

**Erhebungsbogen**

**für**

**Endometriosezentren**

**Rezertifizierung**

(Zentren mit überörtlicher und/oder krankenhausübergreifender Aufgabenwahrnehmung und/ oder mit außergewöhnlichen personellen und technischen Voraussetzungen)

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Allgemeine aktuelle****Informationen** | **Endometriosezentrum** |
| Name und Anschrift des Endometriosezentrums |  |
| Primärer Ansprechpartner |  |
| Internetseite zur Information der PatientinnenEndometriosezentrum! |  |
| 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!

**ACHTUNG wichtige Informationen zur Bearbeitung des Bogens!**

Bitte im gesamten Bogen nur Veränderungen zum Voraudit angeben und dabei die Struktur des Erhebungsbogens beibehalten!

***Weiße Felder = sind immer zu bearbeiten – vollständig auszufüllen!***

***Graue Felder = sind nur bei Veränderungen zu bearbeiten!***

**Eine Überprüfung der nicht erneut ausgefüllten Felder bzw. dieser Kriterien ist im Audit allerdings weiterhin Bestandteil!**

Folgende **Partner** bilden das Endometriosezentrum:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kooperationspartner(obligatorisch)-farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeiten! | Träger – wenn vorhanden | Zugeordnete Leistung |
| A |  |  | Gynäkologie (Antragsteller) |
| B |  |  | Chirurgie |
| C |  |  | **Urologie** |
| D |  |  | **Pathologie** |
| E |  |  | **Radiologie** |
| F |  |  | **Reproduktionsmedizin** |
| G |  |  | **Schmerztherapie****ambulant** |
| H |  |  | **Schmerztherapie****stationär** |
| I |  |  | **Psychosomatik/****Psychotherapie** |
| J |  |  | **Selbsthilfe** |

Folgende **Kooperations**partner erweitern das Endometriosezentrum:

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

**1. Allgemeine Angaben zum Endometriosezentrum**

* 1. **Struktur des Netzwerks**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung (farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeiten!) |
| A | Mit den Kernpartnern sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen zu schließen, wenn sie nicht denselben Träger wie das Zentrum 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/-zentrum als Kooperationspartner öffentlich benannt zu werden
 |  |
| B | Ein aktuelles Organigramm (als Anlage 1) ist dem Antrag beizufügen |  |

* 1. **Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung (farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeiten!) |
| A | Die Kooperationspartner sollen in den Behandlungsplan mit einbezogen werden. Dies betrifft bei komplexen Fällen sowohl die Einbeziehung des Zentrums bei Behandlung durch Kooperationspartner als auch die Einbeziehung der Kooperationspartner bei Behandlung im Zentrum. Durchführung von interdisziplinären Endometriosekonferenzen – auch für externe und Kooperationspartner – 10x pro Jahr (oder in der Krankenakte dokumentierte interdisziplinären Fallbesprechungen) |  |
| B | Ansprechpartner der jeweiligen Kooperationspartner für das Endometriosezentrum für Rückfragen* Verantwortlichkeit auf Facharztniveau muss definiert sein
* Mitarbeiter müssen benannt sein
 |  |

* 1. **Kooperation mit niedergelassenen Ärzten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung (farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeiten!) |
| 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 vom Zentrum 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 des Zentrums muss für Notfälle und Komplikationen eingerichtet sein.  |  |
| D | Komplikationen sollten durch den niedergelassenen Arzt an das Zentrum 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 /Nachweise |
| A | Schriftliche Informationen (Broschüren, Flyer) sollen den Kooperationspartnern zur Verfügung gestellt werden. |  |
| B | Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Endometriose für Zuweiser sollten angeboten werden. |  |
| C | Den Mitarbeitern des Zentrums sollen regelmäßige Fortbildungen/Kongressteilnahmen ermöglicht werden. Der Nachweis über teilgenommene Veranstaltungen ist zu erbringen. |  |
| D | Nachweis mindestens einer innerbetrieblichen Fortbildung zum Thema Endometriose für Ärzte und medizinisches Personal pro Jahr |  |

**1.5 Patientinneninformation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung (farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeiten!) |
| A | Zusammenarbeit mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. bzw. Endometriose-Vereinigung Austria (EVA), Endo-Help/Schweiz oder 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 Verdachtsdia-gnose 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. |  |

* 1. **Forschung und Fortbildung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung |
| A | * Innerhalb von 3 Jahren: 1 Originalarbeit (gelistet im Web of Science®, Erst- oder Seniorautor muss aus dem Zentrum kommen)
* oder die Teilnahme an einer klinischen Studie (Multicenter-Studie mit Ethikvotum) mit Einbringen mindestens einer Patientin oder ein laufendes Drittmittelprojekt.
* Bei eigenen Studien Verwendung eines strukturierten Erhebungsbogens (z.B. IEEP)
 |  |
| B | * Pro Jahr mindestens 1 Einsatz als Referent (Abstract, Vortrag, Poster)

oder * Publikation einer Übersichtsarbeit oder eines Case Reports oder eines Buchkapitels
 |   |

**2. Spezielle Angaben zum Endometriosezentrum**

**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 * die Qualifikation MIC II der AGE

oder* die Schwerpunktbezeichnung „operative Gynäkologie“

oder * den Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie

haben |  |
| 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.)
 |  |

* 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.  |  |
| C | SOP über konservative Behandlung muss erstellt sein – insbesondere muss definiert sein, wie mit Patientinnen nach vorangegangener operativer Endometriose-behandlung verfahren wird |  |

**2.3 Angaben zur operativen Endometriosetherapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung  |
| A | Organisationsform (Prozessbeschreibung) des operativen Bereichs |  |
| B | Wartezeit auf einen Operationstermin |  |
| C | Mindestens 100 Operationen mit Entlassungsdiagnose N80.x pro Jahr (Haupt- und Nebendiagnose), davon mindestens 10 interdisziplinäre EingriffeEine 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 vorzulegenBenannte Operateure müssen jeweils mindestens 30 Endometriose-OPs durchführen oder verantwortlich assistieren |  |
| 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 und/oder Urologie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung (farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeten!) |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Art und Anzahl der OperationenAnteil endoskopischer Operationen  |  |
| C | Darstellung der Verfügbarkeit  |  |
| D | Zahl der Fachärzte Abteilung |  |

**3.2 Angaben zur Pathologie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung (farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeiten!) |
| 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  |  |

**3.3 Radiologie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung (farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeiten!) |
| 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 |  |

**3.4 Angaben zur Reproduktionsmedizin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung (farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeiten!) |
| A | Name und Qualifikation des Leiters und, falls abweichend, des primären Ansprechpartners |  |
| B | Anzahl der Behandlungszyklen/JahrIUIIVFICSI |  |
| C | Kassenzulassung? Wartezeit bis zum Erstkontakt? |  |
| D | Anzahl der Fachärzte, davon mit SP Gyn Endo/Reproduktionsmedizin |  |

**3.5 Angaben zur Akutschmerztherapie oder Psychosomatik/Psychotherapie oder Therapie des chronischen Schmerzes oder weiteren Kooperationspartnern!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anforderung | Beschreibung (farbig markierte Felder sind nur bei Veränderungen zur letzten Zertifizierung zu bearbeiten ***und entsprechende Fachrichtung angeben!*** |
| 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 |  |

**4. Angaben zur Weiterentwicklung des**

**Endometriosezentrums**

**4.1 Stand der Bearbeitung von Hinweisen aus dem Voraudit**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Hinweis | Ergriffene Maßnahmen und Ergebnis |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

**4.2 Raum für weitere Erläuterungen/Managementbericht**

|  |
| --- |
|  |

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

Datum und Unterschrift des Leiters des Endometriosezentrums

**Weitere Unterschriften:**

**Datum und Unterschriften der internen Kooperationspartner:**

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

Kooperationspartner

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

Kooperationspartner

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

Kooperationspartner

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

Kooperationspartner

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

Kooperationspartner

**ANMERKUNG!**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  1 | Organigramm Endometriosezentrum |
|  2 | OP-Liste (Excel-Tabelle nach Vorgabe!) |
|  3 | Fortbildungs- und Kongressteilnahmebescheinigungen benannter Operateure |
|  4 | Jahresbericht Kennzahlbogen (Excel-Tabelle nach Vorgabe!) |
|  5 |  |
|  6 |  |
|  7 |  |
|  8 |  |
|  9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
|  |  |