of difficulty)	n.a.	n.a.	n.a.	100 ⁴	25	60	n.a.	80

Source: [13], [14], [15], [16]; own compilation

- 1 The documents of the WB-RiLi were published later, the years in the table refer to the respective MWBO for better clarity.
- 2 In order to understand the change in the reference figures for the MWBOs from 1992 onwards, the reference figures for the previous WBO 1987 were also counted here.
- 3 This reference figure includes 800 ultrasound examinations.
- 4 These are assisted and guided operations for operations that are not defined in more detail, whereby this information is not specific and, in the latter case in particular, does not relate to operations of a higher degree of difficulty. In addition, 50 procedures from outpatient surgery are included here.

concept of competence in the MWBO 2003, linguistic changes were made in this regard. Competence is defined for the first time under “definitions” (§2a) and then increasingly used (196 mentions, 12 of which are in the paragraph section, compared to the single mention in the MWBO 1992). This already shows the initial integration of the competence concept.

In the MWBO 2018, the use of competence terms expands significantly. In the newly introduced tabular presentation of specialist medical content (in section B), the various levels of competence (cognitive and methodological competence or operational competence) are presented as table columns (see figure 1). This leads to a correspondingly more frequent use of the terms (competence: 70 mentions; operational competence, cognitive and methodological competence: 418 mentions each). The significant increase in the number of times these terms are used indicates the comprehensive integration of the competence concept. The competence-based approach should also be reflected in the use of reference figures:

“(...) regardless of the reference figures, even if we have reference figures, they are not decisive. What is decisive is if the authorized person says he can do it now and if there are only 30, he can't do it after 90 times, then he normally doesn't get the checked mark.” (BÄK: 44)

In the course of the amendment, consideration was given to abolishing the reference figures altogether. However, this was rejected by the physicians in specialty training:

“[There should be] no reference figures at all [any more], because (...) competence cannot be tied to figures. But (...) the young residents were immediately beating [us] about the ears left and right, saying that we need the reference figures as a bargaining chip so that we can get certain performances there at all.” (LÄK: 49)

The concept of basic specialty training was dropped again in the MWBO 2018. Instead, however, the overarching important specialty training content was added to the specialty training courses within the areas, so that the basic training should be integrated into every specialty training. This implementation of the conceptual consideration was achieved

“MUCH better in the CURRENT description of content”, which leads the BÄK to assume that this innovation “will be practiced more” (BÄK: 24).

On the other hand, when taking a fundamental look at the amendment in the expert interview, attention is drawn to the problems in the interaction between the requirements of the WBO and between the expectations of all those involved and the implementation in hospitals:

“Well, we can specify what we want, but it has to be feasible in practice. (...) Whether it really happens in practice, we can only say when the first residencies are actually in training.” (BÄK: 43)

The statements thus reveal a difference between the formal written rules of the WBO (completed) and the

“lived” practice within the hospitals (not yet implemented). The LÄK mentions implementation problems in the form of “resistance[s]”.

“The resistance by persistence (...) [is] nowhere as great as in the medical profession.” (LÄK: 93).

In addition, the transfer of the MWBO into state law and the possible influence of the LÄK are viewed critically in some cases, which is made clear by the title “princes”, who would thus have power over the WBO:

“And the German Medical Association then passes it on to the 17 State Chambers of Physicians and the princes can decide what they do. (...) They have completely different attitudes. And that is our shortcoming. And we must finally change that.” (FG: 1)

The statements point to several obstacles in the communication between the stakeholders in medical self-administration and clinical practice, which limit opportunities for change and lead to potential conflict.

4. Discussion

The analysis of the WBO and the implemented changes revealed many attempts by the medical self-administration to design specialty training in hospitals closer to reality and didactically optimized. In the process, concepts occurred that were newly introduced and then removed again in the following WBO (specialist knowledge “Fachkunden”, optional specialty training, basic specialty training). Others were further developed, such as the introduction of the competence concept in the sense of competence-based postgraduate medical education [12]. The didactic instrument of the logbook for documenting training content was also improved. This was due to the presumed, often still inadequate use in hospital. The new electronic version is strongly linked to the operation and procedure code system (OPS system). The electronic logbook thus encourages continuous use rather than manual completion commonly conducted at the end of specialty training [1], which could have been a desired goal for better use in hospital. Finding a structure that makes sense in practice has been an implicit goal for decades (starting with the WBO 1968) [1], which can be seen to have been intensified once again in the three WBOs examined.

The extent to which the structural adjustments and didactic design approaches of the WBO can influence specialty training practice in the hospitals depends on how the clinicians perceive the WBO and whether they accept it and thus make it “alive” or only tolerate it in some aspects. As has been shown in this study, eight terms are used consistently in the three WBOs examined. These terms thus reflect the fundamental, unchanged and recognized character of postgraduate education. Postgraduate education, defined as medical professional law that regulates the practice of the profession [13], is in turn a right that has been transferred by the state governments to the medical self-administration (represented by the LÄK). Accordingly, it can be assumed that a basic formal

regulation of postgraduate education is also regarded as legitimate by clinicians. However, anything that goes beyond this basic regulation and attempts to actually implement an educational regulation with a didactic concept (an openly stated goal on the part of external training actors) risks losing its established, naturally given legitimacy and possibly being perceived as externally imposed. Innovations in the WBO have always been discussed controversially. All fundamental changes, such as the introduction of “optional specialty training” (“fakultative Weiterbildung”) for the WBO 1992 [14], the introduction of early specialization for the MWBO 2003 with basic specialty training or the competence concept of the WBO 2018, seem to be viewed critically by clinicians in the first place [1]. For the WBO 2018, which is only gradually being implemented in hospitals, an initial study shows that surgical trainers and trainees assume that the changes in the reference figures – more specification compared to the WBO 2003 as to what exactly can be accredited – mean that the specialist titles can no longer be achieved within the “previously usual time” and without overtime [15], which reflects a critical attitude on the part of the clinicians. This is particularly surprising because the definition of reference figures should actually be based on the proposals of the specialist societies and the declared aim of the new WBO was to focus more on the acquisition of competence than on fixed reference figures. Here, at least in the perception of clinicians, the goal may possibly not be achieved. In principle, the question must also be raised again here as to what extent the competence concept harmonizes at all with a continued mandatory specification of (minimum) reference figures. The current version of the WBO appears to be a compromise solution between a consistent implementation of the competency concept, in which a fixed number of procedures should no longer be considered equivalent to the acquisition of competencies, and the demand of many physicians in specialty training who had argued against the elimination of reference figures. Overall, clinicians seem to have an ambivalent attitude towards the WBO, as the more comprehensive study on specialty training culture showed [1]. On the one hand, they express a desire for more structure, while on the other hand there is an increasing fear of external control. In principle, the path of medical self-administration with the WBO therefore appears to be the right one, even if steps have been taken forwards, sideways and back again through the introduction, adaptation and, in some cases, elimination of structural components. It remains important to compare theoretical concepts with the possibilities of implementation in practice, also with regard to the situation in hospitals with staff and time shortages.

5. Conclusion

This analysis has shown how the WBO has become more structured and didactically designed over the years. For the implementation of the competence-based WBO 2018 and future WBOs in hospitals, clinicians, who are the essential implementers of the WBO in hospitals, need to be included even more intensively. This should not only take place during the development of the WBO, but especially during its implementation in the hospitals themselves. In particular, trainers should be appropriately prepared for the implementation of didactic concepts such as competence-based training as an inherent part of daily training practice.

Note

This article is essentially based on “Habitualisierung im ärztlichen Feld: Die fachärztliche Weiterbildung in Struktur und kultureller Praxis am Beispiel der Chirurgie” [Habitualization in the medical field. Postgraduate education in structure and cultural practice] [1]. Permission by Springer Fachmedien Wiesbaden was granted for the republication of the content.

Ethics

This project was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. Participation in the interview study was voluntary and the data was analyzed pseudonymously and anonymized for publication. Written declarations of consent were provided.

Authors' ORCIDs

- Sarah Prediger: [0000-0001-5483-1983]
- Daniela Rastetter: [0000-0002-5683-5459]
- Sigrid Harendza: [0000-0002-7920-8431]

Acknowledgements

Special thanks to the interviewees, without whose willingness to speak openly with SP and provide insights into their perceptions, this study would not have been possible. We would also like to thank the German Medical Association for kindly providing the documents of the older MWBOs.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Prediger S. Habitualisierung im ärztlichen Feld: Die fachärztliche Weiterbildung in Struktur und kultureller Praxis am Beispiel der Chirurgie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2023. DOI: 10.1007/978-3-658-41593-8
2. Sewering HJ. Von der „Bremer Richtlinie“ zur Weiterbildungsordnung. Dtsch Arztebl. 1987;84(36):A-2299. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/116831/Von-der-Bremer-Richtlinie-zur-Weiterbildungsordnung>
3. Hoppe JD. Leitlinien einer Reform der ärztlichen Weiterbildung. Dtsch Arztebl. 1991;88(45):A-3820. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/101205/Leitlinien-einer-Reform-der-aerztlichen-Weiterbildung>
4. Hoppe JD. Die Weiterbildungsordnung: Von der Schilderordnung zum integralen Bestandteil der Bildung im Arztberuf. Dtsch Arztebl. 1997;94(39):A-2483-2491.
5. Bartmann F. Die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung: Ziele und Schwerpunkte. Urologe. 2018;(57):898-901. DOI: 10.1007/s00120-018-0688-1
6. Bundesärztekammer. TOP IV Weiterbildung: Kompetenzbasierte Weiterbildung. In: Bundesärztekammer, editor. 115. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll. Berlin: Bundesärztekammer; 2012. p.130.
7. Van den Bussche H, Niemann D, Robra BP, Schagen U, Schücking B, Schmacke N, Spies C, Trojan A, Koch-Gromus U. Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung: Ein Plädoyer für eine Neuorientierung [Responsibilities and concepts for undergraduate and postgraduate medical education in Germany : A plea for a reorientation]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2018;61(2):163-169. DOI: 10.1007/s00103-017-2675-x
8. Flick U. Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. p.309-318. DOI: 10.1007/978-3-658-18387-5_23-1
9. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6th ed. Weinheim, Basel: Beltz; 2016.
10. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2nd ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2014.
11. Bundesärztekammer. 120. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll. Berlin: Bundesärztekammer; 2017.
12. Ten Cate O. Competency-based postgraduate medical education: Past, present and future. GMS J Med Educ. 2017;34(5):Doc69. DOI: 10.3205/zma001146
13. Hoppe JD. Weiterbildungsordnung. Gestaltungskraft erhalten. Dtsch Arztebl. 1997;94(15):A-964-966. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/5883/Weiterbildungsordnung-Gestaltungskraft-erhalten>
14. Dauth S. Weiterbildungsordnung: Fachkundenachweise befürwortet, fakultative Weiterbildung abgelehnt. Dtsch Arztebl. 1992;89(21):A-1937. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/95112/Weiterbildungsordnung-Fachkundenachweise-befuerwortet-fakultative-Weiterbildung-abgelehnt>
15. Schardey J, Huber T, Kappenberger AS, Horné F, Beger N, Weniger M, Werner J, Kühn F, Wirth U. Erwartete Effekte der neuen Weiterbildungsordnung in der Allgemein- und Viszeralchirurgie: Eine Umfrage unter bayerischen Chirurg*innen und Weiterbildungsassistent*innen. Chirurgie. 2023;94(2):155-163. DOI: 10.1007/s00104-022-01738-0
16. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung: (MWBO). Berlin: Bundesärztekammer; 1992.
17. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung: (MWBO). Berlin: Bundesärztekammer; 2003.
18. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung: (MWBO). Berlin: Bundesärztekammer; 2018.
19. Bundesärztekammer. Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung. Berlin: Bundesärztekammer; 1988.
20. Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinie. MWB-RiLi. Berlin: Bundesärztekammer; 1994.
21. Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinien. MWB-RiLi. Berlin: Bundesärztekammer; 2004.

Corresponding author:

Dr. phil. Sarah Prediger
University Medical Center Hamburg-Eppendorf, III Medical
Clinic, Martinistr. 52, D-20246 Hamburg, Germany,
Phone: +49 (0)40/7410-56837
s.prediger@uke.de

Please cite as

Prediger S, Rastetter D, Harendza S. Change in postgraduate medical education – how much didactic shaping is possible at all? A document analysis of the guideline regulations on specialty training 1992-2018 with a focus on surgery. GMS J Med Educ. 2024;41(5):Doc68. DOI: 10.3205/zma001723, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017234

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001723>

Received: 2023-10-13

Revised: 2023-12-14

Accepted: 2024-02-09

Published: 2024-11-15

Copyright

©2024 Prediger et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Wandel in der fachärztlichen Weiterbildung – wie viel didaktische Gestaltung ist überhaupt möglich? Eine Dokumentenanalyse der Weiterbildungsordnungen 1992-2018 mit Fokus auf die Chirurgie

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Strukturen der fachärztlichen Weiterbildung werden durch die (Muster-)Weiterbildungsordnung ((M-)WBO) geregelt. Diese formale Strukturierung entsteht im ärztlichen Diskurs zwischen Ärztekammern, Fachgesellschaften und weiteren Verbänden. Dabei zeigen sich verschiedene Entwicklungen in den WBO. In dieser Arbeit wird untersucht, inwiefern Veränderungen auf Ebene der WBO dazu beitragen können, die Weiterbildung in den Kliniken zu verändern und didaktisch zu optimieren.

Methodik: Es wurde eine Dokumentenanalyse der MWBO 1992, 2003 und 2018 mit ergänzendem Fokus auf Aspekte der Chirurgie theoriegeleitet nach Mayring durchgeführt. Hierfür wurden Texte und Inhalte der MWBO verglichen sowie die Worthäufigkeiten analysiert. Ergänzend wurden drei leitfadengestützte Expert*innen-Interviews geführt und inhaltsanalytisch nach Kuckartz mit MAXQDA ausgewertet. Die Auswahl der Expert*innen erfolgte qua Position und ihrer Beteiligung am Anpassungsprozess der MWBO.

Ergebnisse: In der Analyse der WBO zeigen sich Anpassungsbestrebungen, die Weiterbildung in den Kliniken strukturierter und didaktisch optimierter zu gestalten. Es werden Konzepte eingeführt und teilweise wieder abgeschafft (z.B. Fachkunden) oder weiterentwickelt (z.B. Kompetenzen). Die Worthäufigkeitsanalyse zeigt die Nutzung der gleichen acht häufigsten Begriffe, die den grundlegenden Charakter der Weiterbildung zu definieren scheinen. Es zeigen sich außerdem Kommunikationshindernisse zwischen der ärztlichen Selbstverwaltung und den klinischen Akteur*innen, die Veränderungsmöglichkeiten einschränken.

Schlussfolgerung: Für die Umsetzung der WBO in den Kliniken bedarf es einer noch intensiveren Ansprache der Kliniker*innen. Dies sollte nicht nur bei der Ausarbeitung der WBO erfolgen, sondern besonders bei deren Implementierung in den Kliniken selbst, um die neuen Strukturen und didaktischen Konzepte der WBO besser integrieren zu können.

Schlüsselwörter: Ärztliche Weiterbildung, Weiterbildungsordnung, Chirurgie, Didaktik

Sarah Prediger¹
Daniela Rastetter²
Sigrid Harendza¹

1 Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf, III.
Medizinische Klinik,
Hamburg, Deutschland

2 Universität Hamburg,
Fakultät für Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften,
Hamburg, Deutschland

1. Hintergrund

Die fachärztliche Weiterbildung ist ein wesentlicher Teil des beruflichen Sozialisierungsprozesses von Ärzt*innen. In Deutschland ist er als „Learning-On-The-Job“ konzipiert und erfolgt während des klinischen Arbeitens. Die Ärzt*innen in Weiterbildung sind gleichzeitig Arbeitnehmer*innen in einer Klinik und definiert als Arbeitskräfte, die ihre Weiterbildung während des Arbeitens, also nebenbei, erhalten. Die Strukturen der fachärztlichen Weiterbildung werden durch die Weiterbildungsordnungen (WBO) und Weiterbildungsrichtlinien (WB-RiLi) geregelt. Diese formale Strukturierung entsteht im ärztlichen Diskurs auf Ebene der Ärztekammern, Fachgesellschaften (FG) und weiteren ärztlichen Verbänden und wird somit durch die ärztliche Profession selbst organisiert und durchgeführt. Zunächst wird in diesem Prozess eine Musterweiterbildungsordnung (MWBO) erarbeitet, die nach ihrer Verabschiedung durch den Deutschen Ärztetag (DÄT) mit der Herausgabe einer landesspezifischen WBO durch die jeweils zuständige Landesärztekammer (LÄK) in Landesrecht überführt wird. Im Folgenden wird von MWBO gesprochen, wenn es sich explizit um das Dokument der MWBO handelt, ansonsten wird der allgemein benutzte Begriff der WBO verwendet.

Insgesamt wurden zwischen den Jahren 1924 und 2018 neun WBO herausgegeben. Bei der Betrachtung der historischen Entwicklung der Weiterbildungsstrukturierung in Form der WBO lassen sich drei Prozesse nachzeichnen:

1. Ausdifferenzierung,
2. Strukturierung und
3. Didaktisierung [1].

Die erste Ordnung, noch unter der Bezeichnung „Facharztordnung“, wurde 1924 mit dem Titel: „Leitsätze zur Anerkennung und praktischen Tätigkeiten von Fachärzten“ auf dem 43. DÄT beschlossen. Der Grund für die ersten Leitsätze lag in einer langen Diskussion um die Spezialisierung in der Medizin und das damals etablierte „Vollarzt“-Dasein [2], [3], [4]. Letzteres wurde jedoch durch einen voranschreitenden Spezialisierungsprozess schrittweise aufgelöst. In den darauffolgenden Jahren war die Entwicklung der WBO durch einen Ausdifferenzierungsprozess geprägt, in dem immer mehr fachärztliche Titel definiert wurden. Im Jahr 1968, nun unter dem Titel „Weiterbildungsordnung“, wurden das Konzept der Subspezialisierung eingeführt und erstmals eine Unterteilung in Gebiete, Teilgebiete und Zusatzbezeichnungen vorgenommen. Diese Veränderungen wurden zum einen initiiert, weil sich Spaltungstendenzen in den großen Fächern Chirurgie und Innere Medizin zeigten [4], und zum anderen, weil die Inhalte und Grenzen der Teilgebiete klarer definiert werden sollten [2]. Als Ergänzung der WBO wurden zu diesem Zeitpunkt außerdem erstmalig WB-RiLi als „Handreichung“ für die Weiterbilder*innen, die Weiterzubildenden und die Ärztekammern erlassen. Die WB-RiLi stellen im Detail dar, welches Wissen und Können in der Weiterbildung vermittelt werden musste [4].

Die Einführung von fachärztlichen Prüfungen mit der WBO 1976 führte zu einem Philosophiewechsel weg von der Annahme eines automatischen Erwerbs von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch die tägliche Arbeitspraxis hin zu einer zunehmenden Reglementierung mit der Vorgabe verbindlicher Inhalte und Richtzahlen [5]. Ab 1968 flossen insgesamt vermehrt Strukturierungsüberlegungen in die WBO ein. Dafür wurden verschiedene Konzepte zur Strukturierung eingeführt, umbenannt und zum Teil auch wieder verworfen [1]. Die „Teilgebiete“ wurden 1992 in „Schwerpunkte“ umbenannt und sogenannte „Fachkunden“ und „fakultative Weiterbildungen“ eingeführt, um die großen Gebiete in überschaubarer Zeit vermittelbar und spezielle Inhalte optional definierbar zu machen [5]. Seit 2003 zeigen sich neben weiteren Strukturierungsversuchen erstmalig auch Didaktisierungsbestrebungen in der WBO-Ordnung, die sich in der aktuell gültigen WBO 2018 noch verstärkt haben [1]. Die Erarbeitung der WBO 2018 wurde bereits 2010 durch den Auftrag des DÄT beschlossen und zwei Jahre später mit der Forderung nach einer kompetenzbasierten WBO bekräftigt [5], [6]. Daraufhin erarbeitete die „Ständige Kommission Weiterbildung“ (Stäko) mit Vertreter*innen aus LÄK und Bundesärztekammer (BÄK) unter Beteiligung der FG, Berufsverbände, Dachverbände und weiteren ärztlichen Organisationen die aktuell gültige MWBO. Erst seit 2020 wird diese allmählich in den Kliniken umgesetzt, wobei einige LÄK erst 2022 die neue Ordnung in Kraft setzten [1]. Der Prozess der Entwicklung der neuen WBO hat somit über 10 Jahre gedauert, wodurch die Langwierigkeit und Komplexität dieses Veränderungsprozesses deutlich wird. Die zurückhaltende politische Einflussnahme seitens der Bundesländer auf die WBO wird zum Teil kritisch als „quasivollständige staatliche Abstinenz in Sachen ärztlicher Angebotsplanung und Qualitätssicherung“ bewertet und die dadurch bestehenbleibende „dysfunktionale Trennung“ zwischen den Bildungsphasen der medizinischen Aus- und Weiterbildung kritisiert [7]. Anknüpfend an die oben beschriebene Entwicklung der WBO soll in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe der Analyse der Anpassung der WBO zwischen 1992 und 2018 der Frage nachgegangen werden, inwiefern die angestrebten Veränderungen dazu beitragen können, die fachärztliche Weiterbildung in den Kliniken zu verändern und didaktisch zu optimieren.

2. Methoden

Die hier dargestellte qualitative Studie ist Teil einer umfangreicheren Studie zur fachärztlichen Weiterbildung am Beispiel der Chirurgie, die 2019 durchgeführt wurde [1]. Es wurde eine Analyse der formal-definierten Struktur für die fachärztliche Weiterbildung in Form der MWBO durchgeführt. Dies erfolgte sowohl allgemein gültig für die fachärztliche Weiterbildung als auch für spezifische Aspekte der Chirurgie. Es wurde ein Forschungsdesign mit einer Methoden-Triangulation [8] aus einem nicht-reaktiven Verfahren (Dokumentenanalyse der MWBO

1992, 2003 und 2018) und ergänzend einem reaktiven Verfahren (qualitative, leitfadengestützte Expert*innen-Interviews) gewählt, um die jeweiligen methodischen Grenzen zu überwinden. Die Dokumentenanalyse als Hauptmethode wurde theoriegeleitet nach Mayring [9] durchgeführt. Dabei wurde eine Analyse auf Unterschiede durchgeführt, wofür die Texte und Inhalte verglichen sowie Worthäufigkeiten analysiert wurden. Dies erfolgte mit Hilfe von MAXQDA 2020 (Version 20.4.1). Außerdem wurde die Entwicklung der sogenannten ‚OP-Kataloge‘ untersucht, in denen die Richtzahlen für operative Eingriffe lt. WB-RiLi verglichen wurden. Die Auswahl der drei MWBO ergab sich aus der Betrachtung der historischen Gesamtentwicklung, da in diesen drei Ordnungen stärkere Anpassungen vorgenommen wurden und, wie oben angedeutet, erstmalig deutlichere Strukturierungs- und Didaktisierungsbestrebungen in die MWBO mit einfließen. Zum vertiefenden Verständnis der vollzogenen Änderungen sowie der immanenten Systemlogik wurden ergänzend zur Dokumentenanalyse Expert*innen-Interviews mit am Prozess beteiligten Akteur*innen durchgeführt. Hierbei handelt es sich nicht um ein einzelfallanalytisches Vorgehen, sondern um die Fokussierung des Expert*innen-Status. Es wurde jeweils ein*e Expert*in aus der Bundesärztekammer (103min), ein*e aus der Landesärztekammer (68min) und ein*e aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (59min), die aktiv am Prozess beteiligt waren, ausgewählt, um die drei relevanten Perspektiven abzudecken. Aufgrund der Auswahl von gut informierten Expert*innen wurde die Anzahl von einer Person pro Perspektive als ausreichend bewertet. Die Interviews wurden audiodokumentiert, mit f4transkript (Version 7.0.6) transkribiert und mit MAXQDA 2020 inhaltsanalytisch nach Kuckartz [10] ausgewertet.

3. Ergebnisse

Bei der Analyse der genutzten Begrifflichkeiten im Rahmen der Worthäufigkeitsanalyse zeigt sich die Nutzung der gleichen acht Begriffe in allen drei WBO innerhalb der jeweiligen Liste der 25 häufigsten:

1. Weiterbildung,
2. Gebiet,
3. Behandlungsmethoden,
4. Erkrankungen/Krankheiten,
5. Kenntnisse,
6. Erfahrungen,
7. Fertigkeiten und
8. Grundlagen.

Diese Begriffe scheinen somit den grundlegenden und zeitlich beständigen Charakter der Weiterbildung zu definieren, den die WBO widerspiegeln soll. In der WBO geht es somit um die Differenzierung nach (medizinischen) „Gebieten“. Außerdem geht es um das Erlernen von „Behandlungsmethoden“ für verschiedene „Erkrankungen/Krankheiten“ und dabei um den Erwerb von „Kenntnissen“, „Fertigkeiten“ und „Erfahrungen“. So

werden die „Grundlagen“ für die Arbeit als Fachärzt*innen in den jeweiligen Fachgebieten geschaffen.

Der Dokumentenvergleich hinsichtlich der Strukturierung und Didaktisierung ergab zwei wesentliche Veränderungen (siehe Abbildung 1). Im ersten Schritt (von 1992 zu 2003) lässt sich die Veränderung klassifizieren durch eine verbesserte textliche Übersichtlichkeit und mehr Transparenz sowie durch grundlegende strukturelle Anpassungen. Eine Übersicht dieser Anpassungen findet sich in Tabelle 1.

Die Strukturanpassung initiierte ab 2003 eine frühestmögliche Spezialisierung innerhalb der ersten fachärztlichen Weiterbildung. Seitdem wird nicht mehr zunächst die fachärztliche Weiterbildung zur Chirurgin oder zum Chirurgen absolviert und danach eine Schwerpunktbezeichnung ergänzend erworben, beispielsweise zur Viszeralchirurgie, sondern bereits direkt nach der Approbation eine fachärztliche Weiterbildung in „Viszeralchirurgie“ absolviert. Hier wurde eine deutliche Verkürzung in Jahren und Anforderungen in der WBO vorgenommen. Dies zeigt sich auch beim Vergleich der vorgeschriebenen Richtzahlen zwischen 1992 im Schwerpunkt „Viszeralchirurgie“ mit den Zahlen, die ab 2003 für die fachärztliche Weiterbildung „Viszeralchirurgie“ vorgeschrieben wurden (siehe Tabelle 2). Die vorgeschriebenen Richtzahlen weisen auf eine bereits 1992 stärker verfolgte Strukturierung und auch Regulierung des Bereiches der Untersuchungs- und chirurgischen Behandlungsmethoden hin. Während 1987 noch keinerlei Vorgaben hierzu gemacht wurden, wurden diese ab 1992 deutlich mit quantitativen Vorgaben festgeschrieben. Auch wenn von 1992 auf 2003 diese Richtzahlen wieder stark reduziert wurden, bleibt die Strukturierung dieses Bereiches in den Zahlen erhalten. Die Richtzahlen für die operativen Eingriffe reduzierten sich von 1987 zu 1992 und erhöhten sich dann im Bereich der Allgemein Chirurgie erst ab 2018 wieder. Die Vergleichbarkeit der Zahlen zwischen 1992 und 2003 ist insgesamt etwas eingeschränkt, da das Konzept der Basisweiterbildung eingeführt wurde, die die ersten zwei Jahre der Weiterbildung umfassen sollte. Für die Interpretation der veränderten Mengen muss diese Änderung daher gedanklich miteinbezogen werden. In der Tabelle 2 sind die Richtzahlen der Basisweiterbildung in einer zusätzlichen Spalte („Basis“) eingefügt. Diese müssen jeweils zu den Zahlen der Allgemein Chirurgie (in der Tabelle: „Allgemein“) bzw. zu der Spalte der Viszeralchirurgie hinzugerechnet werden, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

Rückblickend wird die konzeptionelle Einführung der Basisweiterbildung seitens der BÄK relativiert:

„Wissen Sie, das Wort Basisweiterbildung ist irreführend. Es war nämlich keine BASISweiterbildung. Es war IMMER und so haben wir es auch definiert, aber nie verschriftlicht, es waren die Schnittfelder zwischen den einzelnen Spezialisierungen.“ (BÄK: 24)

Ergänzend zeigen sich neben der strukturellen Anpassung erste didaktische Überlegungen im Übergang von MWBO 1992 zu MWBO 2003, wie die neu vorgeschriebene Do-

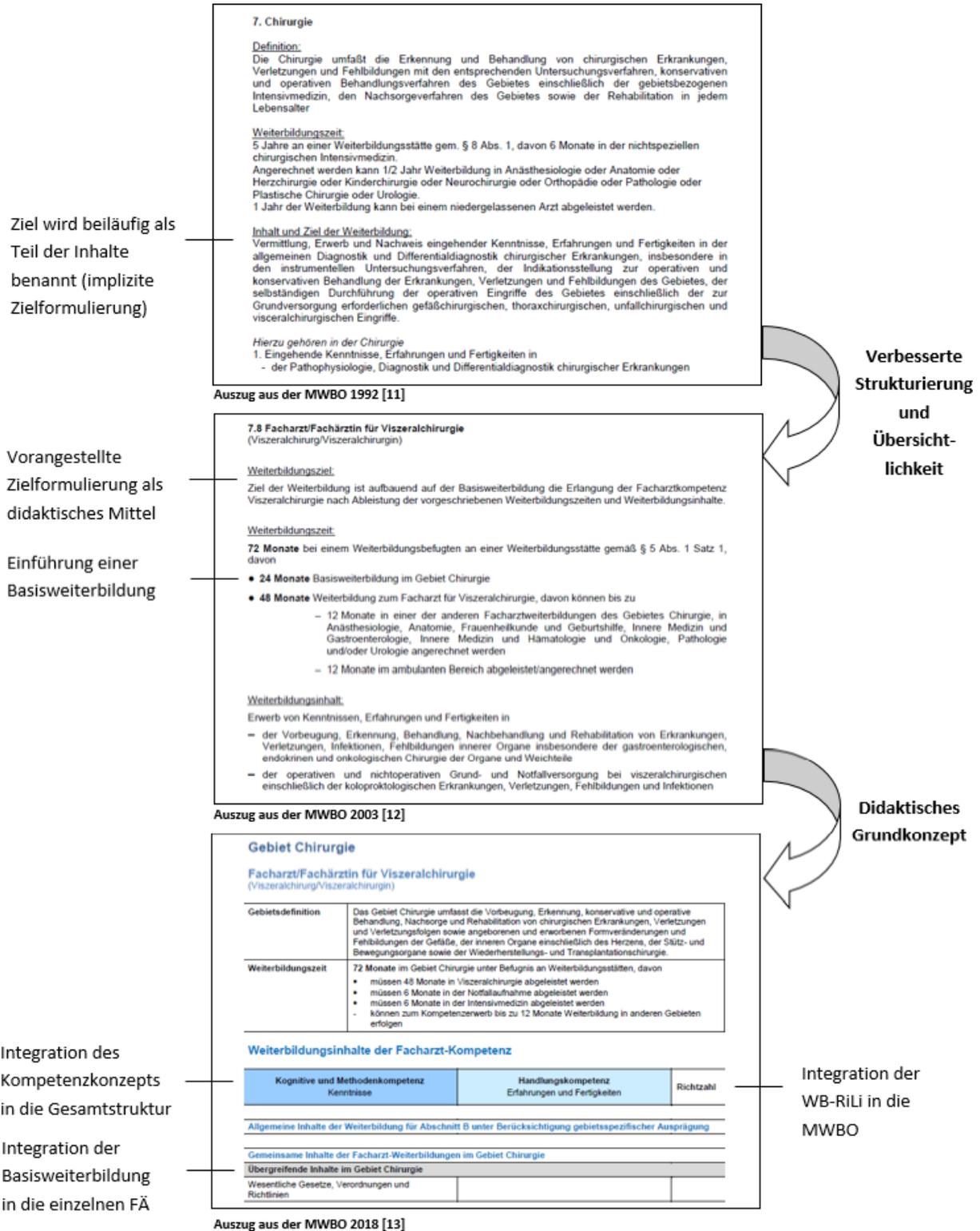


Abbildung 1: Visueller Vergleich des Aufbaus der drei MWBO (1992, 2003 und 2018) und Darstellung der Anpassung

Tabelle 1: Zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Veränderung zwischen den MWBO

	MWBO 1992	MWBO 2003	MWBO 2018
Philosophie	Ausbildung von Generalisten mit anschließender Spezialisierung	frühzeitige Spezialisierung	frühzeitige Spezialisierung
Strukturkomponenten	Gebiete	Gebiete	Gebiete
	-	Basisweiterbildung für ausgewählte Gebiete (Chirurgie, Innere, HNO, Pathologie, Pharmakologie)	übereinstimmende Vorgaben innerhalb der Weiterbildungen
	Schwerpunkte für ausgewählte Gebiete (Chirurgie, diagnostische Radiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Orthopädie)	Schwerpunkte für ausgewählte Gebiete (Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Radiologie)	Schwerpunkte für ausgewählte Gebiete (Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Radiologie)
	Fachkunden, fakultative Weiterbildung	-	-
Didaktische Aspekte	-	Einführung von Kompetenzbegrifflichkeiten	integriertes Kompetenzkonzept
	keine Dokumentationspflicht	Dokumentationspflicht im Logbuch	Dokumentationspflicht im elektronischen Logbuch
	-	jährliche Weiterbildungsgespräche	jährliche Weiterbildungsgespräche
Anerkennung von Eingriffen	Reduktion der Richtzahlen durch Abgrenzung der Schwerpunkte	Reduktion der Richtzahlen (Vergleichbarkeit eingeschränkt durch Einführung der frühzeitigen Spezialisierung)	Erhöhung von einzelnen Richtzahlen bzw. teilweise Reduktion
	weniger Freiheitsgrade bei der Anerkennung	viele Freiheitsgrade bei der Anerkennung	weniger Freiheitsgrade bei der Anerkennung

Tabelle 2: Entwicklung der Richtzahlen im Vergleich

	Musterweiterbildungsordnungen ¹							
	1987 ²	1992		2003			2018	
Bereiche	Chirurgie	Viszeral (SP)	Basis	Allgemein	Viszeral	Allgemein	Viszeral	
Untersuchungs-/ Behandlungsmethoden	k.A.	1.690	835	235	475	450	820	1.080 ³
Operative Eingriffe	440	362	510	-	360	455	470	399
Assistieren/Mitwirken (bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)	k.A.	k.A.	k.A.	100 ⁴	25	60	k.A.	80

Quelle: [13], [14], [15], [16]; eigene Zusammenstellung

- Die Dokumente der WB-RiLi sind später herausgegeben worden, die Jahreszahlen in der Tabelle beziehen sich zur besseren Anschaulichkeit auf die jeweils zugehörige MWBO.
- Um die Veränderung der Richtzahlen für die WB ab 1992 nachvollziehen zu können, wurden hier auch die Richtzahlen der vorherigen WBO 1987 ausgezählt.
- In dieser Richtzahl sind 800 sonographische Untersuchungen enthalten.
- Hierbei handelt es sich um Assistenzen und angeleitete Operationen bei nicht näher definierten Operationen, wobei es sich bei dieser Angabe eher nicht spezifisch und vor allem im letztgenannten Fall gar nicht um solche, höheren Schwierigkeitsgrad handelt. Außerdem sind hier 50 Eingriffe aus der ambulanten Chirurgie enthalten.

kumentationspflicht in sogenannten Logbüchern und jährliche Weiterbildungsgespräche.

Im zweiten Schritt (von 2003 zu 2018) wurde das Ziel der Novellierung, nämlich eine grundlegende Neugestaltung mit dem Fokus auf Inhalten und Kompetenzen statt auf Zeitvorgaben mit „didaktisch adäquate[n] und versorgungsgerechte[n] [Richtzahlen]“ [11] umgesetzt. Dazu sollte mit der WBO 2018 eine weitere Verbesserung der Qualität und Transparenz geschaffen werden (u.a. mit Hilfe des elektronischen Logbuches und mit Weiterbildungsplänen). Mit der Einführung des Kompetenzbegriffs in der MWBO 2003 wurden sprachliche Änderungen diesbezüglich vorgenommen. Kompetenz wird unter Begriffsbestimmungen (§2a) erstmals definiert und dann vermehrt genutzt (196 Nennungen, davon 12 im Paragraphenteil, im Vergleich zur einmaligen Nennung in der MWBO 1992). Hieran lässt sich bereits die anfängliche Integration des Kompetenzkonzepts ablesen. In der MWBO 2018 expandiert die Nutzung der Kompetenzbegrifflichkeiten deutlich. In der neu eingeführten tabellari-schen Darstellung der fachärztlichen Inhalte (in Abschnitt B) werden die verschiedenen Kompetenzebenen (kognitive und Methodenkompetenz bzw. Handlungskompetenz) als Tabellenspalten dargestellt (vgl. Abbildung 1). Dies führt zu einer entsprechend häufigeren Nutzung der Begriffe (Kompetenz: 70 Nennungen; Handlungskompetenz, kognitive und Methodenkompetenz: je 418 Nennungen). Die deutlich gestiegene Anzahl der Wortnutzungen dieser Begrifflichkeiten weist auf die umfassende Integration des Kompetenzkonzeptes hin. Die Kompetenzbasierung soll sich außerdem auch im Umgang mit den Richtzahlen zeigen:

„(...) unabhängig von der Richtzahl, auch wenn wir Richtzahlen haben, ist die nicht maßgeblich. Maßgeblich ist, wenn der Befugte sagt, er kann das jetzt und wenn da nur 30 stehen, der kann es nach 90mal nicht, dann kriegt er normalerweise nicht das Kreuz.“ (BÄK: 44)

Im Zuge der Novellierung wurde darüber nachgedacht, die Richtzahlen ganz abzuschaffen. Dies wurde jedoch von den Ärzt*innen in Weiterbildung abgelehnt:

„[Es sollte] überhaupt keine Richtzahlen [mehr geben], weil (...) Kompetenz lässt sich nicht an Zahlen festmachen. Das haben (...) [uns] die jungen Assistenten aber sofort links und rechts um die Ohren geschlagen, haben gesagt, wir brauchen die Richtzahlen als Druckmittel, damit wir überhaupt dort bestimmte Leistungen da bekommen.“ (LÄK: 49)

In der MWBO 2018 wurde das Konzept der Basisweiterbildung wieder abgeschafft. Stattdessen wurden jedoch bei den fachärztlichen Weiterbildungen die übergreifend wichtigen Weiterbildungsinhalte innerhalb der Gebiete übereinstimmend eingefügt, so dass die Basisweiterbildung in jede fachspezifische Weiterbildung integriert sein soll. Diese Umsetzung der konzeptionellen Überlegung wurde in der

„JETZIGE[N] inhaltliche[n] Beschreibung (...) VIEL besser hinbekommen“, was zu der Annahme seitens

der BÄK führt, dass diese Neuerung „mehr gelebt werden“ wird (BÄK: 24).

Auf der anderen Seite wird bei der grundsätzlichen Betrachtung der Novellierung im Expert*innen-Interview auf die Problematik in der Wechselwirkung zwischen Vorgaben der WBO sowie zwischen den Erwartungen aller Beteiligten und der Umsetzung in den Kliniken aufmerksam gemacht:

„Also wir können ja vorgeben, was wir wollen, es muss auch vor Ort umsetzbar sein. (...) Ob das dann wirklich auch vor Ort passiert, kann man erst sagen, wenn tatsächlich so die ersten Assistenten da im Weiterbildungsbetrieb dann auch sind.“ (BÄK: 43)

In den Aussagen wird somit eine Differenz aufgemacht zwischen den schriftlich fixierten formalen Regeln der WBO (abgeschlossen) und der „gelebten“ Praxis innerhalb der Kliniken (noch nicht umgesetzt). Seitens der LÄK werden dazu Umsetzungsprobleme in Form von „Widerstände[n]“ benannt.

„Die Beharrungswiderstände (...) [seien] nirgends so groß wie im Medizinbetrieb.“ (LÄK: 93).

Außerdem werden die Überführung der MWBO in Landesrecht und die dabei mögliche Einflussnahme seitens der LÄK zum Teil kritisch gesehen, was durch die Betitelung als „Fürsten“, die somit die Macht über die WBO hätten, deutlich wird:

„Und die Bundesärztekammer gibt es dann weiter an die 17 Landesärztekammern und was die dann machen, das können die Fürsten bestimmen. (...) Die haben ganz andere Einstellungen. Und das ist unser Manko. Und das müssen wir endlich ändern.“ (FG: 1)

Die Aussagen deuten auf einige Hindernisse für die Kommunikation zwischen den Akteur*innen der ärztlichen Selbstverwaltung und der klinischen Praxis hin, die Veränderungs-möglichkeiten einschränken und Konfliktpotenzial mit sich führen.

4. Diskussion

Bei der Analyse der WBO und den umgesetzten Veränderungen wurden viele Versuche der ärztlichen Selbstverwaltung sichtbar, die Weiterbildung in den Kliniken realitätsnäher und didaktisch optimierter zu gestalten. Dabei zeigen sich Konzepte, die neu eingeführt und in der nächsten WBO dann wieder herausgenommen wurden (Fachkunden, fakultative Weiterbildung, Basisweiterbildung). Andere wurden weiterentwickelt, wie die Einführung des Kompetenzkonzepts im Sinne einer kompetenzbasierten medizinischen Weiterbildung [12]. Auch das didaktische Instrument des Logbuches zur Dokumentation der Weiterbildungsinhalte wurde weiterentwickelt. Dies geschah aufgrund der vermuteten, häufig noch nicht adäquaten Nutzung in der Klinik. Mit der neuen elektronischen Variante ist eine starke Verknüpfung mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel-System (OPS-System) verbunden. Das elektronische Logbuch animiert so eher zu einer fortlaufenden Nutzung statt zu einem

bisher vielfach etablierten händischen Ausfüllen erst am Ende der Weiterbildung [1], was ein angestrebtes Ziel zur besseren Nutzung in der Klinik gewesen sein könnte. Die Suche nach einer für die Praxis sinnvollen Strukturaufteilung zeigt sich als implizites Ziel über Jahrzehnte (begonnen mit der WBO 1968) [1], was in den drei untersuchten WBO dann noch einmal intensiviert zu sehen ist. Inwiefern die Strukturanpassungen und didaktischen Gestaltungsansätze der WBO die Weiterbildungspraxis in den Kliniken beeinflussen können, hängt davon ab, wie die Kliniker*innen die WBO wahrnehmen und ob sie diese akzeptieren und damit „lebendig“ machen oder sie nur in manchen Aspekten dulden. Wie gezeigt wurde, werden acht Begrifflichkeiten übereinstimmend in den drei untersuchten WBO genutzt. Diese Begriffe geben somit den grundsätzlichen, unveränderten und anerkannten Charakter der Weiterbildung wieder. Weiterbildung, definiert als ärztliches Berufsrecht, das die Berufsausübung regelt [13], ist wiederum ein Recht, das von den Landesregierungen auf die ärztliche Selbstverwaltung (in Form der LÄK) übertragen wurde. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass eine grundsätzliche formale Regelung der Weiterbildung auch seitens der Kliniker*innen als legitim angesehen wird. Alles, was jedoch über diese basale Regulierung hinausgeht und versucht, tatsächlich eine Bildungsordnung mit didaktischem Konzept umzusetzen (ein offen bekundetes Ziel seitens der externen Weiterbildungsakteur*innen), läuft dabei Gefahr, seine etablierte, natürlich gegebene Legitimation zu verlieren und ggf. als extern aufgezwungen wahrgenommen zu werden. Neuerungen in der WBO wurden stets kontrovers diskutiert. Alle grundlegenden Veränderungen, wie beispielsweise die Einführung der ‚fakultativen Weiterbildung‘ für die WBO 1992 [14], die Einführung der frühzeitigen Spezialisierung für die MWBO 2003 mit Basisweiterbildung oder das Kompetenzkonzept der WBO 2018, scheinen seitens der Kliniker*innen erst einmal kritisch betrachtet zu werden [1]. Für die WBO 2018, die erst nach und nach in den Kliniken umgesetzt wird, zeigt eine erste Studie, dass chirurgische Weiterbilder*innen und Weiterzubildende davon ausgehen, dass die Veränderungen in den Richtzahlen – mehr Festlegung im Vergleich zu der WBO 2003, was genau anerkannt werden kann – dazu führen, dass die fachärztlichen Titel nicht mehr innerhalb der „bisher üblichen Zeit“ und ohne Überstunden erreicht werden können [15], was eine kritische Haltung seitens der Kliniker*innen widerspiegelt. Dies überrascht besonders, weil die Richtzahlenfestlegung sich eigentlich an den Vorschlägen der Fachgesellschaften orientieren soll und das erklärte Ziel der neuen WBO war, mehr auf die Kompetenzerlangung, denn auf festgelegte Richtzahlen zu fokussieren. Hier scheint, zumindest in der Wahrnehmung der Kliniker*innen, das Ziel ggf. nicht erreicht zu werden. Grundsätzlich ist hier auch nochmal die Frage aufzuwerfen, inwieweit das Kompetenzkonzept überhaupt mit einer weiterhin bindenden Festlegung von (Mindest-)Richtzahlen harmonisiert. Die aktuell geltende WBO scheint dabei eine Kompromisslösung zu sein, zwischen einer konsequenten Umsetzung des Kompetenzkonzepts,

in der eine festgelegte Anzahl von Durchführungen eigentlich nicht mehr pauschal gleichzusetzen sein sollte mit Kompetenzerwerb, und der Forderung vieler Ärzt*innen in Weiterbildung, die gegen eine Abschaffung der Richtzahlen plädiert hatten.

Die Kliniker*innen scheinen insgesamt eine ambivalente Haltung zur WBO zu haben, wie die umfangreichere Studie zur Weiterbildungskultur zeigte [1]. Einerseits werden Wünsche nach mehr Strukturierung formuliert, andererseits zeigte sich vermehrt die Angst vor externer Kontrolle. Grundsätzlich scheint der Weg der ärztlichen Selbstverwaltung mit der WBO also der richtige zu sein, auch wenn Schritte nach vorn, zur Seite und wieder zurück durch die Einführung, Anpassung und zum Teil wieder Abschaffung von Strukturkomponenten getätigt wurden. Wichtig bleibt der Abgleich zwischen theoretischen Konzepten und den Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis, auch unter dem Gesichtspunkt der Situation in den Krankenhäusern mit Personal- und Zeitknappheit.

5. Schlussfolgerung

In dieser Analyse wurde gezeigt, wie die WBO über die Jahre eine stärkere Strukturierung und didaktische Gestaltung erfahren hat. Für die Umsetzung der kompetenzbasierten WBO 2018 und zukünftiger WBO in den Kliniken bedarf es einer noch intensiveren Ansprache der Kliniker*innen, die die essenziellen Umsetzer*innen der WBO in den Kliniken sind. Dies sollte nicht nur bei der Ausarbeitung der WBO erfolgen, sondern besonders bei deren Implementierung in den Kliniken selbst. Insbesondere für die Umsetzung von didaktischen Konzepten, wie der kompetenzbasierten Weiterbildung als inhärentem Teil der täglichen Weiterbildungspraxis, sollten die Weiterbilder*innen entsprechend vorbereitet werden.

Anmerkung

Dieser Artikel basiert größtenteils auf „Habitualisierung im ärztlichen Feld. Die fachärztliche Weiterbildung in Struktur und kultureller Praxis“ [1]. Für die Neuveröffentlichung der Inhalte hat Springer Fachmedien Wiesbaden eine Genehmigung erteilt.

Ethik

Dieses Projekt wurde in Übereinstimmung mit der Erklärung von Helsinki durchgeführt. Die Teilnahme an der Interviewstudie war freiwillig und die Daten wurden pseudonymisiert ausgewertet und für die Veröffentlichung anonymisiert. Es liegen schriftliche Einwilligungserklärungen vor.

ORCID^s der Autor*innen

- Sarah Prediger: [0000-0001-5483-1983]
- Daniela Rastetter: [0000-0002-5683-5459]
- Sigrid Harendza: [0000-0002-7920-8431]

Danksagung

Besonderer Dank gilt den Interviewpartner*innen, ohne deren Bereitschaft offen mit SP zu sprechen und Einblicke in ihre Wahrnehmungen zu gewähren, diese Studie nicht möglich gewesen wäre. Darüber hinaus danken wir der Bundesärztekammer, die die Dokumente der älteren MWBO freundlicherweise bereitgestellt hat.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

- Prediger S. Habitualisierung im ärztlichen Feld: Die fachärztliche Weiterbildung in Struktur und kultureller Praxis am Beispiel der Chirurgie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2023. DOI: 10.1007/978-3-658-41593-8
- Sewering HJ. Von der „Bremer Richtlinie“ zur Weiterbildungsordnung. Dtsch Arztebl. 1987;84(36):A-2299. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/116831/Von-der-Bremer-Richtlinie-zur-Weiterbildungsordnung>
- Hoppe JD. Leitlinien einer Reform der ärztlichen Weiterbildung. Dtsch Arztebl. 1991;88(45):A-3820. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/101205/Leitlinien-einer-Reform-der-aerztlichen-Weiterbildung>
- Hoppe JD. Die Weiterbildungsordnung: Von der Schilderordnung zum integralen Bestandteil der Bildung im Arztberuf. Dtsch Arztebl. 1997;94(39):A-2483-2491.
- Bartmann F. Die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung: Ziele und Schwerpunkte. Urologe. 2018;(57):898-901. DOI: 10.1007/s00120-018-0688-1
- Bundesärztekammer. TOP IV Weiterbildung: Kompetenzbasierte Weiterbildung. In: Bundesärztekammer, editor. 115. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll. Berlin: Bundesärztekammer; 2012. p.130.
- Van den Bussche H, Niemann D, Robra BP, Schagen U, Schücking B, Schmacke N, Spies C, Trojan A, Koch-Gromus U. Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung: Ein Plädoyer für eine Neuorientierung [Responsibilities and concepts for undergraduate and postgraduate medical education in Germany : A plea for a reorientation]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2018;61(2):163-169. DOI: 10.1007/s00103-017-2675-x
- Flick U. Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. p.309-318. DOI: 10.1007/978-3-658-18387-5_23-1
- Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6th ed. Weinheim, Basel: Beltz; 2016.
- Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2nd ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2014.
- Bundesärztekammer. 120. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll. Berlin: Bundesärztekammer; 2017.
- Ten Cate O. Competency-based postgraduate medical education: Past, present and future. GMS J Med Educ. 2017;34(5):Doc69. DOI: 10.3205/zma001146
- Hoppe JD. Weiterbildungsordnung. Gestaltungskraft erhalten. Dtsch Arztebl. 1997;94(15):A-964-966. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/5883/Weiterbildungsordnung-Gestaltungskraft-erhalten>
- Dauth S. Weiterbildungsordnung: Fachkundenachweise befürwortet, fakultative Weiterbildung abgelehnt. Dtsch Arztebl. 1992;89(21):A-1937. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/95112/Weiterbildungsordnung-Fachkundenachweise-befuerwortet-fakultative-Weiterbildung-abgelehnt>
- Schardey J, Huber T, Kappenberger AS, Horné F, Beger N, Weniger M, Werner J, Kühn F, Wirth U. Erwartete Effekte der neuen Weiterbildungsordnung in der Allgemein- und Viszeralchirurgie: Eine Umfrage unter bayerischen Chirurg*innen und Weiterbildungsassistent*innen. Chirurgie. 2023;94(2):155-163. DOI: 10.1007/s00104-022-01738-0
- Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung: (MWBO). Berlin: Bundesärztekammer; 1992.
- Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung: (MWBO). Berlin: Bundesärztekammer; 2003.
- Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung: (MWBO). Berlin: Bundesärztekammer; 2018.
- Bundesärztekammer. Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung. Berlin: Bundesärztekammer; 1988.
- Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinie. MWB-RiLi. Berlin: Bundesärztekammer; 1994.
- Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinien. MWB-RiLi. Berlin: Bundesärztekammer; 2004.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Sarah Prediger
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, III. Medizinische
 Klinik, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland, Tel.:
 +49 (0)40/7410-56837
 s.prediger@uke.de

Bitte zitieren als

Prediger S, Rastetter D, Harendza S. Change in postgraduate medical education – how much didactic shaping is possible at all? A document analysis of the guideline regulations on specialty training 1992-2018 with a focus on surgery. GMS J Med Educ. 2024;41(5):Doc68. DOI: 10.3205/zma001723, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017234

Artikel online frei zugänglich unter
<https://doi.org/10.3205/zma001723>

Eingereicht: 13.10.2023
 Überarbeitet: 14.12.2023
 Angenommen: 09.02.2024
 Veröffentlicht: 15.11.2024

Copyright

©2024 Prediger et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.