



Stiftung
Endometriose
Forschung

Sekretariat
Lange Straße 38
D – 26655 Westerstede
Tel.: 04488 – 503230
Fax: 04488 – 503999
Email: Schweppe@Ammerland-Klinik.de

Westerstede, den 12.08.2012

Protokoll der Arbeitssitzung „Zertifizierung“ der Stiftung Endometriose-Forschung

Tagungsort: Raum 316, Ärztekammer Hannover

Tagungstermin: 11.08.2012, 11:30 – 17:20 Uhr

Teilnehmer:

Dr. med. R. Mangold, (wiss. Beirat SEF, Vertreter der Praxen)
 Prof. Dr. med. A. E. Schindler, (Vorstand EEL und SEF, Vertreter der Universität)
 Frau K. Schneider (Vertreterin der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.).
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. K.-W: Schweppe (Vorstand SEF, Vorsitzender der Kommission)
 Priv.-Doz. Dr. med. M Sillem, (Vorstand SEF, Vertreter der Versorgungskrankenhäuser,
 Lehrkrankenhäuser)
 Prof. Dr. med. U. Ulrich, (Zertifizierungskommission, Vertreter der Versorgungskrankenhäuser,
 Lehrkrankenhäuser)
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. H. Tinneberg (Vorsitzender der EEL, Vertreter der Universität und
 Reproduktionszentren)

TOP 1 : Bisherige Erfahrung und Probleme der Zertifizierung aus ärztlicher Sicht:

1. Nachfolgende Tabelle gibt den Überblick über die **Aktivitäten** im Jahr 2012, wobei „grün“ abgeschlossen, „blau“ terminiert und „rot“ noch zu erledigen bedeutet. Bei 38 Zertifizierungen pro Jahr wird klar, dass mit der jetzigen Mannschaft von der zeitlichen und personellen Belastung eine Grenze erreicht ist, oder überschritten wird.

Problem 1: Effektivere Strukturierung des Zertifizierungsprozesses und mehr Personen in der Kommission insbesondere vor dem Hintergrund der beginnenden „Europäisierung“ der Zertifizierung von Endometriosezentren.

Zertifizierung 2012

1	Bruneck	III Audit	16	Erftstadt	I Audit
2	Berlin MIC	II Audit	17	Köln – Bender	I Audit
3	Nürnberg	II Audit	18	Köln – Blatzheim	I Audit
4	Oldenburg	III Audit	19	Köln – Gholani	I Audit
5	Bad Schmiedeberg	Reha	20	Köln – Gringmuth	I Audit
6	Berlin FERA	I Audit	21	Köln – Gullotta	I Audit
7	Wien GK	II Audit	22	Köln – Roeser	I Audit
8	Wien Wilh.-Spital	II Audit	23	Köln – Merschheim	I Audit
9	Lüdenscheidt	I Audit	24	Köln – Schwahn	I Audit
10	Darmstadt	II Audit	25	Köln – Squarra	I Audit
0	Dresden	entf.	26	Köln – Strauß	I Audit
11	Hall /Tirol	II Audit	27	Hohenforst	I Audit

12	Innsbruck UFK	III Audit	28	Overath	I Audit
13	Karlsruhe	II Audit	29	Troisdorf	I Audit
14	Bergheim	I Audit	30	Wels-Wurm	I Audit
15	Bonn	I Audit	31	Esslingen	II Audit

Rezertifizierung 2012

1	Krefeld	II Audit	1	Offenbach	I Audit
2	Villach	III Audit	2	Bad Schwartau	I Audit
3	Berlin Sydow	I Audit	3	Köln EVK	III Audit
4	Dahme-Spreewald	II Audit	4	Ammerland	III Audit
			5	Timmendorfer Strand	I Audit
			6	Berlin Vivantes	III Audit
			7	Emmendingen	II Audit

Lösungen:

- a. Anpassung und Überarbeitung des Erfassungsbogens für Zentren Stufe I: wird bis 30. 9. 2012 erledigt von R. Mangold und H. Tinneberg.
 - b. Anpassung und Überarbeitung des Erfassungsbogens für Re-Zertifizierung: wird erledigt bis 30. 9. 2012 von A. E. Schindler und K-W. Schewpe
 - c. Prüfungsinhalte des Audit genau beschreiben und im Internet unter dem Punkt „Ablauf der Zertifizierung“ transparent darstellen. Wir von K.-W: Schewpe bis 30. 9. 2012 erledigt.
 - d. Erfassungsbögen für Erstzertifizierung und für Rehabilitationskliniken sind o.K.
 - e. Personelle Aufstockung erst nach Klärung des Punktes „Europäisierung“ angehen (s. Vortrag H. Tinneberg)
2. Es hat sich gezeigt, dass die **Jahresberichte** kaum spontan und pünktlich geliefert werden, sondern nur nach Nachfrage und wiederholte Anmahnung. Für 2011 liegen bisher vor: Aachen, Ammerland, Dortmund, Erlangen, Linz, Lübeck, München-Pasing, Siegen.
Problem 2: Erst bei der Rezertifizierung werden die Daten der Jahresberichte geliefert, wobei bei retrospektiver Erhebung die Validität problematisch ist.
 Lösung:
- a. die Daten sind bis zum 31. 1. des Folgejahres ohne Aufforderung zu liefern.
 - b. 1x Mahnung mit Fristsetzung (4 Wochen) und der Androhung, dann die Urkunden zurück zu fordern und das Zentrum im Internet auf den Seiten der SEF, EEL und EVD zu streichen.
 - c. wenn dann innerhalb der Frist keine Reaktion erfolgt, wird die Androhung in die Tat umgesetzt.
 - d. bis die Arbeitsgruppe die EDV-Erfassung praxisgerecht erarbeitet hat, werden aus Deutschland die N80.x und N97.x Statistiken für stationäre und ambulante Fälle getrennt sowohl Haupt- als auch Nebendiagnosen und Fallzahlen eingefordert, da dies vom Controlling ohne zusätzlichen Arztaufwand problemlos geliefert werden kann.
 Für Österreich und die Schweiz sind DRG und ICD Verschlüsselung demnächst auch wohl Pflicht; sodass dann auch solche Daten geliefert werden können; bis dahin müssen die Zentren aus diesen Ländern die alten Formulare des Jahresberichtes nutzen.
3. Zertifizierung von **Rehabilitationseinrichtungen** ist problemlos; Kriterienkatalog von Drs. Niehues und Becherer erarbeitet; Bad Salzuflen und Bad Schmiedeberg zertifiziert; Asklepios Klinik in Bad Schwartau und Kurklinik Ratzeburg haben Unterlagen angefordert. Bad Salzuflen ist mit dem Weggang von Fr. Dr. Niehues geschlossen, wobei sich evtl. ab 1. 10. 2012 die Möglichkeit einer gynäkologischen Rehabilitation und auch spe-

ziell für Endometriose in der BfA-Klinik „Ostseeblick“ in Ückeritz / Usedom ergeben wird.

4. Im **deutschsprachigen Ausland** läuft die Zertifizierung in Österreich besonders gut; dort wird es am Jahresende evtl. 10 zertifizierte Zentren für 8 Mill. Einwohner geben während in Deutschland mit evtl. 40 für 80 Mill. Einwohner die Dichte weniger als halb so groß ist. **Probleme 3:** Es können sich aus den länderspezifischen Strukturen folgende Probleme ergeben:
 - a. Ordinationen der im klinischen Endometriosezentrum tätigen Oberärzte sind Extrazentren der Stufe I
 - b. Ordination eines Leiters eines klinischen Endometriosezentrums kann auch ein Extrazentrum werden? Dann wäre dieser Leiter von zwei Endometriosezentren?
 - c. Klinik, in welcher mehrere Ärzte Betten betreuen und operieren können als Endometriosezentrum zertifiziert werden (Stufe II oder III), wenn jeder einzelne Arzt mit seiner Ordination die Voraussetzungen zur Zertifizierung erfüllt? - oder - nicht die Klinik wird zertifiziert, sondern der Arzt, der in Ordination und Klinik den Schwerpunkt Endometriose vertritt, wird bei entsprechenden Voraussetzungen auf Stufe II zertifiziert. Solche und andere länderspezifische Probleme werden vermehrt zu lösen sein, wenn die Zertifizierung europäisiert werden wird (s. Vortrag Tinneberg)
 Lösung:
 - a. Oberarzt im klinischen Zentrum und selbst Zentrumsleiter in der Ordination ist möglich.
 - b. Leiter eines klinischen Endometriosezentrums und Leiter eines Endometriosezentrums einer Ordination ist nicht möglich. Man kann nicht zwei Zentren leiten sondern maximal ein Zentrum an zwei Standorten – dann aber auf gleicher Stufe.
 - c. Die Zertifizierung ist personen- **und** einrichtungsgebunden, sodass jeder einzelne Arzt mit seiner Tätigkeitsstruktur (Praxis, Ordination, Belegabteilung, Kooperation mit Klinik) zertifiziert werden kann, nicht aber die Klinik, die nur die Räumlichkeiten oder Räumlichkeiten und Personal zur Verfügung stellt.
 - d. Der Leiter eines Endometriosezentrums Stufe II oder III muss Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der SEF sein.

5. Organisatorisch wäre der **Ablauf der bisherigen Zertifizierung** zu verbessern. **Problem 4:** Schriftliche Stellungnahme muss von jedem Mitglied der Kommission in differenzierter Form (1-2 Seiten) vorliegen. Oft liegt nur ein kurzes Statement vor. Terminabsprache oft schwierig und langwierig, sodass sich ein Audit z.T. um bis zu 5 Monaten verzögert. Manche Kliniken wünschen nur einen Audittermin (ärztlicherseits und von Seiten der Selbsthilfe) um Zeit und Personalaufwand zu optimieren.
 Lösung:
 - a. Nur 3 ärztliche Kommissionsmitglieder erhalten die Unterlagen, damit braucht neben den beiden Auditoren nur noch einer eine differenzierte Stellungnahme schreiben. Abschließende Zustimmung zum Auditbericht aber nach wie vor von allen Kommissionsmitgliedern erforderlich.
 - b. Terminabsprachen müssen individuell bleiben – keine verbesserte Lösung parat.
 - c. Gemeinsamer Termin mit EVD wünschenswert, dann aber parallele Aktivitäten, da die Selbsthilfe andere Schwerpunkte prüft als die ärztliche Seite. Differenzierte Agenda müsste erarbeitet und dann auch im Internet abrufbar sein. Wird bis zum 30. 9. 2012 erledigt von Fr. Schneider und K.-W: Schewpe (s. TOP 2 Vortrag K. Schneider)

6. **Problem 5: Stufenkonzept der Zertifizierung.** Aus Sicht der Patientinnen und auch aus ärztlicher Sicht entstehen Missverständnisse, dass das Stufenkonzept nicht strukturelle

sondern qualitative Unterschiede beinhaltet. Es ist nicht klar, dass Stufe III sich von Stufe II nur durch Forschung und Lehre auf dem Endometriosesektor unterscheidet, dass aber die Qualität der klinischen Versorgung gleich ist. Einzelheiten dazu und Lösungsvorschläge s. TOP 3 Vortrag U. Ulrich.

7. **Problem 6: Namensgebung:** Es ist zwar klar geregelt, dass Endometriosezentrum plus Name der Praxis bzw. Klinik in den Titel der Urkunde kommt und dass im Text dann Stufe und Leiter erwähnt werden, dennoch modifizieren einige Zentren diese „offiziellen (zertifizierten) Bezeichnungen“ auf Briefköpfen, Flyern oder Einladungen zu Veranstaltungen. Negativbeispiele sind das „EU zertifizierte Endometriosezentrum der MIC Klinik“ oder das „Deutsche Endometriosezentrum Berlin“.

Lösung:

Es herrscht Einstimmigkeit, dass bei Änderung der Bezeichnung aus Gründen der Außenwirkung o. ä. das Zertifikat aberkannt wird, die Urkunde zurückgefordert wird und das Zentrum auf den Internetseiten der SEF, EEL und EVD nicht mehr genannt wird.

K.-W: Schweppe soll entsprechende Schreiben an die Leiter der Zentren formulieren.

8. **Problem 7: Finanzierung:** In Weissensee ist eine einigermaßen vernünftige Aufwandsentschädigung für die Auditoren gemäß den Stufen der Zertifizierung entwickelt worden.
- 100,00 € Stufe I ohne Audit, 250,00 € mit Audit aber nur 1 Auditor ärztlich und 1 Selbsthilfe = 500,00 € + 2x Reisekosten
 - 250,00 € Stufe II, 2 Auditoren ärztlich und 1 Selbsthilfe = 750,00 € + 3x Reisekosten
 - 500,00 € Stufe III, 2 Auditoren + 1 Selbsthilfe = 1500,00 € + 3x Reisekosten.

Darüber hinaus erhält die Stiftung selbst kein Geld vom zertifizierten Zentrum etwa in Form einer Spende. Da bei zunehmender Zahl der Zentren, der regelmäßigen Rezertifizierungen, die Pflege und Aktualisierung der Internetseite usw. Management- und Verwaltungskosten entstehen, muss vor allem bei einer „Europäisierung“ das Zertifizierungsverfahren logistisch und finanziell anders aufgestellt werden. Vorschläge dazu s. TOP 4 und TOP 5 Vortrag A. E. Schindler und H. Tinneberg.

TOP 2: Bisherige Erfahrungen, Probleme und Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Selbsthilfe (Fr. K. Schneider)

1. Frau Schneider erläutert das **Verfahren zur Zertifizierung** durch die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. Im Protokoll werden die Abweichungen für die Endometriose Vereinigung Austria (eva) ergänzt.

Durchführung der Audits durch eine interne Kommission der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.: Dr. Heike Matuschewski, Petra Brandes (Vorstand), Anja Lampe, Karis Schneider (GF), Ursula Birkelbach (Beraterin). Eine der Vorstandsdamen in Ö, meist Rita Hofmeister oder Kathrin Steinberger

Absprachen/Terminvereinbarung mit Klinik nach dem ärztlichen Audit

Ablauf des Audits:

Gespräch mit Leiterin/Leiter (genügt kurzes Kennenlernen)

Gespräch und Begehung mit verantwortlicher ÄrztIn

Gespräch mit dem Sozialdienst – in Ö nicht in so großem Ausmaß, weil in Ö keine entsprechend gut ausgebaute Struktur besteht

Gespräch mit Patientin(nen)

Abschlussgespräch mit Leiterin/Leiter und/oder verantwortlicher ÄrztIn

Dauer ca. 2 Stunden

Gründe für ein eigenständiges Audit in Deutschland:

- a. Fokus ein anderer als bei ärztlichem Audit;
- b. Kennenlernen der Klinik nach Patientinnenbedürfnissen;
- c. Besprechung/Prüfung von Informationen aus unserer „Ärzteliste“ und von Rückmeldungen der Beraterinnen und Selbsthilfegruppen

Abschließende Prüfung von Rückmeldungen von Mitgliedsfrauen und aus SHGs

Bericht durch Karis Schneider oder Anja Lampe

Rechnungslegung 250,00 € bzw. 100,00 € + Fahrkosten evtl. Übernachtungskosten

Übersendung des abschließenden Berichtes und der Zertifizierungsurkunde (pdf) wird erbeten.

Diskutiert wurde insbesondere der Punkt eigenes Audit durch die Selbsthilfe. Eine Konzentration der Audits auf einen Tag wäre im Sinne von Ressourcenersparnis aus Sicht von SEF und EEL wünschenswert. Für die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. ist es beim Audit wichtig mit den Ansprechpartnern im Zentrum getrennt zu sprechen, weil der Fokus ein anderer ist und der persönliche Kontakt eine bessere Basis schafft. Im Mitlaufen beim ärztlichen Audit ist das nicht möglich.

Prof. Schweppe schlägt vor, die Auditabläufe dann entsprechend so zu takten, dass der jeweilige Gesprächsbedarf abgedeckt wird. Z.B. Vorstellung des Zentrums gemeinsam, Sozialdienst und Patientinnen während Ärzte Akten durchgehen, OP-Saal Besichtigung während Selbsthilfe-Vertreterin mit ZentrumsleiterIn/-verantwortlichem/er spricht. Es müsste noch genauer geprüft werden, ob damit unsere Bedürfnisse abdeckbar sind.

Als problematisch wird außerdem die Terminfindung gesehen.

Frau Schneider sagt zu, die Möglichkeit einer gemeinsamen Zertifizierung an einem Tag mit entsprechenden Abgrenzungen innerhalb der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. zu prüfen.

2. Problemstellungen

a. Kinderwunschzentren als Endometriosezentren

Aus Sicht der Selbsthilfe wird die Zertifizierung von Kinderwunschzentren als Endometriosezentren kritisch gesehen. Es entsteht zum Teil der Eindruck, dass es mit dem Label Endometriosezentrum darum geht eine Patientinnenzielgruppe anzusprechen und ins Kinderwunschzentrum zu bringen.

Was zeichnet ein Endometriose-Kinderwunschzentrum aus? Was unterscheidet es von einem „normalen“ Kinderwunschzentrum? Was unterscheidet es von einem Stufe I-Zentrum in Form einer niedergelassenen Gynäkologin/Gynäkologen? Ist eine Schmerzpatientin ohne Kinderwunsch in einem Kinderwunschzentrum gut aufgehoben?

In der Diskussion wird deutlich, dass auch zwischen den Partnern im Zertifizierungsprozess unterschiedliche Meinungen dazu bestehen, was ein Kinderwunsch-Endometriosezentrum zu leisten hat. Prof. Tinneberg möchte die Schmerzpatientin genauso kompetent im Kinderwunschzentrum behandelt wissen wie in einem anderen Stufe I Zentrum. Prof. Schweppe sieht die Kompetenz eher im Bereich Kinderwunsch und darin, dass eine Schmerzpatientin an ein entsprechendes Endometriosezentrum weitergeleitet wird.

Nachzudenken ist, ob Kinderwunschzentren möglicherweise als eigenständige Kategorie zertifiziert oder zumindest in der Außendarstellung entsprechend benannt werden. Für Patientinnen mit Kinderwunsch und Endometriose ist ein entsprechend qualifiziertes und zertifiziertes Zentrum sehr sinnvoll und hilfreich.

Von unserer Seite vorstellbar wäre eine Bezeichnung wie „Kinderwunsch – Endometriosezentrum Stufe I“ oder nach den neuen Bezeichnungen „Endometriose-Kinderwunschzentrum“.

b. Endometriosebehandlung und -sprechstunde durch die im Antrag benannten Personen

Innerhalb der Zentren, insbesondere in großen Kliniken, kommen häufig Wechsel des ärztlichen Personals auch in der Endometriose-Sprechstunde vor.

Von Seiten der Selbsthilfe ist es wünschenswert, dass die entsprechenden SpezialistInnen namentlich bekannt sind und die Sprechstunde nicht von ÄrztInnen durchgeführt wird, die keine ausgewiesene Endometriosekompetenz haben.

Wir bitten bei den Audits seit kurzem um eine entsprechende Mitteilung bei Personalveränderungen. Ob das tatsächlich realisiert wird, ist fraglich.

Wenn das Label „Endometriose-Zentrum“ ernst genommen wird, muss es auch als Einheit bestehen und mit „ständigen“ Ärzten besetzt sein und bleiben.

In der kurzen Diskussion wird deutlich, dass vermutlich für die meisten Kliniken diese Forderung nicht realisierbar ist, dasselbe gilt für das Prinzip „vom Vorbereitungsgespräch über die OP bis zum Nachgespräch alles in einer Hand“.

c. Umgang mit Auflagen/Hinweisen

Die Formulierung von Auflagen/Hinweisen im Auditbericht ist unbefriedigend, wenn keine entsprechenden Zeiträume vorgegeben werden bzw. keine Möglichkeit besteht, dann wieder Nachzuhaken oder Druck zu machen.

Die Umsetzung der von der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. im Audit gegebenen Hinweise werden von dieser kontrolliert und angemahnt. Prof. Schweppe wird entsprechend informiert. Wird innerhalb von 14 Tagen nicht reagiert, spricht Prof. Schweppe das Zentrum an. In der Konsequenz wird wie beim Thema Jahresberichte verfahren (s. TOP 1).

d. Formulierung im Fragebogen: 1.4. Zugang zur Selbsthilfe

führt teilweise zu Verwirrungen, da Kliniken denken, wenn es keine örtliche SHG gibt, können sie nicht zertifiziert werden.

Formulierungsvorschlag:

	Frage	Beschreibung	Minimum
A	Zusammenarbeit mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. bzw. Endometriose-Vereinigung Austria (eva) Zusammenarbeit mit örtlicher Selbsthilfegruppe (soweit vorhanden)		Zusammenarbeit mit Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. bzw. Endometriose-Vereinigung Austria (eva) muss sichergestellt sein
B	Wie ist die Information/der Zugang zur Selbsthilfeorganisation/-gruppe organisiert?		Algorithmus; eigenes Informationsmaterial
C	Beschreibung der Informationsmöglichkeiten		Informationsschriften vorlegen

Außerdem bittet die Endometriose-Vereinigung Austria (eva) darum, den Fragebogen so zu ergänzen oder für Österreich zu verändern, dass die österreichische Vereinigung ergänzt oder an Stelle der deutschen Vereinigung aufgeführt wird.

e. Verlinkungen mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.

Frau Schneider erläutert, dass die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. die „Leitsätze der Selbsthilfe für die Zusammenarbeit mit Personen des privaten und des öffentlichen

Rechts, Organisationen und Wirtschaftsunternehmen, insbesondere im Gesundheitswesen“ unterzeichnet hat. Dies ist sowohl in Bezug auf die Unabhängigkeit der Selbsthilfeorganisation als auch in Bezug auf die Beantragung von Mitteln bei Krankenkassen wichtig.

In Bezug auf Verlinkungen wird vereinbart, dass die Endometriose Vereinigung Deutschland e.V. von ihrer Seite auf keine kooperierende Praxis oder Klinik verlinkt. Die Praxen oder Kliniken sind im Rahmen des Zertifizierungsprozesses angehalten, auf Selbsthilfemöglichkeiten und die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. zu verweisen, ob sie ihre Seite mit der Endometriose-Vereinigung verlinken bleibt ihnen überlassen. Eine Information dazu im Vorfeld wäre für die Endometriose-Vereinigung wünschenswert.

Die Endometriose-Vereinigung Austria (eva) verlinkt auf ihrer Homepage Ärzte oder zertifizierte Zentren. Die Vereinigung behält sich vor, zu entscheiden, wer verlinkt wird, es gibt kein generelles Recht, verlinkt oder empfohlen zu werden, auch nicht nach der Zertifizierung. Das Logo der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. und von eva für Österreich darf nicht ohne Rücksprache auf Homepages, Flyern oder Briefbögen benutzt werden. Für Deutschland sind im Sinne der Leitlinien zur Unabhängigkeit schriftliche Vereinbarungen notwendig.

TOP 3 : Stufenkonzept – mögliche Vorteile und Nachteile sowie Weiterentwicklung (U. Ulrich)

Aus meiner Sicht sind drei Begründungen sind für die Abstufung von Zentren für die Versorgung eines bestimmten Krankheitsbildes (in diesem Falle: Endometriose) zu diskutieren:

1. Es gibt *unterschiedliche Voraussetzungen / Strukturen* der Einrichtungen. Das wäre eindeutig gegeben für ambulante (Praxis, bisher Stufe I) versus stationäre (Krankenhaus, Stufen II und III) Einrichtungen.
2. Es gibt *unterschiedliche Versorgungsaufträge*. Die Beauftragung kann dabei von einer Fachgesellschaft oder von Bund- und Landes-Behörden ausgehen (siehe das Konzept der Perinatalzentren). Im Gegensatz dazu ist dieses Konzept für die OnkoZert Brust-, Darmkrebs-, gyn. Krebs-, Hautkrebs- oder Prostatazentren nicht vorgesehen.
3. Es gibt eine klar ersichtliche, *unterscheidbare Abstufung bzw. Qualität der Versorgung* (ein Beispiel wäre: Stufe II kann keine Darmchirurgie gewährleisten, Stufe III in jedem Fall).

Bis auf 1) treffen die dargestellten Möglichkeiten für die SEF/EEL-Endometriosezentren nicht zu.

Eine Recherche in entsprechenden Internetforen ergab, dass die Patientinnen mit dem Stufenkonzept insofern verunsichert umgehen, als unterstellt wird, in einem Stufe III-Zentrum erfolge die medizinische Versorgung eben auf einer „höheren Stufe“ als in einem Zentrum der Stufe II. Uns allen ist klar, dass es im Einzelfall umgekehrt sein kann. Unser Ziel bei der Etablierung der Endometriosezentren war seinerzeit vor allen Dingen eine Verbesserung der Versorgungsqualität.

Vorschlag: Das Stufenkonzept macht die Zertifizierung m. E. unnötig kompliziert. Die Abstufung – insbesondere in „II“ und „III“ – reflektiert nicht die Qualität der Behandlung und ist darüber hinaus für betroffene Frauen nicht einfach zu durchschauen. Der Aspekt der wissenschaftlichen Arbeit sollte für jedes SEF-Beiratsmitglied Beachtung finden, tut aber zunächst für unsere Absicht nichts zu Sache, d.h., SEF-Mitglieder sollten sich mit der Endometriose wissenschaftlich beschäftigen, auch wenn sein kein Endometriosezentrum leiten. Eine Ein-

teilung in ambulante und klinische Zentren erscheint mir daher ausreichend. Als Bezeichnung schlage ich vor: Ehemalige Zentren Stufe I: „**Endometriose-Schwerpunktpraxis**“; ehemalige Zentren II und III einfach: „**Endometriosezentrum**“.

In der Diskussion werden viele Argumente von Ulrich unterstützt, andererseits wird klar, dass Vergleiche mit OnkoZert hinken, da keine ambulante Krebszentren zertifiziert werden. Ferner erscheint es zu Verbesserung auch der wissenschaftlichen Aktivität und der internationalen Wahrnehmung der in Deutschland vorhandenen Bemühungen um die Endometriose ein Ansporn und Motivationsschub hinsichtlich des Erreichens einer Stufe mit „Forschung und Lehre“ wünschenswert. Um die oben gezeigten Missverständnisse, dass das Stufenkonzept ein qualitatives Ranking wäre, zu beseitigen wird mehrheitlich vorgeschlagen, von **Endometriosezentrum** (alte Stufe I), von **klinischem Endometriosezentrum** (alte Stufe II) und vom **klinisch wissenschaftlichem Endometriosezentrum** zu sprechen und Auditberichte und Urkunden in Zukunft entsprechend auszustellen. Für ein klinisches Endometriosezentrum müssen festgelegt sein: **a.)** Netzwerk mit Kernpartnern (mindestens Radiologie, Anästhesie, Pathologie, Chirurgie und Urologie) sowie Kooperation mit Schmerzzentrum (Schmerzambulanz, Schmerzambulanz, Schmerzzentrum) und Kinderwunschzentrum und **b)** Mindestzahlen an behandelten Endometriosepatientinnen pro Zentrum bzw. pro Arzt im Zentrum. Für ein klinisch-wissenschaftliches Zentrum muss darüber hinaus festgelegt werden: **c)** welche Lehr- und Ausbildungsaktivitäten und **d)** wie viel Vorträge, Abstracts, Publikationen im Dreijahreszeitraum bis zur Zertifizierung.

TOP 4 : Europäisierung des Konzeptes (A. E: Schindler)

Herr Schindler weist darauf hin, dass durch die Zertifizierung in Bruneck (Autonome Provinz Südtirol in Italien) und den Antrag von Dr. Chávtal (Znaim, Tschechien) der deutschsprachige Dreiländerbereich bereits verlassen wurde. Aus Belgien liegen zwei und aus Holland eine Anfrage mit Anforderung der Unterlagen vor. Da sowohl im Bereich der Selbsthilfe als auch im ärztlichen Bereich die Personen der jetzigen Kommission diese zukünftige Mehrarbeit nicht leisten können und auch länderspezifische Aspekte zu berücksichtigen sind, müssen andere Organisationsformen diskutiert und festgelegt werden. Wichtig ist nur, dass

1. die Ziele und Kriterien nicht verwässert werden, auch wenn länderspezifische Modifikation je nach Struktur des Gesundheitswesens nötig ist.
2. Die SEF die das Verfahren entwickelt hat und deren „geistiges Eigentum“ die jetzige Form der Zertifizierung von Endometriosezentren ist, muss das Copyright erhalten bleiben.
3. Wenn im Rahmen der EEL dann länderspezifische Kommissionen gegründet werden, müsste auf den Formularen, dem Verfahren und den Urkunden dies zu erkennen sein: z.B. „originated by SEF“ oder „developed by SEF“ o.ä.

TOP: 5 : Bedeutung der EEL im Rahmen der Europäisierung (H. Tinneberg)

Durch die Vorbereitung des 1. Europäischen Endometriosekongresses, ausgerichtet von der EEL in Siena Ende November/Anfang Dezember 2012 ist es endlich zu einer weitergehenden Europäisierung der EEL gekommen. Dies drückt sich auch in einem Vorschlag des möglicherweise zukünftigen, noch zu wählenden Vorstandes aus. Neben dem vorgeschlagenen Präsident, Prof. Petraglia und Prof. elect PD S. Renner sind weitere mögliche Mitglieder des Vorstandes aus England, Frankreich und Belgien gerne bereit, mitzuarbeiten. Die letztendliche Entscheidung darüber fällt jedoch auf der Mitgliederversammlung in Siena.

Grundsätzlich jedoch muss davon ausgegangen werden, dass das bislang sehr erfolgreiche Konzept der Zertifizierung von Endometriosezentren, welches sich auch im Ausland großer Anerkennung erfreut, auch auf Mitgliedsländer der EEL übertragen werden soll.

Die Zertifizierung ist von der SEF entwickelt, somit gewissermaßen geistiges Eigentum der SEF. Die SEF ist zwar unabhängiger, dennoch integrierter Bestandteil der EEL. Um die Erfahrung und das Wissen im bisherigen Umgang mit Zertifizierungen und den damit verbundenen Problemen möglichst zu bewahren und in den Dienst der EEL zu stellen, wäre es sinnvoll, wenn die erfahrenen Zertifizierer auch für europäische Aufgaben im Sinne einer Arbeitsgruppe (Credentialing-Board) für die EEL zur Verfügung stehen würden. Dies bedeutet, dass nach den vorgegebenen Richtlinien auch in anderen Ländern ein gleichermaßen ausgestattetes Endometriosezentrum zertifiziert werden kann. Der Prozess der Zertifizierung sollte dann allerdings von regionalen Persönlichkeiten aus dem klinischen wie wissenschaftlichen Gebiet der Endometriose begleitet und letztendlich im Wesentlichen durchgeführt werden.

Die mögliche Problematik der Einbindung einer Selbsthilfeorganisation/-gruppe sollte ebenfalls national/regional individuell gehandhabt werden, da es nicht in jedem Land eine Selbsthilfeorganisation/-gruppe gibt bzw. die Infrastruktur auch eine Selbsthilfegruppe nicht unterstützt.

Um die möglicherweise irreführende Bezeichnung „Endometriosezentrum Stufe I – III“ nicht weiter zu benutzen, könnte unterschieden werden in Endometriosezentrum (Basisversorgung), klinisches Endometriosezentrum (im Wesentlichen operative Versorgung) sowie Kooperation mit anderen Institutionen und klinisch-wissenschaftliches Endometriosezentrum.

Bei einer europäischen Verwendung sollte gleichermaßen diese Bezeichnung ins Englische übertragen werden, also Endometriosiscenter, Clinical-Endometriosiscenter, Clinical-Endometriosiscenter and Research Institute.

TOP 6: Überarbeitung der Erfassungsbögen

Es besteht Einigkeit, die Bögen den praktischen Erfordernissen und Erfahrungen der vergangenen Zertifizierungen anzupassen. Der Rezertifizierungsbogen muss mehr auf die Veränderungen und Erfahrungen der Zeit seit der Zertifizierung eingehen und aus dem vorausgegangenen Auditbericht die Hinweise und Verbesserungsmöglichkeiten abfragen. Der Zertifizierungsbogen für Stufe I muss gekürzt werden und von allen Punkten die nur Klinik, klinisches Netzwerk usw. enthalten befreit werden.

1. Rezertifizierungsbogen: wird erledigt bis 30.9.2012 von Schindler, Schweppe
2. reduzierter Bogen für Level 1: wird erledigt bis 30.9.12 von Mangold und Tinneberg

TOP 7: Mitglieder der Kommission: s. TOP 1, 1.e

TOP 8: Benennung der Stufen: s. TOP 3, letzter Absatz



Prof. Dr. med. Karl-Werner Schweppe
Vorstandsmitglied der Stiftung Endometriose-Forschung
-Sitzungsleiter und Protokollführer-