



**Erhebungsbogen**

**für**

**Endometriosepraxis**

**(einschließlich IVF-Zentren und Reha-Kliniken,**

**entspricht der Endometriose-Sprechstunde 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/2022/01/Zentren_Kriterien_22.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 Endometriosepraxis |  |
| Primärer Ansprechpartner |  |
| Internetseite zur Information der Patientinnen |  |
| Tel.-Nr. für Terminvergabe in der Endometriose-Sprechstunde |  |
| Fax-Nr. für Befundübermittlung |  |
| E-Mail-Adresse für schriftliche Anfragen |  |
| Sonstige Informationen |  |
| Datum des Antrags |  |

Änderungen dieser Daten sind unverzüglich der EuroEndoCert GmbH (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.*

Folgende **Kern**partner bilden die Endometriose-Praxis:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kooperationspartner | Träger – wenn vorhanden | Zugeordnete Leistung |
| A |  |  | Von EuroEndoCert zertifiziertes Endometriosezentrum |
| B |  |  | **Sterilitätstherapie** |
| C |  |  | **Multimodale** **Schmerztherapie** |
| D |  |  | **Radiologie** |
| E |  |  | **Selbsthilfe** |

Folgende **Kooperations**partner erweitern das Endometriosezentrum:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kooperationspartner | Träger – wenn vorhanden | Zugeordnete Leistung |
| A |  |  | **Physiotherapie** |
| B |  |  | Diätberatung |
| C |  |  | Rehabilitation |
| D |  |  | **Psychosomatik/** **Psychotherapie** |
| E |  |  | **Selbsthilfe** |
| F |  |  |  |

# 1. Allgemeine Angaben zur Endometriosepraxis

**1.1 Struktur des Netzwerks**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Es muss ein von SEF und EEL zertifiziertes Zentrum benannt werden, mit dem kooperiert wird. |  |
| B | Soweit für Reproduktionsmedizin, Psychosomatik, Schmerztherapie und weitere Therapiemodalitäten Kooperationen bestehen, müssen diese benannt werden |  |
| C | Mit den Kooperationspartnern sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen zu schließen, wenn sie nicht denselben Träger wie das Zentrum haben.Diese Kooperationsvereinbarungen müssen enthalten:* Sicherstellung der Verfügbarkeit
* Beschreibung der, für die Endometriosepraxis 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 Endometriosepraxis als Kooperationspartner öffentlich benannt zu werden
 |  |

**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 Praxis bei Behandlung durch Kooperationspartner als auch die Einbeziehung der Kooperationspartner bei Behandlung in der Praxis |  |
| B | Ansprechpartner der jeweiligen Kooperationspartner für die Endometriosepraxis für Rückfragen* Verantwortlichkeit auf Facharztniveau muss definiert sein
* Mitarbeiter müssen benannt sein
 |  |

**1.3 Kooperation mit dem Endometriosezentrum, zu dem eingewiesen wird**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Die Indikation für eine Maßnahme vor der Ein-/Überweisung und nach der Entlassung/Rücküberweisung muss mit der Patientin besprochen und dokumentiert werden. |  |
| B | Beschreibung der Übergabe ambulant / stationär / ambulant |  |
| C | Die Erreichbarkeit des stationären Bereichs für den niedergelassenen Arzt muss sichergestellt sein |  |
| D | Teilnahme an den Endometriosekonferenzen des kooperierenden Zentrums bzw. dokumentierte Fallkonsultationen |  |

**1.4 Zugang zur Selbsthilfe**

|  |  |
| --- | --- |
| Anforderung | Beschreibung |
| A | Beschreibung der Selbsthilfegruppen |  |
| B | Beschreibung der Informationsmöglichkeiten |  |

 **1.5 Informationsveranstaltungen für Patientinnen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Schriftliche Informationen für Patientinnen sind vorhanden und werden bei Beratungen übergeben. Eigene Informationsveranstaltungen sind wünschenswert. |  |

**1.6 Teilnahme an Weiterbildungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Die Leitung muss* an einer „Speziellen Qualifizierung auf dem Gebiet der Endometriose“ der SEF

oder * Endometriose-Diplom (Basiskurs, Aufbaukurs der AGEM)

teilgenommen haben |  |
| B | Zusätzlich muss die Leitung* den Besuch mindestens einer Endometriose-Fortbildung pro Jahr (DEK, EEK, WES, SEF-Jahrestagung)

nachweisen.* Empfohlen: Besuch von Kongressen mit Endometriose-Sitzung (DGGG, AGE, FOG, DVR, ESHRE u.ä.)
* Alternativ: mindestens eintägige Hospitation in einem Endometriosezentrum
 |  |

**1.7 Endometriosedokumentation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | Stammdaten, Anamnese, Diagnostik, Therapie, Verlauf und Nachsorge müssen so dokumentiert sein, dass sie für Dritte nachvollziehbar sind |  |
| B | 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>) |  |
| C | Abgabe eines kurzen Jahresberichts nach Vorgabe mit Nachweis der abgeleisteten Fortbildungen und der behandelten Patientinnen (vgl. 2D) nach Vorgabe |  |

**2. Spezielle Angaben zur Endometriosepraxis**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frage | Beschreibung |
| A | Leitung und Qualifikation des Leiters. Der Leiter muss Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sein |  |
| B | Anzahl und Qualifikation der Ärzte, die Sprechstunde durchführen (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft andere Kooperationsformen) |  |
| C | Zeitplan und Organisation der Endometriose-Sprechstunde  |  |
| D |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Basisdaten** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Patienten gesamt(Minimum 50 pro Jahr) |  |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| davon weitergeleitet zur operativen Therapie |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| davon weitergeleitet an Reproduktionsmedizin |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| davon weitergeleitet zur Psychotherapie |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| davon weitergeleitet zur Schmerztherapie |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| davon weitergeleitet zur Komplementärmedizin |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| davon weitergeleitet zur AHB, Reha, Kur |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

(jährlicher Bericht bis 31.3. des Folgejahres an EuroEndoCert erforderlich) nach Vorgabe (Excel-Tab.) |  |

**Anmerkungen und Hinweise auf Besonderheiten**:

|  |
| --- |
|  |

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

**Unterschrift des Leiters der Endometriosepraxis**

**Weitere Unterschriften:**

**Datum, Stempel und Unterschrift des kooperierenden zertifizierten**

**Endometriosezentrums:**

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

Datum und Unterschrift/Stempel des Leiters des kooperierenden

zertifizierten Endometriosezentrums

**Datum und Unterschriften der internen Kooperationspartner:**

(externe Kooperationspartner Nachweis mit Kooperationsvertrag)

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

(Name und Unterschrift, Stempel, Fachrichtung, Kooperationspartner)

**ANMERKUNG!**

**Die Anlagen sind strukturiert und geordnet abzugeben (PDF/EXCEL)!**

**Bitte hier alle Dokumente auflisten und entsprechend beifügen!**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Erhebungsbogen mit Anlagen: |
|  1 | Organigramm |
|  2 | Fortbildungs- und Kongressteilnahmebescheinigungen |
|  3 | Jahresbericht/Kennzahlbogen für die Endometriosepraxis - Exceltabelle |
|  4 |  |
|  5 |  |
|  6 |  |