

**Erhebungsbogen**

**für**

**Endometriosekliniken**

**Rezertifizierung**

**(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/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** | **Endometrioseklinik** |
| Name und Anschrift der Endometrioseklinik |  |
| Primärer Ansprechpartner |  |
| Internetseite zur Information der PatientinnenEndometrioseklinik! |  |
| 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 die Endometrioseklinik:

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

Folgende **Kooperations**partner erweitern das Netzwerk:

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

**1. Allgemeine Angaben zur Endometrioseklinik**

**1.1 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 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/-zentrum als Kooperationspartner öffentlich benannt zu werden
 |  |
| B | Ein aktuelles Organigramm (als Anlage 1) ist dem Antrag beizufügen |  |

**1.2 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 der Klinik bei Behandlung durch Kooperationspartner als auch die Einbeziehung der Kooperationspartner bei Behandlung in der Klinik. Durchführung interdisziplinärer Endometriose-Fallbesprechungen (mindestens Radiologie, Abdominal-Chirurgie)  |  |
| 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 (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 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 | Eine regelmäßige Analyse der Patientinnenzufriedenheit sollte durchge-führt werden. Wird diese vom Kranken-haus regelmäßig zentral erhoben, genügt eine Auswertung für die operative Gynäko-logie (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 | Nachweis mindestens einer Fortbildung (auch innerbetrieblichen Fortbildung) zum Thema Endometriose für Ärzte und medizinisches Personal innerhalb von 3 Jahren  |  |
| C | Den Mitarbeitern des Zentrums sollen regelmäßige Fortbildungen/Kongressteilnahmen ermöglicht werden. Der Nachweis über teilgenommene Veranstaltungen ist zu erbringen. |  |

**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. 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 und/oder Urologie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 Operationen Anteil endoskopischer/laparoskopischer OperationenAlle Indikationen |  |
| C | Darstellung der Verfügbarkeit  |  |
| D | Zahl der Fachärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie/Urologie |  |

**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 Angaben zur 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 der Endometrioseklinik**

**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 der Endometrioseklinik

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

**Endometriosezentrums:**

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

Leiter des kooperierenden zertifizierten 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 |  |
|  |  |