

# Zertifizierung als Zumutung und als Chance

## Bericht von einem DGOU-Workshop

Joachim Arndt, Prof. Bernd Kladny, Prof. Reinhard Hoffmann

Unter dem Titel „Bestandsaufnahme, Evaluation, Zukunftsfähigkeit der Zertifizierungen in O und U“ richtete die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) am 11. Mai in Frankfurt einen Workshop aus, zu dem Repräsentanten der drei Fachgesellschaften DGOU, DGOOC und DGU sowie der selbstständigen Sektionen eingeladen waren.

Anlass für den Workshop war die Arbeitsaufnahme des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und seine im § 137a des SGB V niedergelegte Aufgabe, „Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.“

Als Ziele des Workshops waren formuliert: eine Bestandsaufnahme der DGOU-Zertifikate, die Abklärung der zukünftigen rechtlichen und sachlichen Mindestanforderungen und schließlich auch Kooperation und Kommunikation der verschiedenen Zertifikatsanbieter untereinander.

### Wieviel Zertifizierung?

Der Begrüßung durch den Präsidenten der DGOU und DGOOC, Prof. Dr. Hei-

ko Reichel (Ulm), folgte ein Impulsreferat des Generalsekretärs von DGOU und DGU, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (Frankfurt/Main), mit dem Titel „Zertifizitis‘ – wie viel Zertifizierung ist akzeptabel, was ist sinnvoll, was ist finanzierbar?“

Den Trend zur Zertifizierung sieht Hoffmann als ungebrochen an und erwartet, dass auch Sektionen, die bisher noch keine Zertifikate anbieten, möglicherweise nachziehen werden. Wenn eine kritische Masse erst erreicht ist, machen es schließlich auch die bisher Zurückhaltenden. Er legt die personelle und wirtschaftliche Belastung seiner Klinik am Beispiel einer größeren Zertifizierung (EPZmax) dar. Bei mehreren Zertifizierungen summiert sich der Aufwand erheblich. Dabei lassen sich die Kliniken in der Regel freiwillig zertifizieren; „Wir – als Fachgesellschaften – brocken uns das selber ein!“, konstatierte Hoffmann. Als Motive der Kliniken hierfür nannte er den positiven Willen, die Qualität zu steigern, aber auch Wettbewerbsgründe. Oft werde Qualität gesagt, aber Abschottung oder Marktbeherrschung gemeint. Beides verwundert, da bisher empirisch weder eine Steigerung der Qualität noch ein positiver Patientenzustrom infolge der Zertifizierungen wissenschaftlich belegt werden konnte. Zudem ist die Definition von Qualität und Festlegung von Qualitätskriterien alles andere als einfach. Anscheinend trauen die Fachärzte

dem durch den Facharztstitel ausgewiesenen Weiterbildungsgang nicht mehr genügend qualitätssichernde Wirkung zu, weshalb man die Frage stellen kann: Ist der Facharzt noch etwas wert? Immerhin bewegen sich die Zahlen der bei den Schlichtungsstellen behandelten Vorwürfe auf Behandlungsfehler in Orthopädie und Unfallchirurgie trotz der vielfältigen Leistungen, komplexen Fallkonstellationen und häufig schwierigen Ausgangs-/ Umfeldbedingungen der Patienten im niedrig einstelligen Promillebereich.

### Überprüfungen erwartet

Sinn des Workshops war neben der Bestandsaufnahme und dem grundsätzlichen Nachdenken über Sinn oder Unsinn der zahlreichen Zertifizierungen auch die Vorbereitung auf die zu erwartenden Überprüfungen durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Unterrichteten Kreisen zufolge wird sich das IQTIG zwar innerhalb der nächsten zwei Jahre schwerpunktmäßig mit anderen Aufgaben befassen, doch empfiehlt sich eine frühzeitige Vorbereitung darauf. Dies gilt insbesondere für Zertifikate, die als Qualitätsnachweise ggf. mit pay-for-performance-Ansätzen gekoppelt werden könnten. Auf die sonstige freiwillige Zertifizierung wird das IQTIG wohl weniger Einfluss nehmen. Was vom IQTIG dann nicht bewertet wurde, ist möglicherwei-



Teilnehmer des Workshops

Foto: DGOU

se nichts wert. Laut Hoffmann sollte man in Zukunft Folgendes beachten:

- Die zertifizierende Stelle sollte vollständig unabhängig von Weisungen/Entscheidungen der Fachgesellschaft sein;
- Die zertifizierende Stelle sollte möglichst bei der Deutschen Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS) akkreditiert sein;
- Bei Verdacht oder objektivem Nachweis, dass zertifizierte Kollegen oder Kliniken trotz Zertifikats unterdurchschnittliche Qualität abliefern, sollte ein strukturierter Dialog mit Fachkollegen im Sinne des peer-reviews installiert werden.

## Was ist Qualität?

Ohne Diskussion schloss sich das Impulsreferat des Kölner Rechtsanwaltes und Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR), Dr. Albrecht Wienke (Köln), an mit dem Titel „Ist zertifizierte Qualität wirklich bessere Qualität?“ (zu Nutzen und Auswirkungen von Krankenhauszertifikaten auf Haftungsrisiken und Patientensicherheit siehe auch Artikel in diesem Heft) – Er leitete seinen Vortrag mit der Bemerkung ein, dass es seiner Kenntnis nach der erste von einer deutschen medizinischen Fachgesellschaft abgehaltene Workshop zu diesem Thema sei. Als Motive für die Vielzahl an Zertifikaten im medizinischen Bereich sieht er neben berufskulturellen Eigenheiten (die Rechtsanwälte kennen eine solche Vielzahl nicht):

- zunehmenden Wettbewerb um Patienten,
- knappe finanzielle Mittel,
- steigendes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung,
- freie Arztwahl durch Mobilität und Flexibilität,
- Liberalisierung des ärztlichen Werberechts,
- gesetzliche Verpflichtung zum Einrichten eines Qualitätsmanagements nach §§ 135 ff. SGB V,
- vergütungsrelevante Strukturvoraussetzungen im Krankenhausstrukturgesetz (Qualitätsindikatoren).

Als Zertifizierung (von lat. „certe“ = bestimmt, gewiss, sicher und „facere“ = machen, schaffen, verfertigen) bezeichne man ein Verfahren, mit dessen Hilfe die Einhaltung bestimmter Anforderungen nachgewiesen wird. Aber: Welche objek-

tive Qualität haben diese Anforderungen und wer legt sie fest? Welche Qualität wird bestätigt (Prozessqualität, Strukturqualität oder Ergebnisqualität)? Und wer bestätigt diese unbekannt Qualität? Die zu überprüfenden Kriterien unterliegen keiner gesetzlichen Regelung, sondern können einfach festgelegt werden, etwa durch Leitlinien, Weißbücher etc. In der Regel können nur Prozess- und Strukturqualität erfasst werden, da für die eigentlich interessante Qualität, das Outcome der Behandlung, meist keine validen Kriterien vorliegen.

Die Zertifizierungsstelle bedarf keiner Erlaubnis, sollte aber bestimmte Anforderungen erfüllen (wirtschaftliche Unabhängigkeit, Transparenz, Unparteilichkeit), idealerweise ist sie auch bei der Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS) akkreditiert.

Aus rechtlicher Sicht sollte bei Zertifizierungen unbedingt beachtet werden:

- als gerichtlich ausschlaggebend wird der Facharztstandard betrachtet und nicht eine wie auch immer geartete Zertifizierung;
- der Begriff „Zertifizierung“ sollte nur dann verwendet werden, wenn eine unabhängige Stelle die Erfüllung der Kriterien prüft und das Zertifikat ausstellt;
- die Zertifizierung muss allen offenstehen, darf also nicht an eine Mitgliedschaft in einer Gesellschaft/einem Verein gebunden sein;
- die Zertifizierung muss zumindest wahrscheinlich der Qualitätssicherung und nicht nur der Wettbewerbsbeschränkung dienen;
- der Name des Zertifikates darf nicht den Namen eines in der Weiterbildungsordnung festgelegten Facharztes, einer Zusatzweiterbildung usw. haben;
- als „Zentrum“ kann in der Regel nur eine Einrichtung mit mindestens zwei Fachärzten bezeichnet werden (wenn auch hier die Rechtsprechung im Fluss ist).

Abschließend stellte Wienke fest, dass der Nutzen der Zertifizierungen für die Patienten zweifelhaft sei, für die Einrichtung selbst aber in der Regel vorteilhaft durch Verbesserung der internen Strukturen. Denn „Zertifikate sind keine Garantie für Qualität“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften).

## Personenzertifizierungen

Das von Prof. Dr. Alexander Beck (Würzburg) gehaltene Eingangsreferat zum zweiten Teil des Workshops – „Personenzertifizierungen? Position der DGOU“ – findet mit seiner Kritik an einigen EndoCert-Vorgaben nicht bei allen Zuhörern Zustimmung. Er zitierte aus dem Entwurf eines Positionspapiers der DGOU zu Zertifizierungen aus dem Jahre 2013, dass diese Zertifizierungen befürwortet werden sollen, wenn

1. durch die Zertifizierung eine Steigerung/Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung zu erwarten ist,
2. eine hohe fachliche Interdisziplinarität mit konsekutiven prozessualen Schnittstellen vorliegt,
3. hohe Anforderungen an die Infrastruktur gegeben sind.

Dagegen sollte die DGOU ablehnen: die Zertifizierung von einzelnen Personen, da diese nur im Rahmen eines chirurgischen Gesamtkontextes Leistungen erbringen und somit stets auch strukturelle Prozesse, Mitarbeiter und vorhandene Infrastruktur wesentlichen Einfluss auf das Wirken einzelner Personen haben; ferner Zertifizierungen, bei denen nicht die Qualitätssicherung der Patientenversorgung, sondern Aspekte des Marketings und der Patienten-Akquise eindeutig im Vordergrund stehen.

## Ergebnisse des Workshops

Prof. Dr. Bernd Kladny (Herzogenaurach), Stellv. Generalsekretär der DGOU, übernahm es, aus den Referaten und Diskussionen die wesentlichen Ergebnisse des Workshops zusammenzufassen. „Wir beklagen stetig eine überbordende Bürokratie und tragen selbst dazu bei“. Die Zertifizierungen bedeuteten für die Kliniken einen enormen Ressourcenverbrauch. Die Fachgesellschaften könnten dies nicht steuern, „der Markt“ werde es richten. Um den Aufwand für die Kliniken möglichst gering zu halten, wird empfohlen, die Zertifizierungen möglichst modular aufzubauen und möglichst viele Zertifizierungsbestandteile untereinander anzuerkennen oder neue Zertifizierungen an bereits bestehende Zertifizierungen anzudocken. Mittelfristig sei zu erwarten, dass das IQTIG die Zertifizierung überprüfen und mit pay-for-performance-Ansätzen verknüpfen werde. In diesem Zusammen-

hang sei die Berücksichtigung der von Wi-enke genannten Voraussetzungen unabdingbar, um Zertifikate rechtssicher und unangreifbar aufzustellen. Die Einrichtungszertifikate sah Kladny auf teilweise höchstem, vorbildlichem Niveau, die auch einer externen Evaluierung Stand halten werden (z.B. EndoCert, TraumaNetzwerk DGU). Viel verbreiteter seien aber Personenzertifikate. Alleinige Personenzertifikate ohne entsprechende strukturelle Voraussetzung zur Erbringung der Leistung sieht die Fachgesellschaft äußerst kritisch, da diese Verbindung für die eingeforderte Qualität unabdingbar ist.

## TEILNEHMER DES WORKSHOPS

PD Dr. Hermann Anetzberger, Dr. Jörg Ansorg, Dipl. Pol. Joachim Arndt, Prof. Dr. Alexander Beck, Dr. Christoph Biehl, Dr. Thomas Friess, Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, Prof. Dr. Joachim Grifka, Dr. Holger Haas, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Bernd Kladny, Dr. Ulla Krause, Prof. Dr. Burkhard Lehner, Prof. Dr. Christoph Lohmann, Prof. Dr. Michael Raschke, Prof. Dr. Heiko Reichel, Prof. Dr. Robert Rödl, Prof. Dr. Markus Scheibel, Dr. Cordelia Schott, RA Dr. jur. Albrecht Wienke, Professor Dr. Dieter Wirtz

Verhindert waren die Vertreter von: Fusscert und Zertifikat Fußchirurgie (beides DAF), Zertifikat Curriculum Fortbildung Hüftsonographie und Allgemeine Sonographie der Bewegungsorgane und MRT (DGOU-Sektion Bild gebende Verfahren), GOTS-Zertifikat Sportarzt und Zertifikat Technische Orthopädie (VTO).

## Übersicht Zertifikate

### Fragen (Aufgabenstellung):

- Was soll mit dem Zertifikat erreicht werden?
- Was wird zertifiziert / bescheinigt?
- Unabhängiger Zertifizierer?
- Wie viele Zertifikate / Bescheinigungen wurden schon ausgeben?

### A) Zertifizierungen von Einrichtungen

Bezeichnung	a	b	d	e
EndoCert (DGOOC)	Erhaltung und Verbesserung der Qualität der endoprothetischen Versorgung	Ausbildung / Qualifikation des Operators (AE); Struktur- und Prozessqualität; Ergebnisqualität unter Einbeziehung EPRD; Fallzahlen. Siehe <a href="http://www.endocert.de">www.endocert.de</a>	Ja	EPZ: 359, EPZmax: 137
TraumaNetzwerk DGU	Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden medizinischen Versorgung schwerverletzter Patienten jeden Tag rund um die Uhr	Vorgaben zu Struktur und Ausstattung im Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU: personell, ausstattungs-mäßig, strukturell gemäß Status als Lokales, Regionales oder Überregionales TraumaZentrum; Mindestfallzahlen; verpflichtende Teilnahme am TraumaRegister DGU®; verpflichtende Verlegungskriterien; interdisziplinäre Zusammenarbeit; Qualitätssicherung. Siehe <a href="http://www.dgu-traumanetzwerk.de">www.dgu-traumanetzwerk.de</a>	Ja	633 TraumaZentren, davon 324 Lokale TZ, 205 Regionale TZ, 104 Überregionale TZ; 52 zertifizierte Traumanetzwerke in D, A und CH
AlterstraumaZentren (DGU)	Förderung unfallchirurgisch-geriatrischer Interdisziplinarität bei der Behandlung des Alterstraumas, Verbesserung von Behandlungsqualität und -ergebnissen, Gewinnung von Daten mithilfe des AltersTraumaRegister DGU® für die Versorgungsforschung	Kriterienkatalog zu Struktur, Anwendung wissenschaftlich fundierter Behandlungspfade und engem interdisziplinärem Co-Management. Siehe <a href="http://www.altertraumazentrum-dgu.de">www.altertraumazentrum-dgu.de</a>	Ja	Mai 2016: 38
Orthopädisches Tumorzentrum (DGOOC-Sektion Muskuloskeletale Tumoren)	Optimierung der Versorgungsrealität in Deutschland durch breite Schulung der Basis, verbunden mit einer schnellen Zuweisung an erfahrene Behandler in abgestuften Versorgungszentren	Kriterien des Weißbuchs Muskuloskeletale Tumorzentren der DGOOC: Klinik für Orthopädie und / oder Unfallchirurgie mit einem eigenständigen Bereich Muskuloskeletale Tumorchirurgie mit mindestens einer / m Fachärztin / Facharzt für Orthopädie und / oder Unfallchirurgie. Persönliche OP-Kataloge, Teilnahme an Tumorkonferenzen, Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen. Siehe <a href="http://www.dgooc.de/gremien/sectionen/s13-muskuloskeletale-tumoren/aktuelle-meldungen">www.dgooc.de/gremien/sectionen/s13-muskuloskeletale-tumoren/aktuelle-meldungen</a>	Nein	0 (in Umsetzung)
orthopädisch-rheumatologische Schwerpunktkliniken (DGORh)	Aufwertung der operativ tätigen orthopädischen Rheumatologen	Operative Einrichtung und deren längerfristige Ausrichtung auf Patienten mit inflammatorischen Erkrankungen Siehe OUMN-Heft 5/2015, S. 459 – 460	Nein	bisher 4

Deutsche Schulter- und Ellenbogenzentren / Referenzklinik / Referenzpraxis Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE)	Verbesserung von Strukturen, Transparenz und Qualität	Facharztausbildung; Mitgliedschaft DVSE (Kommission) und SECEC; Schulter-Ellenbogen-Zertifikat; Teilnahme Jahreskongress der DVSE; transparente Firmenkooperation / Disclosures; Notfallambulanz (24h) mit ärztlichem Bereitschaftsdienst und ständige telefonische Erreichbarkeit, wöchentlich stattfindende Spezialsprechstunde, interdisziplinäre fachärztliche Vernetzung, operative Fallzahlen im Gesamtspektrum, Rehabilitation inkl. Behandlungsprotokolle, Komplikationsmanagement und Komplikationsbesprechung; aktive Teilnahme an DVSE-Multicenterstudien, Dateneingabe DVSE-Endoprothesenregister, wiss. Publikationen, Buchbeiträge, Preise, Kongressbeiträge; Lehrtätigkeit innerhalb medizinischer Berufsgruppen, Ausbildung von Doktoranden, Hospitanten, Famulanten, Assistenzärzten in Fachweiterbildung, Organisation / Mitorganisation einer Veranstaltung pro Jahr unter DVSE-Patronage.	In Klärung	0 (in Umsetzung)
Schmerztherapie-Einrichtungen interdisziplinärer Natur (IGOST)	transparenter Kompetenznachweis der Klinik, Auszeichnung für die Institution	umfangreiche Voraussetzungen bzgl. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität; siehe <a href="http://www.igost.de/media/pdf/downloads/voraussetzungen-fuer-die-anerkennung-als-schmerzambulanz-igost-zertifikat.pdf">www.igost.de/media/pdf/downloads/voraussetzungen-fuer-die-anerkennung-als-schmerzambulanz-igost-zertifikat.pdf</a>	Nein	6

## B) Personenzertifikate:

Bezeichnung	a	b	d	e
Arthroskopeur (AGA)	Bestätigung einer qualifiz. Ausbildung; kann durch Besuch von Kursen unter AGA-Patronat erworben werden	alle Stunden im AGA Kurs-Curriculum; 200 selbstständig durchgeführte Arthroskopien, davon 50 rekonstruktive Eingriffe; Facharzt (Allg. Chirurgie / Unfallchir. / Orthopädie); 10 Tage Hospitation bei einem AGA-Instruktor oder die Absolvierung eines 10-tägigen offiziellen AGA-Fellowships Siehe: <a href="http://www.aga-online.de/qualifikation/aga-arthroskopeure/antrag-aga-arthroskopeur/">www.aga-online.de/qualifikation/aga-arthroskopeure/antrag-aga-arthroskopeur/</a>	Nein	151
Spezieller Arthroskopeur Knie bzw. Schulter bzw. Fuß (AGA)	Bestätigung einer qualifiz. Ausbildung; kann durch Besuch von Kursen unter AGA-Patronat erworben werden	Anerkennung Arthroskopeur – AGA; zusätzliche theoretische und praktische Weiterbildung; Knie (zusätzlich 500 Knie-Arthroskopien); Schulter (zusätzlich 250 Schulter-Arthroskopien); Fuß (zusätzlich 200 Fuß-Arthroskopien) Siehe: <a href="http://www.aga-online.de/qualifikation/aga-arthroskopeure/antrag-aga-arthroskopeur/">www.aga-online.de/qualifikation/aga-arthroskopeure/antrag-aga-arthroskopeur/</a>	Nein	Knie: 4, Schulter: 12, Fuß: 0
AGA-Instruktor	Gewinnung aktiver qualifizierter Ausbilder, die Kurse veranstalten, leiten, als Instruktoren mitwirken und wissenschaftlich tätig sind	800 arthroskopische Operationen als Hauptoperateur, davon 250 rekonstruierende arthroskopische Eingriffe höheren Schwierigkeitsgrades; 80 offene Eingriffe an großen Gelenken als Hauptoperateur, davon mindestens die Hälfte rekonstruktiv; Mitwirken als Referent oder Instruktor an 4 Arthroskopie-Kursen mit AGA-Patronat; 2 Paten, wovon ein Pate Vorstandsmitglied und ein Pate Instruktor der AGA sein muss; ausführliche Empfehlungsschreiben notwendig; Facharztanerkennung (Chirurgie / Unfallchirurgie / Orthopädie); 2 Publikationen als Erstautor über ein arthroskopisches Thema und 10 Vorträge als Referent; 3 Jahre AGA-Mitgliedschaft; einstimmige Wahl durch den AGA-Vorstand; Selbstverpflichtung, an der Ausbildung der Mitglieder aktiv teilzunehmen. Siehe <a href="http://www.aga-online.de/aga-instruktoren/kriterien-fuer-instruktoren/">www.aga-online.de/aga-instruktoren/kriterien-fuer-instruktoren/</a>	Nein	373

## Aus den Verbänden

Master of Fracture Care (geplant) (AOT-rauma)	Spezialisierung hat zu Abnahme der Attraktivität des Unfallchirurgen und der Versorgung der Polytraumata geführt; andere Gebiete haben bessere Reputation, Vergütung und work-life-balance; Erhöhung der öffentlichen Wahrnehmung und Anerkennung exzellenter Unfallchirurgen; verbesserte Reputation der angestellten Ärzte steigert Ansehen der jeweiligen Kliniken; bessere Vergütung der unfallchirurgischen Leistungen und Ausstattung der Kliniken; gesteigerte Anerkennung und Vergütung für den Nachwuchs	Es werden Mindeststandards über die zu erreichenden individuellen Fähigkeiten definiert. Der Schulungsbedarf / das Weiterbildungsprogramm eines Unfallchirurgen im Laufe der Karriere wird anhand existierender AO-Standards festgelegt und die Erfüllung geprüft. Führungs- und Managementkompetenz, Organisationsstruktur & Prozessqualität der Klinik.	in Klärung	0 (noch in Planung)
Zertifikat Spezielle Orthopädische Chirurgie Fuß / Knie / Wirbelsäule (DGOOC)	Kurskonzept zur Vermittlung der WBO-Inhalte „Spezielle Orthopädische Chirurgie“: Schulter – Wirbelsäule – Hüfte – Knie – Fuß – Tumor	Teilnahme am Kurscurriculum (zusätzliche CME-Zertifizierung durch die ÄK Berlin) Siehe <a href="http://www.dgooc.de/wissenschaft-und-fortbildung/fortbildung/spez-orthop-chirurgie">www.dgooc.de/wissenschaft-und-fortbildung/fortbildung/spez-orthop-chirurgie</a>	Nein	38 Kurse mit 1149 Teilnehmern
Zertifikat Curriculum Orthopädische Rheumatologie (DGORh)	Weckung des Interesses an der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie; bei erfahrenen Kollegen rheumaorthopädische Grundlagen auffrischen bzw. erweitern	Teilnahme an einem 4-tägigen Curriculum mit konservativen und operativen Inhalten Siehe <a href="http://dgorh.de/Orthopaedische-Rheumatologie.14.0.html">http://dgorh.de/Orthopaedische-Rheumatologie.14.0.html</a>	Nein	Insgesamt rund 120 Teilnehmer an allen 4 Kursen, nur 9 Zertifikate ausgestellt (Teilnehmer mit allen Kursen)
Zertifikat Kniechirurgie (DKG)	Standardisierung der Ausbildung auf dem Gebiet der Kniechirurgie	Abschluss aller 6 Kursmodule des Curriculums, Nachweis der 500 zu erbringenden schweren Eingriffe am Kniegelenk, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Unfallchirurgie (oder Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie), Spezielle orthopädische Chirurgie, Facharzt für Orthopädie, Mitgliedschaft in der DKG Siehe <a href="http://deutsche-kniegesellschaft.de/zertifizierung-kniechirurgie/">http://deutsche-kniegesellschaft.de/zertifizierung-kniechirurgie/</a>	Nein	29
Zertifikat Fortbildung Schwerpunkte Ellenbogenchirurgie / Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE)	strukturierte und standardisierte Ausbildung, umfassender Erwerb theoretischer Kenntnisse und praktischer Fähigkeiten in der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen des Schulter- und Ellenbogengelenkes	Facharzt für Orthopädie / Unfallchirurgie, Mitglied der DVSE; Fortbildungszeit mind. 2 Jahre und max. 6 Jahre, praktische Fortbildung in einem Hospitationszentrum der DVSE, Nachweis über Kursteilnahme (DVSE Bescheinigung). Zu den Kursinhalten siehe: <a href="http://www.dvse-zertifizierung.de">www.dvse-zertifizierung.de</a>	Nein	April 2016: 91
Masterzertifikat konservative WS-Behandlung (DWG, DGNC, DGOU)	Fortbildung von ärztlichen Wirbelsäulentherapeuten im gesamten Spektrum der konservativen Therapieoptionen von WS-Erkrankungen	3 Jahre nach Facharzt, davon mind. 1 Jahr Tätigkeit in Spezialklinik konservative WS-Therapie; Besuch von 4 Basismodulen des Curriculums; Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin oder mind. Grundkurs Manuelle Medizin Kursbuch BÄK (120 Stunden); Nachweis persönlicher Leistungszahlen (in den letzten 3 Jahren)	Nein	0 (in Umsetzung)
Zertifikat ambulante orthopädische, unfallchirurgische und allgemeine interdisziplinäre Schmerztherapie (IGOST)	Nachweis der besonderen Qualifikation in der Schmerztherapie: ■ der frühzeitigen Erkennung des Chronifizierungsrisikos ■ des schnellen therapeutischen Gegensteuerns zur Vermeidung einer Chronifizierung, generell: Sicherstellung einer suffizienten Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch qualifizierte Fachärzte sowohl innerhalb als auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	Facharzt in einem klinischen Fachgebiet; Teilnahme an einem von einer LÄK anerkannten theoretischen 80-stündigen Schmerztherapiekurs zur Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ nach den BÄK-Richtlinien zur Weiterbildungsordnung; 20 Std. Ausbildung in der manuellen Diagnostik und Therapie; Anerkennung zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung; Teilnahme an mind. 10 Schmerzkongressen pro Jahr; Teilnahme an schmerztherapeutischen Fortbildungsveranstaltungen von mind. 30 Std. pro Jahr. Organisatorische Anforderungen: 1. räumliche Voraussetzungen mit Überwachungs- und Liegeplätzen 2. apparative Voraussetzungen mit suffizienter Notfallbehandlung und Überwachung 3. personelle Voraussetzungen mit geschultem Personal zur Assistenz und Überwachung bei therapeutischen Verfahren Siehe <a href="http://www.igost.de/media/pdf/downloads/ZertifikatIGOST_ambulant_5-5-15.pdf">http://www.igost.de/media/pdf/downloads/ZertifikatIGOST_ambulant_5-5-15.pdf</a>	Nein	2014: 3, 2015: 4, 2016: bisher 2; TN am Rezerifizierungskurs: 2013: 23, 2014: 20, 2015: 29, 2016: 19

Personenzertifikat Kinderorthopädie (VKO)	Definition des Kinderorthopädischen Curriculums, Begleitung der Facharztzubereitung für O&U, Begleitung der Zusatzweiterbildung Kinderorthopädie, Ausgleich von zunehmenden Lehrschwierigkeiten im klinischen Alltag, Darstellung komplexer Zusammenhänge (Deformitätenanalyse), Erwerb von Fertigkeiten und Techniken, Knüpfen von Kontakten innerhalb der Community	Kompaktkurs: Überblick über das Curriculum Kinderorthopädie; Zertifikat: 8 Module à 2 Tagen, 50% Praxis, Kleingruppen; jedes Einzelmodul, Zertifikat bei Abschluss aller Module Siehe <a href="http://www.kinderorthopaedie.org/index.php/wir-ueber-uns/vko-curriculum">http://www.kinderorthopaedie.org/index.php/wir-ueber-uns/vko-curriculum</a>	Nein	TN Kompaktkurse seit 2007: 611; zwei komplette Zertifikatskursreihen seit 2014: Modul-TN: 432, Zertifikate: 20
Zertifikat Tumororthopäde (DGOOC-Sektion Muskuloskeletale Tumoren)	Optimierung der Versorgungsrealität in Deutschland durch breite Schulung der Basis, verbunden mit einer schnellen Zuweisung an erfahrene Behandler	Facharzt Orthopädie / Unfallchirurgie, Ausbildung an „Tumorzentrum“ 24 Monate (Spez. Orthop. Chir. / Spez. Unfallchir. 6 Monate anrechenbar), OP-Katalog; Teilnahme Tumorkurs DGOOC (oder entsprechender anderer Kurs); Teilnahme an Tumorboards; Teilnahme Tumorkongresse zweimal pro Jahr (DGOU, AGkt, EFORT, EMSOS, ISOLS, etc.); Mitglied Sektion / AG Knochentumoren; Wissenschaft (3 Beiträge) Siehe <a href="http://www.dgooc.de/gremien/sektionen/s13-muskuloskeletale-tumoren/aktuelle-meldungen">www.dgooc.de/gremien/sektionen/s13-muskuloskeletale-tumoren/aktuelle-meldungen</a>	Nein	

## Neue Mitglieder

Ayoub **Addali** · Heidelberg  
 Dr. Rahel **Bornemann** · Bonn  
 Pia **Grimm** · Bonn  
 Maximilian **Holweg** · Tübingen  
 MUDr. David **Kalvoda** · Berlin  
 Dr. Stefan **Lander** · Hamburg  
 Ekkehard **Leipe** · Crivitz

Dr. Jakob **Lischka** · Hamburg  
 Stefanie **Lodde** · Unna  
 Felix **Morsch** · Köln  
 Bianca **Moser** · Frankfurt am Main  
 Martina **Neubecker** · Heidelberg  
 Georgios **Pachoundakis** · Gelsenkirchen  
 Dr. univ. Lukas **Zak** · Stuttgart

Julian **Zapf** · München  
 Anne **Zillekens** · Bonn  
 Andrea **Zimmermann** · Neustadt am Rübenberge  
 Alexander **Zimmermann** · Tübingen  
 Dr. Anna **Zok** · Berlin