

Die novellierte Musterweiterbildungsordnung

Ein Bericht und Kommentar aus Sicht der Allgemeinmedizin

The Updated Model Regulations for Postgraduate Training

A Report and Comment from the Perspective of Family Medicine

Jean-François Chenot¹, Jost Steinhäuser²

Zusammenfassung: Ende des Jahres 2018 wurde die novellierte Musterweiterbildungsordnung (MWBO) nach mehrjähriger Entwicklung fertiggestellt. Der vorliegende Text beschreibt den Entstehungsprozess, wichtige Änderungen für die gebietsspezifische Weiterbildung Allgemeinmedizin, aber auch Ziele, die nicht erreicht werden konnten.

Schlüsselwörter: Weiterbildungsordnung; Weiterbildung; Allgemeinmedizin

Summary: At the end of 2018 the model regulation for postgraduate (vocational) medical training has been updated after a process of several years. This paper describes the development and important changes, as well as goals which could not be achieved.

Keywords: rules for vocational training; postgraduate training; family medicine

Die regelmäßige Überarbeitung der Weiterbildungsordnung (WBO) für Ärzte dient der Anpassung an den medizinischen Fortschritt und den sich ändernden Anforderungen an die Ärzte. Letztes Jahr wurde nach über sechs Jahren Vorbereitung die novellierte Musterweiterbildungsordnung (MWBO) veröffentlicht [1]. Ziel der Bundesärztekammer (BÄK) war es, die alte Gleichung **Weiterbildungsordnung = Abrechnungsordnung** zugunsten einer am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichteten kompetenzbasierten WBO zu ändern.

Ziel war die Orientierung an Kompetenzen statt an Zeiten und Zahlen. Diese Entwicklung reflektiert somit den Einzug medizindidaktischer Elemente in die Weiterbildung in Deutschland.

Die MWBO gliedert sich in mehrere Teile:

- (Abschnitt A) Begriffsdefinition und allgemeine Bestimmungen
- (Abschnitt B) Allgemeine Inhalte für alle Ärzte
- (Abschnitt B) Gebietsspezifische Inhalte

- (Abschnitt C) Zusatz-Weiterbildung (nicht Teil dieses Artikels)

Im Teil „Allgemeine Inhalte“ sind z.B. ethische Aspekte, Umgang mit besonderen Patientengruppen oder Kommunikation aufgeführt, die darum bei den gebietsspezifischen Inhalten nicht nochmal aufgeführt werden. Im Folgenden soll der Entstehungsprozess sowie wichtige Änderungen für die gebietsspezifische Weiterbildung Allgemeinmedizin geschildert werden. Dabei wird jeweils auch auf Aspekte eingegangen, die nicht erreicht werden konnten.

Entstehungsprozess

2013 wurde erstmals die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hausärzte, die DEGAM, statt des Hausärzteverbands (HÄV) von der BÄK eingeladen, für das Fach Allgemeinmedizin an einem Vorschlag für die neue MWBO mitzuarbeiten. Vertreter der DEGAM waren die beiden Autoren der vorliegenden Arbeit.

Diese Entscheidung war berufspolitisch brisant, da der HÄV mit seinen Delegierten auf den Ärztetagen über die neue MWBO abstimmt. Deshalb haben wir uns von Anfang an eng mit dem HÄV abgestimmt. Der Freiraum für radikale Änderungen und Anpassungen an Vorbildern in der Weiterbildung in den Niederlanden oder Skandinavien war von Anfang an gering, weil die Finanzierung der dafür notwendigen Strukturen zuerst geregelt sein müsste. Die Umsetzbarkeit in der Fläche in Deutschland wurde bei den Vorschlägen immer mit bedacht.

Wir haben versucht, mit möglichst vielen Kollegen in der Sektion und im Präsidium Rücksprache zu halten, aber knappe Fristen haben eine breitere Abstimmung und Einbindung unmöglich gemacht. Wir haben dabei die Erfahrung gemacht, dass Kolleginnen und Kollegen oft aus ihrer lokalen Situation Vorschläge und Kritik anbrachten, ohne sich in Fragestellungen bezüglich der Übertragbarkeit in alle Regionen eindenken zu können. Für die nächste MWBO-Novellierung sollte daher Raum für die Einbin-

¹ Abteilung Allgemeinmedizin, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald

² Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

DOI 10.3238/zfa.2019.0156-0159

dung repräsentativer Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Weiterbilder/-innen mit eingeplant werden.

Für Verzögerungen sorgte der Kompetenzbegriff, der mehrfach von der BÄK angepasst wurde. Zeitweilig musste befürchtet werden, dass ein zugeordnetes Kompetenzniveau für die zukünftige Bemessung der Höhe des Honorars eine Rolle spielen könnte. Übrig geblieben sind am Ende zwei Kompetenzniveaus: kognitive- und Methodenkompetenz (Kenntnisse) sowie Handlungskompetenz (Erfahrungen und Fertigkeiten).

Der Vorschlag, der gemeinsam mit den Vertretern des HÄV und Vertretern der BÄK erarbeitet wurde, wurde anschließend in den Landesärztekammern diskutiert und verändert. Zum Teil wurde uns Gelegenheit gegeben unsere Vorschläge zu erläutern. Am Ende wurde der Entwurf mit aus unserer Sicht zum Teil willkürlichen Änderungen, von der „Ständigen Konferenz Ärztliche Weiterbildung“ (StäKo) bei der BÄK, in die auf dem Ärztetag abgestimmte Version gebracht.

Als der Entwurf erstellt wurde, gab es noch keine Finanzierung für flächendeckende Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin. Daher konnten diese als wichtige Innovation zur didaktischen Optimierung der Weiterbildung in die MWBO leider noch nicht berücksichtigt werden. Dennoch sind wichtige Ansätze für in Weiterbildungsverbänden organisierte Rotationen ohne das Schaffen von neuen Flaschenhälften erreicht worden.

Gebietsbezeichnung

Wir hatten vorgeschlagen, das Gebiet von Allgemeinmedizin in Allgemeinmedizin und Familienmedizin, wie Sie unsere Fachgesellschaft im Namen trägt, zu ändern. Gründe dafür waren eine Anpassung an internationale Gepflogenheiten und ein Hervorheben des Anspruchs auf die Versorgung von Kindern und geriatrischen Patienten. Nach unserer Einschätzung ist die Umbenennung nicht am Widerstand anderer Fächer gescheitert, sondern an den Vertretern der Allgemeinmedizin in den Kammern. Bei der nächsten Anpassung der MWBO sollte das besser vorbereitet sein.

Die Fachdefinition der DEGAM [2] konnte, weil sie der vorgegebenen Systematik und Terminologie nicht ent-

sprach, nur teilweise in die MWBO eingebracht werden. Sie betont aber ebenfalls die medizinische Akut-, Langzeit- und Notfallversorgung von Patienten jeden Alters [1].

Weiterbildungszeiten

Es gibt Daten, die zeigen, dass die durchschnittliche Weiterbildungsdauer zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin acht bis zehn Jahre beträgt [3, 4]. Die mit der Änderung der WBO von 2003 auf fünf Jahre verlängerte Weiterbildungszeit wurde beibehalten. Diese Erhöhung wurde damals begrüßt, weil sie vom Umfang her an die meisten anderen Gebietsbezeichnungen angepasst wurde und so keine geringere Qualifikation (oder Honorar) mit dem Argument einer kürzeren Weiterbildungszeit begründet werden konnten. International sind mit guter Strukturierung deutlich kürzere Weiterbildungszeiten vorgesehen. Weiterbildungszeit gilt allerdings in Deutschland als ein Gradmesser der Komplexität und Schwierigkeit eines Fachgebiets. Ein Nachteil ist, dass der Umstieg (früher Quereinstieg genannt) in die Allgemeinmedizin, würde er ernst genommen, so länger dauern müsste. Eine Lösung ist nicht einfach. Hier hätte eine konsequentere Umsetzung des Kompetenzbegriffs statt Zeit als wissenschaftlich nicht belegtes Surrogat für Kompetenzerwerb und Kompetenz zu erfassen, ein Fortschritt sein können. Ein Konzept, das Kompetenz statt Zeit erfasst, könnten die sog. anvertraubaren professionellen Tätigkeiten (APT, *entrusted professional activities* EPAs) sein [5].

Wichtige Änderungen

In der MWBO wurden (Mindest-)Weiterbildungszeiten in folgenden Abschnitten festgelegt:

60 Monate Allgemeinmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten. Davon müssen abgeleistet werden:

- 24 Monate in Allgemeinmedizin in der ambulanten hausärztlichen Versorgung,
- zwölf Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung,
- sechs Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung,

- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung.
- Zum Kompetenzerwerb können bis zu 18 Monate Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung erfolgen.

Positiv ist, dass die längste Weiterbildungszeit jetzt, wie international empfohlen, im eigenen Fach stattfindet. Leider hat die StäKo diesen Abschnitt von unserem Vorschlag so verändert, dass es je nach Auslegung in den Landesärztekammern möglich ist, dass ÄiW diesen Abschnitt in Gänze bei einem hausärztlichen Internisten ableisten und so einen Facharzt für Allgemeinmedizin erwerben könnten ohne je einen Tag von einem Allgemeinarzt weitergebildet worden zu sein. Ein sicher unhaltbarer Zustand.

Der von uns und der Akademie für Allgemeinmedizin [6] bei der BÄK eingebrachte Vorschlag sah vor, dass bis zu 12 Monate bei einem hausärztlichen Internisten abgeleistet werden können, aber mindestens 12 Monate bei einem Allgemeinarzt. Dies sollte hausärztlichen Internisten eine faire Beteiligung sichern aber auch die Identitätsbildung im Fach ermöglichen. Die Beteiligung hausärztlicher Internisten wird in den einzelnen Landesärztekammern aktuell sehr unterschiedlich gehandhabt und wird nicht über die WBO geregelt.

Die Zeit in der Inneren Medizin im Krankenhaus ist jetzt mit 12 Monaten deutlich kürzer als in vielen aktuellen WBOs. Nachteilig ist, dass oft erst nach einem Jahr auf Station ÄiW in Funktionsbereiche integriert werden. Für diese Gepflogenheit gibt es weder einen fachlichen Grund, noch kann es als Rationale für einen längeren Zeitraum in der Inneren Medizin gelten. Für ÄiW mit Kindern ist eine kürzere WB-Zeit im Krankenhaus mit familienunfreundlichen, häufigen Nacht- und Wochenenddiensten begrüßenswert. Längere Zeiten im Krankenhaus bis zu drei Jahren sind dennoch möglich.

Die Allgemeinmedizin lebt von der Breite und von daher sind Rotationen in mehrere Fächer in der Weiterbildung wünschenswert. Dazu gehören Pädiatrie, Psychiatrie und auch ein chirurgisches Fach oder Gynäkologie. In der Praxis ist das eine große organisatorische Herausforderung für die ÄiW, die mehrheitlich immer noch nicht in funktionieren-

den, sektorenübergreifenden Weiterbildungsverbänden ihre Weiterbildung durchlaufen. Auch stehen in diesen Fächern die notwendigen Weiterbildungskapazitäten nicht flächendeckend zur Verfügung. Für Weiterbilder sind Abschnitte unter sechs Monaten oft nicht attraktiv und auch wirtschaftlich nicht immer rentabel. Solange allerdings ÄiW einen Teil ihres Gehalts und der Kosten für die notwendige Anleitung durch einen Weiterbilder über ihre Arbeitsleistung erwirtschaften müssen, sind wünschenswerte kleinteilige Rotationen durch viele Fächer eine Illusion.

Die MWBO hat hier, um keinen Flaschenhals zu produzieren, daher pragmatisch mindestens ein weiteres Fach der unmittelbaren Patientenversorgung festgelegt.

Das früher vorgeschriebene Gebiet Chirurgie gibt es fast nicht mehr, weil es in Allgemein- und Unfallchirurgie zerlegt worden ist. Das macht es schwer, Lern-, bzw. Kompetenzziele festzulegen (akutes Abdomen, Wundversorgung oder Distorsionen?). Schon jetzt sind die Regelungen in den Kammern sehr heterogen [7]. Die Förderung der stationären Weiterbildung der aus Sicht der Weiterbilder viel zu kurz verbleibenden ÄiW ist mit 2340 Euro/Monat und in der Inneren Medizin mit 1360 Euro/Monat [8] aus Sicht vieler Krankenhäuser zu niedrig.

Das Problem der Granularität

Die Organsysteme werden nur grob und ohne weitere Details unter dem Kompetenzniveau „Handlungskompetenz“ aufgeführt. Unter anderen wird dieses auch für Erkrankungen des Auges aufgeführt. Das führte zu Protesten des Berufsverbands der Augenärzte, der hier keine Kompetenz auf dem Niveau Handlungskompetenz bei den Allgemeinärzten anerkennen wollte. Natürlich bezieht sich Handlungskompetenz hier auf die hausärztliche Versorgung. Das einzelne Aufzählen jeder Augenerkrankung, die damit gemeint ist, würde dazu führen, Komplexität und Umfang über das handhabbare Maß zu steigern. Hier ist das mittlerweile in zweiter Auflage vorliegende kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin der DEGAM eine Ergänzung und didaktische Hilfe [9, 10]. Dort werden Beratungsanlässe

und Kompetenzen detaillierter ausgeführt. Eine Granularität bis auf einzelne Erkrankungen ist aber weder möglich noch sinnvoll.

Richtzahlen und Einzelkompetenzen

Die größte Änderung der MWBO ist die drastische Reduzierung der Richtzahlen und die Begrenzung auf wenige Einzelkompetenzen. Die ehemaligen Richtzahlen waren oft berufspolitisch motiviert sehr hoch und konnten nicht immer realistisch erreicht werden.

Darauf wurde nun reagiert: Proktoskopien und Doppleruntersuchungen der hirnversorgenden Gefäße werden nun nicht mehr aufgeführt. Prinzipiell wären beide Prozeduren ein wünschenswerter Bestandteil der Weiterbildung, aber es gibt dazu keine ausreichenden Weiterbildungskapazitäten. Zudem haben sich Untersuchungen nicht durchgesetzt, für welche die Anschaffung eines teuren Gerätes notwendig ist und die nicht abgerechnet werden können, [11]. Der wichtigere Grund für die Reduzierung ist, dass es für Richtzahlen keine empirische Grundlage gibt, ab der bei bestimmten Tätigkeiten eine Kompetenz als erworben gelten kann (man kann es hundert Mal falsch machen).

Richtzahlen wurden für folgende, teilweise auch meist neue Kompetenzen festgelegt: Hausbesuche (50), lebensrettende Maßnahmen (10), Behandlung von Patienten mit Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters (50), Behandlung von Kindern (50), Behandlung von Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit in ihrer Häuslichkeit (25), Durchführung und Interpretation standardisierter Testverfahren, z.B. Demenz oder Depression (50), Wundversorgung (50). Diese Kompetenzen sollen das Alleinstellungsmerkmale der Allgemeinmedizin in der ambulanten Versorgung betonen, die im Krankenhaus nicht erworben werden können und z.B. die Kompetenz in der Geriatrie zu demonstrieren, um eine nachgelagerte Zusatzweiterbildung unnötig zu machen.

Weggefallen sind Richtzahlen z.B. für Belastungs-EKGs oder Ultraschalluntersuchungen, die als solche aber noch aufgeführt sind. Insbesondere bei den Ultraschalluntersuchungen gab es

Diskussionen und Bedenken. Für einen Teil der Kollegen sind technische Untersuchungen wichtig, gerade auch unter dem Aspekt Konkurrenzfähigkeit und Attraktivität. Für viele ÄiW haben sich die hohen Richtzahlen aber als Hindernis herausgestellt, weil nicht ausreichend Gelegenheit dazu besteht, diese zu erfüllen. Diese Situation könnte sich durch die kürzere Zeit in der Inneren Medizin noch verschärfen. Wer die Anforderungen der kassenärztlichen Vereinigung erfüllt, kann weiterhin die Genehmigung zur Abrechnung erhalten.

Forschungszeiten

Die Anerkennung von Forschungszeiten, wie sie international üblich ist, ist eine Forderung des hausärztlichen wissenschaftlichen Nachwuchses [12, 13] sowie des Wissenschaftsrats [14] und der Deutschen Forschungsgemeinschaft [15]. Sie ist kein spezifisches Problem der Allgemeinmedizin. Daher hätte eine Änderung im Allgemeinen Teil für alle Ärzte erfolgen müssen. Für die generelle Anerkennung von sechs Monaten Forschungszeiten konnten zwar einige Verbündete gefunden werden [16], aber keine Mehrheit bei den Vertretern der Kammern. Diese Haltung erschwert für alle Gebiete die Rekrutierung von wissenschaftlichen Nachwuchs als Fundament der Weiterentwicklung der Medizin. Wenn der herausfordernde Weg als sog. *Clinician Scientist* so wenig gefördert und anerkannt wird, werden Nicht-Ärzte die Forschung in der Medizin noch mehr dominieren als bisher schon. Solange es, wie schon ausgeführt, keinen Beleg gibt, dass eine bestimmte Zeit für die Erreichung eines Kompetenzniveaus notwendig ist, ist diese Haltung nicht rational begründbar.

Es bleibt daher für die Allgemeinmedizin weiter bei lokal unterschiedlichen Regelungen oder Einzelfallentscheidungen.

Wie geht es weiter?

Die Weiterbildung zu gut qualifizierten und kompetenten Fachärzten sollte nicht dem Zufall überlassen werden. Mit der Novelle der MWBO sind bereits viele Schritte in die richtige Richtung gegangen worden. Wichtig ist jetzt die lokale

Prof. Dr. Jean-François Chenot, MPH ...

... ist Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin an der Universitätsmedizin Greifswald und angestellter Arzt in der Landarztpraxis Dr. Peter Korschake in Gützkow. Er hat die DEGAM bei mehreren Leitlinien vertreten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jean-François Chenot, MPH
Abteilung Allgemeinmedizin,
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Fleischmannstraße 6, 17475 Greifswald
Tel.: 03834 86-22282
jchenot@uni-greifswald.de

Umsetzung. Mit den flächendeckend neu aufgebauten Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin ist ein großer Schritt für eine bessere Qualifizierung von Allgemeinärzten getan. Diese Kompetenzzentren bieten auf freiwilliger Basis strukturierte Reflexion an Schulungstagen, Mentoring und *Train-the-trainer*-Seminare an, die die praktische Weiterbildung in Krankenhaus und Praxis ergänzen [17–19]. Der nächste wichtige Schritt wird die flächendeckende Etablierung der bisher nur vereinzelt

funktionierenden, sektorenübergreifenden Weiterbildungsverbänden mit auf die WBO abgestimmten Weiterbildungsinhalten sein [20].

Die MWBO ist nun als Vorschlag an die Landesärztekammern übergeben worden, die frei eine abweichende WBO erlassen können. Das trifft besonders die Allgemeinmedizin, wo es im Moment erhebliche Abweichungen zwischen den WBOs der einzelnen Landesärztekammer gibt, z.B. bezüglich Weiterbildungsabschnitten in der Chi-

rurgie oder der Anzahl der notwendigen Rotationen. Das führt bei ÄiW, die Kammerbereiche wechseln, regelmäßig zu Problemen. Im Interesse der ÄiW sollten daher alle in die Kammern gewählten Vertreter auf eine möglichst unveränderte Übernahme der MWBO achten und bei Abweichungen genau überlegen, ob diese keine unnötige Hürde darstellen und dass für wünschenswerte Inhalte die Weiterbildungskapazität auch wirklich flächendeckend vorhanden ist.

Literatur

1. Bundesärztekammer. Musterweiterbildungsordnung 2018. www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/ (letzter Zugriff 15.03.2019)
2. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Fachdefinition 2002. www.degam.de/fachdefinition.html (letzter Zugriff 15.03.2019)
3. Huenges B, Weismann N, Osenberg D, Klock M, Rusche H. Weiterbildung aus Sicht der (Haus-) Ärzte von morgen. *Z Allg Med* 2010; 86: 369–78
4. Broermann M, Messemaker A, Pauscher L, Wunder A, Gerlach FM, Sennekamp M. Spät entschieden und jetzt Allgemeinmedizin: Über Umwege zur gemeinschaftlichen Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2017; 93: 324–8
5. Shaughnessy AE, Sparks J, Cohen-Osher M, Goodell KH, Sawin GL, Gravel J Jr. Entrustable professional activities in family medicine. *J Grad Med Educ* 2013; 5: 112–8
6. Akademie für Allgemeinmedizin. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/DeutAkadAllgemeinmedStatut2011.pdf (letzter Zugriff 15.3.2019)
7. Klement A, Junge C, Meyer F, Lichte T. Was sollten (zukünftige) Allgemeinärzte in der Chirurgie lernen? *Zentralbl Chir* 2016; 141: 285–89
8. Deutsche Krankenhausgesellschaft. 2016 Förderung Allgemeinmedizin. Erläuterungen. 2016. www.dkgev.de/dkg.php/cat/292/aid/9011/title/Wie_hoch_ist_der_Foerderbetrag (letzter Zugriff 15.3.2019)
9. DEGAM. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin. www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/downloads/Curriculum_01-10-15.pdf (letzter Zugriff 15.03.2019)
10. Steinhäuser J, Chenot JF, Roos M, Ledig T, Joos S. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. *BMC Res Notes* 2013; 6: 314
11. Steinhäuser J, Jäkel K, Szecsenyi J, Götz K, Ledig T, Joos S. Prozeduren, die in der Allgemeinmedizin durchgeführt werden – eine Querschnittstudie. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 1004–11
12. Herrmann WJ, Kötter T, Freund T, Carmienie S. Vereinbarkeit von Forschung und Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin. Probleme und Lösungsansätze. *Z Allg Med* 2013; 89: 122–6
13. Haumann H, Flum E, Joos S. Aktiv in Forschung und Lehre in der Weiterbildung Allgemeinmedizin – Perspektiven der nachrückenden Ärztesgeneration. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2016; 118–119: 65–72
14. Wissenschaftsrat. Perspektiven der Universitätsmedizin. 2016. www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5663-16.pdf (letzter Zugriff 15.3.2019)
15. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Etablierung eines integrierten Forschungs- und Weiterbildungs-Programms für „Clinician Scientists“ parallel zur Facharztweiterbildung. 2015 www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2015/empfehlungen_clinician_scientists_0415.pdf (letzter Zugriff 15.3.2019)
16. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Forum Gesundheitsforschung. Konzept zur bundesweiten Implementierung von Clinician und Advanced Clinician Scientist Programmen in der Gesundheitsforschung in Deutschland. 2018. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/forum-gesundheitsforschung-5787.php (letzter Zugriff 15.3.2019)
17. Broermann M, Messemaker A, Schnoor H, Gerlach FM, Sennekamp M. Wer profitiert vom Mentoring? *Z Allg Med* 2019; 95: 20–5
18. Flum E, Magez J, Aluttis F, et al. Das Schulungsprogramm der Verbundweiterbildung plus Baden-Württemberg: Entwicklung und Implikationen für die Implementierung von Verbundweiterbildungsprogrammen in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2016; 112: 54–60
19. Ledig T, Flum E, Magez J, et al. Fünf Jahre Train-the-Trainer-Kurs für weiterbildungsbefugte Hausärzte – qualitativ-quantitative Analyse der Begleitevaluation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2016; 117: 65–70
20. Flum E, Berger S, Szecsenyi J, Marquard S, Steinhäuser J. Training standards statements of family medicine postgraduate training – a review of existing documents worldwide. *PLoS ONE* 2016; 11: e0159906