

**Erhebungsbogen**

**für**

**Endometriosekliniken**

**(entspricht der Endometriose-Einheit der deutschen Leitlinie)**

Wissenschaftliche Basis:

* Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie der Endometriose (AWMF 015 – 045)
* Kriterien der Stiftung Endometrioseforschung:
* <https://www.endometriose-sef.de/wp-content/uploads/2020/12/Zentren_Kriterien_21_final.pdf>
* und der Europäischen Endometriose-Liga

Redaktion:

EuroEndoCert GmbH im Auftrag der Stiftung Endometriose-Forschung (SEF) und der Europäischen Endometriose-Liga

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Anschrift der  Endometrioseklinik |  |
| Primärer Ansprechpartner |  |
| Internetseite zur Information der Patientinnen |  |
| Tel.-Nr. für Terminvergabe in der Endometriose- Sprechstunde |  |
| Fax-Nr. für Befund- übermittlung |  |
| E-Mail-Adresse für schriftliche Anfragen |  |
| Sonstige Informationen |  |
| Datum des Antrags |  |

Änderungen dieser Daten sind unverzüglich der EuroEndoCert GmbH ([sek@euroendocert.de)](mailto:sek@euroendocert.de)) zu melden, damit die Internetseite aktualisiert werden kann

Anmerkung: Bei den Fragen zu den beteiligten Personen wird *ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit* die männliche Form verwendet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kooperationspartner  (obligatorisch) | Träger – wenn vorhanden | Zugeordnete Leistung |
| A |  |  | Gynäkologie(Antragsteller) |
| B |  |  | Von der SEF/EELzertifiziertesEndometriosezentrum |
| C |  |  | Chirurgie |
| D |  |  | **Urologie** |
| E |  |  | **Pathologie** |
| F |  |  | **Reproduktions-**  **medizin** |
| G |  |  | **Schmerztherapie**  **ambulant** |
| H |  |  | **Schmerztherapie**  **stationär** |
| I |  |  | **Psychosomatik/**  **Psychotherapie** |
| J |  |  | **Radiologie** |

Folgende **Kooperations**partner erweitern das Netzwerk:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kooperationspartner  (fakultativ) | Träger – wenn vorhanden | Zugeordnete Leistung |
| A |  |  | Rehabilitation |
| B |  |  | **Physiotherapie** |
| C |  |  | **Diätberatung** |
| D |  |  | **Selbsthilfe** |
| E |  |  |  |
| F |  |  |  |
| G |  |  |  |
| H |  |  |  |
| I |  |  |  |

**1. Allgemeine Angaben zur Endometrioseklinik**

**1.1 Struktur des Netzwerks**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Mit den Kernpartnern sind schriftliche  Kooperationsvereinbarungen zu schließen, wenn sie nicht denselben Träger wie die Klinik haben.  Diese Kooperationsvereinbarungen  müssen enthalten:   * Sicherstellung der Verfügbarkeit * Beschreibung der für das Endometriose relevanten Behandlungspfade und der Schnittstellen * Benennung der verantwortlichen  Personen * Beschreibung der Informationsübermittlung * Bereitschaft, die Patientinnen leitliniengerecht, insbesondere nach der Leitlinie Endometriose zu behandeln * Bereitschaft, an Audits teilzunehmen * Einverständnis, von der Endometriose-klinik als Kooperationspartner öffentlich benannt zu werden |  |
| B | Ein Organigramm (als Anlage 1) ist dem Antrag beizufügen |  |

**1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Die Kooperationspartner sollen in den  Behandlungsplan mit einbezogen werden. Dies betrifft bei komplexen Fällen sowohl die Einbeziehung der Klinik bei  Behandlung durch Kooperationspartner als auch die Einbeziehung der Kooperationspartner bei Behandlung in der Klinik.  Durchführung interdisziplinärer Endometriose-Fallbesprechungen (mindestens Ra- diologie, Abdominalchirurgie) |  |
| B | Ansprechpartner der jeweiligen  Kooperationspartner für die  Endometrioseklinik für Rückfragen     * Verantwortlichkeit auf Facharztniveau muss definiert sein * Mitarbeiter müssen benannt sein |  |

**1.3 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Alle elektiven Patientinnen sollen in einem angemessenen Zeitraum vor der OP ambulant vorgestellt werden.  Hierfür ist eine Prozessbeschreibung der Abläufe der Sprechstunde erforderlich.  Patientinnen sollen in die Indikationsstellung und Therapieentscheidung einbezogen werden. |  |
| B | Die weiterführende Therapie sollte von der Klinik differenziert empfohlen werden.  Die Histologie soll dem niedergelassenen Arzt bei der Nachbesprechung zur Verfügung stehen um eine nahtlose Übergabe zwischen dem stationären und ambulanten Sektor zu gewährleisten. |  |
| C | Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit der  Klinik muss für Notfälle und  Komplikationen eingerichtet sein. |  |
| D | Komplikationen sollten durch den niedergelassenen Arzt an die Klinik zurückgemeldet werden. Hierzu ist ein  funktionierendes Rückmeldesystem zu  implementieren. Komplikationen sollen fortlaufend erfasst werden. |  |
| E | Regelmäßig soll die Einweiserzufriedenheit erhoben werden. Wird diese vom Krankenhaus regelmäßig zentral erhoben, genügt eine Auswertung für die operative Gynäkologie (ohne Geburtshilfe) |  |

**1.4 Information und Weiterbildung für Ärzte und med. Personal**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Schriftliche Informationen (Broschüren, Flyer) sollen den Kooperationspartnern zur Verfügung gestellt werden. |  |
| B | Nachweis mindestens einer Fortbildung (auch innerbetrieblichen Fortbildung) zum Thema Endometriose für Ärzte und medizinisches Personal innerhalb von 3 Jahren |  |

**1.5 Patientinneninformation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Zusammenarbeit mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. bzw.  Endometriose-Vereinigung Austria (EVA), Endo-Help/Schweiz. Zusammenarbeit mit örtlicher Selbsthilfegruppe (soweit vorhanden) |  |
| B | Beschreibung der Informationsmöglichkeiten für Patientinnen   * Flyer * Website/Internetauftritt * Informationsveranstaltungen |  |
| C | Eine regelmäßige Analyse der  Patientinnenzufriedenheit sollte durchgeführt werden. Wird diese vom Krankenhaus regelmäßig zentral erhoben, genügt eine Auswertung für die operative Gynäkologie (ohne Geburtshilfe) |  |

**1.6 Endometriose-Dokumentation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | In der Krankenakte sollen präoperativ die Anamnese, die Symptomatik, der Untersuchungsbefund (mindestens vaginal,  rektal und Ultraschall), die Verdachtsdiagnose und das geplante Procedere dokumentiert werden.  Anwendung eines Endometriose-Fragebogens für Anamnese und Symptome  ( <https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/015_D_Ges_fuer_Gynaekologie_und_Geburtshilfe/015-045f_03_Endometriose_Fragebogen_DS_Visz_Schmerz_Weiblich_24082017_RZ_Screen_final.pdf> )  Spätestens im OP-Bericht muss auch der rektovaginale Tastbefund erwähnt sein.  Aus dem OP-Bericht soll das r-ASRM-Stadium, die ENZIAN-Klassifikation oder die #Enzian-Klassifikation und eine genaue Beschreibung des Situs  hervorgehen.  Im Arztbrief ist neben der Diagnose und der Histologie auch der r-ASRM Score, die ENZIAN-Klassifikation sowie eine  differenzierte Therapieempfehlung anzugeben. |  |
| B | Ab Zertifikatserteilung ist ein strukturierter Jahresbericht nach Vorgabe vorzulegen. |  |

**2. Spezielle Angaben zur Endometrioseklinik**

**2.1 Verantwortliche Leitung und Benannte Operateure**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A | Name und Qualifikation der Leitung (stellvertretender Leiter, Koordination). Die Leitung soll auch benannter Endometrioseoperateur sein. |  |
| B | Weiterbildung:  Der Leiter (oder ein benannter Operateur) muss Facharzt für Frauenheilkunde sein |  |
| C | Qualifikationsnachweis auf dem Gebiet der Endometriose für alle benannten Operateure:   * Endometriose-Diplom (Basiskurs, Aufbaukurs der AGEM)   oder   * Zertifikat nach SEF-Qualifizierungskurs   oder   * „Meisterklasse Endometriose“ der AGEM |  |
| D | Fortbildungen:   * Besuch mindestens einer Endometriosefortbildung pro Jahr (DEK, EEK, WES, SEF-Jahrestagung) * Empfohlen: Besuch von Kongressen mit Endometriose-Sitzung (DGGG, AGE, FOG, DVR, ESHRE u.ä.) * Alternativ: mindestens eintägige Hospitation in einem Endometriosezentrum (vorzugsweise dem Kooperationspartner) |  |

* 1. **Angaben zur Endometriose-Ambulanz**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation der Ärzte, die Sprechstunde durchführen.  Es soll immer eine Diagnostik auf Facharztniveau von speziell auf dem Gebiet der Endometriose geschultem Personal stattfinden. |  |
| B | Die Sprechstunde sollte für alle Patientinnen zugänglich sein. Wartezeiten auf  Termine sowie Wartezeiten am Termin  sollten regelmäßig evaluiert werden und angemessen sein. |  |
| D | Pro Jahr müssen mindestens 100 Patientinnen mit Diagnose N80.x behandelt werden, davon mindestens 50 operativ.  SOP über konservative Behandlung muss erstellt sein – insbesondere muss definiert sein, wie mit Patientinnen nach vorangegangener operativer Endometriosebehandlung verfahren wird |  |

**2.3 Angaben zur Operativen Endometriosetherapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Organisationsform (Prozessbeschreibung) des operativen Bereichs |  |
| B | Wartezeit auf einen Operationstermin |  |
| C | Benannte Endometrioseoperateure müssen   * mindestens 30   oder bei knapp über dem Minimum liegender Fallzahl muss ein Endometrioseoperateur   * mindestens 50   operierte oder verantwortlich assistierte Fällen pro Jahr aufweisen    Eine Operationsliste im vorgegebenen Format (EEC-OP-Liste\_Audit.xlsx) ist vorzulegen (als Anlage 2). Die Liste enthält die geltende Zählregel. Bei Rezertifizierungen ist der letzte Jahresbericht mit vorzulegen |  |
| D | Der Operateur soll präoperativ das genaue Procedere mit der Patientin besprochen haben und postoperativ mit der Patientin die Operation, die Prognose und weitere Therapieoptionen mit der Patientin  besprechen. Diese Gespräche sind in  geeigneter Form zu dokumentieren. Bei abweichender Histologie ist das Vorgehen zu beschreiben (z.B. Anruf Patientin).  Hierbei ist die Patientin in die Therapieplanung mit einzubeziehen. Bei komplexen Fällen (z.B. Komplikationen: tiefinfiltrierende Endometriose, multiple Operationen in der Anamnese) soll eine sozial-medizinische Beratung angeboten werden. Richtwert 20% der operierten Patientinnen. |  |
| G | Es sollte ein Fehler- und Komplikationsmanagement implementiert sein. |  |

**3. Spezielle Angaben zu den Kooperationspartnern**

**3.1 Angaben zur Viszeralchirurgie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Art und Anzahl der Darmoperationen  Anteil endoskopischer Darmoperationen  Alle Indikationen |  |
| C | Darstellung der Verfügbarkeit |  |
| D | Zahl der Fachärzte mit Schwerpunkt  Viszeralchirurgie |  |

**3.2 Angaben zur Urologie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Art und Anzahl der Blasen und Ureter-Operationen  Anteil laparoskopischer OPs an Ureter und Blase  Alle Indikationen |  |
| C | Darstellung der Verfügbarkeit |  |
| D | Anzahl der Fachärzte in der Abteilung |  |

**3.3 Angaben zur Pathologie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Art und Anzahl der   1. Endometrium- und 2. Endometriosepräparate   pro Jahr |  |
| C | Darstellung der Verfügbarkeit |  |

**3.4 Angaben zur Sterilitätstherapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Anzahl der Behandlungszyklen/Jahr  IUI  IVF  ICSI |  |
| C | Kassenzulassung?  Wartezeit bis zum Erstkontakt? |  |
| D | Anzahl der Fachärzte, davon mit  SP Gyn Endo/Reproduktionsmedizin |  |

**3.5 Angaben zur Akutschmerztherapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Darstellung des Umfanges der  kooperativen Tätigkeit und der  angewendeten Verfahren |  |
| C | Darstellung der Verfügbarkeit   * stationär * ambulant   Kassenzulassung?  Wartezeit bis zum Erstkontakt? |  |
| D | Anzahl und Qualifikation der Personen, die sich aktiv einbringen |  |

**3.5 Angaben zur Therapie des chronischen Schmerzes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Darstellung des Umfanges der  kooperativen Tätigkeit und der  angewendeten Verfahren |  |

**3.6 Angaben zur Psychosomatik/Psychotherapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Darstellung des Umfanges der  kooperativen Tätigkeit und der  angewendeten Verfahren |  |
| C | Darstellung der Verfügbarkeit   * stationär * ambulant   Kassenzulassung?  Wartezeit bis zum Erstkontakt? |  |
| D | Anzahl und Qualifikation der Personen, die sich aktiv einbringen |  |

**3.7 Angaben zur Physiotherapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Darstellung des Umfanges der  kooperativen Tätigkeit und der  angewendeten Verfahren |  |
| C | Darstellung der Verfügbarkeit   * stationär * ambulant   Kassenzulassung?  Wartezeit bis zum Erstkontakt? |  |
| D | Anzahl und Qualifikation der Personen, die sich aktiv einbringen |  |

**3.x Angaben zu weiteren Kooperationspartnern**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Darstellung des Umfanges der  kooperativen Tätigkeit und der  angewendeten Verfahren |  |
| C | Darstellung der Verfügbarkeit   * stationär * ambulant   Kassenzulassung?  Wartezeit bis zum Erstkontakt? |  |
| D | Anzahl und Qualifikation der Personen, die sich aktiv einbringen |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift des Leiters der Endometrioseklinik

Datum und Unterschriften der Kooperationspartner:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiter des kooperierenden zertifizierten Endometriosezentrums

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anlagen bitte auflisten und entsprechend beifügen

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Organigramm |
| 2 | OP-Liste |
|  |  |