

Journal für

# Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

**Endometriosezentren verschiedener Stufen zur Verbesserung  
der medizinischen Versorgungsqualität, der Forschung sowie  
der ärztlichen Fort- und Weiterbildung**

Ebert AD, Jackisch D, Mueller M, Keckstein J, Römer T

Schindler AE, Schweppe KW, Ulrich U, Tinneberg HR

*Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (2)*

*(Ausgabe für Österreich), 62-68*

*Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (2)*

*(Ausgabe für Schweiz), 60-67*

**Offizielles Organ der Österreichischen  
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen  
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

[www.kup.at/gynaekologie](http://www.kup.at/gynaekologie)

Member of the



**Homepage:**

[www.kup.at/gynaekologie](http://www.kup.at/gynaekologie)

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# Endometriosezentren verschiedener Stufen zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität, der Forschung sowie der ärztlichen Fort- und Weiterbildung

A. D. Ebert<sup>1</sup>, D. Jackisch<sup>2</sup>, M. Mueller<sup>3</sup>, J. Keckstein<sup>4</sup>, T. Römer<sup>5</sup>, A. E. Schindler<sup>6</sup>, K.-W. Schuppe<sup>7</sup>, U. Ulrich<sup>8</sup>, H.-R. Tinneberg<sup>9</sup>

**Kurzfassung:** In Europa wird die Idee der Qualitätsverbesserung auf dem Gebiet der Endometriose vertieft. Verschiedene „Task Forces“ arbeiten mit zum Teil identischen Methoden am gleichen Ziel. Die Bildung spezialisierter Endometriosezentren verbunden mit einer breiten Qualifikation der Ärzte und des medizinischen Personals gehören – begleitet von der Unterstützung der Forschung – ebenso in dieses Spektrum wie die Schulung und Information der betroffenen Frauen sowie die Sensibilisierung der Gesundheitspolitik, der Kostenträger und der Industrie. Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen ist eine Bündelung des vorhandenen nationalen und internationalen Engagements absehbar und notwen-

dig. Inwieweit dies zur konsequenten Gründung von einheitlichen nationalen Endometriose-Gruppen als Basis einer europäischen Dachgesellschaft führen könnte, bleibt abzuwarten. Wünschenswert ist es allemal.

**Abstract: Endometriosis Centers of Different Competence Levels to Improve the Quality of Diagnostics, Treatment, Research and Medical Education.** The idea of quality improvement in the field of endometriosis has arrived in Europe. Different institutions and groups are working intensively towards the same goal using different and in some cases also identical approaches. The establishment

of specialized endometriosis centres and the comprehensive qualification of physicians and medical staff along with greater research efforts belong to this range of measures, which also includes the training and informing of the patients as well as the raising of awareness among health politicians, cost-bearing institutions, and industry. Given scarce resources, the focusing of the existing national and international commitment is foreseeable and necessary. It remains to be seen whether this could lead to the consistent foundation of uniform national endometriosis groups as a basis for a European umbrella society. However, this is a goal which is worth striving for. **J Gynäkol Endokrinol 2008; 18 (2): 62–68.**

## ■ Einleitung

Die Endometriose ist die aggressivste benigne proliferative Erkrankung der Frau [1]. Allein in Deutschland ist nach vorsichtigen Schätzungen deutlich über eine Million Frauen in ihrer reproduktionsfähigen Lebensphase betroffen. Die Ätiologie der östrogenabhängigen Erkrankung ist unklar [2–6], die epidemiologische Datenlage mangelhaft. Die aktuellen diagnostischen und therapeutischen Optionen sind optimierbar [7]. Die Rehabilitation steckt teilweise noch in den Kinderschuhen. Hinzu kommt, dass die Krankheit Endometriose eine chronische Erkrankung ist, aber nicht als solche breit wahrgenommen wird [8, 9]. Die Patientinnencompliance und der optimale Einsatz endokriner Therapien sind mangelhaft untersucht, ebenso wie die chirurgischen Qualitätsparameter der primär behandelnden Ärzte. Neben wissenschaftlichen, medizinischen, gravierenden beruflichen, partnerschaftlichen und rein menschlichen Problemen stellt die Endometriose auch ein ökonomisches Problem dar [10, 11]. Die Primär- und

Sekundärkosten, die durch die Erkrankung im Gesundheitswesen entstehen, werden derzeit analysiert, um eine klare Diskussionsgrundlage mit den Entscheidungs- und Kostenträgern der jeweiligen Gesundheitssysteme zu haben. Allein diese wenigen genannten Aspekte zeigen, dass die moderne klinische, angewandte und translationale Forschung wie nie zuvor gefordert ist, die drei Hauptprobleme der Endometriose – die Prävention, die spezifische Diagnostik und die kausale Therapie – in diesem Jahrhundert zu lösen und damit die Struktur- und Ergebnisqualität der medizinischen Betreuung von betroffenen Frauen in der Breite (Grundversorgung) und der Spitze (spezialisierte Zentren) zu verbessern [12].

## ■ Komplexe Anforderungen der Endometriosedagnostik

Zu den klassischen Leitsymptomen der Endometriose zählen zyklische oder chronische Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhoe, Dyspareunie, Darmsymptome/Dyschezie, Dysurie, Sterilität/Infertilität, Blutungsstörungen und die auffällige Häufung „unspezifischer“ Symptome. Hinzu kommen können gastrointestinale Beschwerden, wie perimenstruelle Blähungen und Stuhlwechsel, Darmblutungen, perimenstruelle Miktionschmerzen, begleitende depressive Verstimmungen, Übelkeit und Erbrechen sowie Fatigue-ähnliche Zustände. Hypothyreose, Autoimmunerkrankungen, Allergien und asthmatische Beschwerden werden zusätzlich oft von Endometriose-Patientinnen angegeben. Diese Symptome treten in der Regel kombiniert auf [13–16].

Die Diagnostik der Endometriose erfordert in erster Linie klinische und wissenschaftliche Erfahrung und basiert auf folgenden Untersuchungen [13]:

- Ausführliche Anamnese, gynäkologische rektovaginale Untersuchung

Aus dem <sup>1</sup>Endometriosezentrum Berlin-Brandenburg Stufe III, Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin, Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin, der <sup>2</sup>Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V., Leipzig, der <sup>3</sup>Europäischen Endometriose-Liga e. V. (EEL), Klinik und Polikliniken für Frauenheilkunde, Inselspital, Bern, der <sup>4</sup>Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Endometriosezentrum Stufe III, Villach, der <sup>5</sup>Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie (AGE), Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Evangelisches Krankenhaus Köln-Weyeralth gGmbH, der <sup>6</sup>Stiftung Endometriose-Forschung e. V. (SEF), Institut für Medizinische Forschung und Ausbildung, Essen, der <sup>7</sup>Stiftung Endometriose-Forschung e. V. (SEF), Frauenklinik, Ammerland-Klinikum, Westerstede, dem <sup>8</sup>Endometriosezentrum Berlin-Grünwald Stufe III, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin und der <sup>9</sup>Europäischen Endometriose-Liga e. V. (EEL), Zentrum für Gynäkologie und Geburtshilfe, Justus-Liebig-Universität, Giessen

**Korrespondenzadresse:** Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h. c. Andreas D. Ebert, Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin, Endometriosezentrum Berlin-Brandenburg der Stufe III, Vivantes Humboldt-Klinikum, D-13509 Berlin, Am Nordgraben 2, E-Mail: andreas.ebert@vivantes.de

- Vaginalsonographie (Adenomyosis, ovarielle Endometriose, Blasenendometriose)
- Zusatzuntersuchungen (MRT, Nierenultraschall, Transrektalsonographie, Rektosigmoideoskopie, Zytoskopie)
- Diagnostische und operative Laparoskopie mit Stadieneinteilung (z. B. ASRM, EEC, bei tiefinfiltrierender Endometriose ENZIAN)
- Histologische Sicherung der Diagnose

## ■ Konsequenter Einsatz multimodaler Therapieoptionen

Jeder Mediziner, der sich der Krankheit Endometriose stellt, braucht neben Zeit und Empathie ein konsequentes Training, das die Kenntnis der aktuellen konservativen und operativen Behandlungsmöglichkeiten einschließt. Das aktuelle Therapiemanagement ist eindeutig abhängig von der individuellen Lebenssituation, dem Leidensdruck und dem Alter der Patientin, wobei die Fragen nach dem Bestehen eines Kinderwunsches (aktuell oder prospektiv?) oder endometriosebedingter Schmerzen im Vordergrund stehen [13, 14]. Das Therapiespektrum umfasst als Minimum:

- die chirurgische Sanierung der sicht- und/oder tastbaren Läsionen,
- die medikamentös-endokrinen Therapieansätze,
- die Kinderwunsch-Behandlung,
- schmerztherapeutische Optionen,
- Kombinationstherapien,
- psychosomatische Mitbetreuung,
- Partnerschafts- und Sexualberatung,
- Rehabilitation sowie
- komplementäre Behandlungsmaßnahmen.

## ■ Der Primäroperateur bestimmt die Prognose

Die operative Behandlung der Endometriose ist technisch anspruchsvoll. In zahlreichen Fällen ist die Komplexität des operativen Vorgehens nur mit der Chirurgie beim Ovarialkarzinom vergleichbar. Da die Endometriose als chronische Krankheit zu verstehen ist, kommt dem primär behandelnden Arzt, speziell dem Operateur, eine Schlüsselfunktion zu. Der Primäroperateur bestimmt die Prognose der individuellen Patientin. Kenntnisse der Endometriose-Biologie und -Pathologie, der bildgebenden Diagnostik (MRT, Transrektalsonographie, Zystoskopie u. a.), der Endokrinologie, der aktuellen Forschungsansätze sowie insbesondere der Klinik sind essenziell. Hierbei sollten Grundkenntnisse und Fähigkeiten auf folgenden Gebieten vorliegen [13, 14]:

- Endoskopische, laparoskopisch-vaginale oder offen-chirurgische Therapie der peritonealen, ovariellen und tiefinfiltrierenden Endometriose
- Therapie der Adenomyose
- Therapie und Prophylaxe der Adhäsionen
- Fertilitäts-Operationen (Tubenchirurgie in Kombination mit diagnostischer und/oder operativer Hysteroskopie +/- Fallopioskopie)
- Chirurgie bei Darm- oder distantem Organbefall (z. B. Urogenitalsystem, Zwerchfell, Retroperitoneum)

- Komplikationsmanagement und Nachsorge
- Endometriose-Register, interdisziplinäre Fallbesprechung

Endometriose-Operationen sind vor diesem Hintergrund keine Anfänger-Operationen [17]. Die Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie (AGE) hat hier beispielhaft ein Ausbildungs- und Qualifizierungskonzept (MIC I–III) entwickelt, das die Qualität chirurgischer Operateure mehrstufig verbessern wird. Hinzu kommt, dass Kliniken, die über eine bestimmte Qualität und Quantität an endoskopischen Operationen verfügen, zu AGE-Ausbildungszentren bestellt werden können [18].

## ■ Endokrine Therapieansätze: Konsequenz und Qualifikation

Das der Basalis ähnelnde Endometriosegewebe exprimiert Sexualsteroidrezeptoren (Östrogenrezeptoren, Progesteronrezeptoren). Diese sind die Targets für die endokrin-medikamentöse Therapie. Die endokrine Therapie sollte individualisiert eingesetzt werden. Es ist falsch zu glauben, dass Hormone schon „irgendwie“ helfen werden. Sie greifen systemisch tief in den Stoffwechsel des weiblichen Körpers ein – systemisch ähnlich gravierend, wie eine Operation dies gezielt bewirkt. Deshalb ist die empirische Gabe von endokrin wirksamen Präparaten beim Verdacht auf eine Endometrioseerkrankung immer kritisch zu hinterfragen. Die histologische Sicherung mit Staging sollte im Vordergrund stehen und der therapeutische Ausgangspunkt jeglichen Handelns sein. Insbesondere bei ausgedehnten Endometrioseerkrankungen werden beide Therapieoptionen zum Einsatz kommen [13, 14]. Ziele der systemischen hormonellen Therapie sind derzeit:

- Verkleinerung von Endometrioseherden und Progressionsprophylaxe,
- Schmerzreduktion sowie
- Reduktion der Rezidivrate.
- Optimal wäre der Einsatz in der Prävention.
- Etabliert ist der Einsatz von GnRH-Analoga im Rahmen von IVF/ICSI (Lang- oder Ultralang-Protokoll).

Zur Verfügung stehen derzeit Gestagene, kombinierte orale Kontrazeptiva (OC) (Off-Label-Use, Non-Stop-Gabe), GnRH-Analoga (mit und ohne Add-back), Danazol (hat seinen Stellenwert in der Endometriosetherapie wegen der erheblichen Nebenwirkungen derzeit fast vollständig verloren) sowie experimentelle Präparate (z. B. Aromatase-Hemmer, TGF $\beta$ , COX-2-Hemmer u. a.) und neue Therapieansätze (Forschung, klinische Studien). Die Kinderwunschbehandlung (Reproduktionsmedizin) muss sich den spezifischen Problemen von Endometriosepatientinnen auch therapeutisch stellen.

## ■ Zertifizierung von Endometriosezentren

In diesem Zusammenhang sind Qualifikationen notwendig, die in Deutschland der speziellen Weiterbildung für operative Gynäkologie bzw. gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin entsprechen. Aber schon die Facharztausbildung muss dem Problem Endometriose vermehrt Rechnung tragen [8, 9]. Das bedeutet nicht, eine „Endometriose“-Sub-



Spezialisierung zu fordern, wohl aber die Gewährleistung einer drastischen Verbesserung im Sinne einer breiten weiterführenden Ausbildung („advanced trainings“) [18]. Diese kann an spezialisierten Ausbildungsstätten, wie sie sich in Deutschland im Rahmen der zertifizierten Endometriosezentren und der Ausbildungszentren der AGE herausbilden [19], stattfinden. Ein gravierendes Manko ist der bekannte Fakt, dass sich in Deutschland die Aus- und Weiterbildungskompetenz für die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin aus ökonomischen Gründen kaum noch an großen Ausbildungseinrichtungen, z. B. Universitäts-Frauenkliniken, befindet. Begrenzte Ausbildungszeiten und Qualifikationen im niedergelassenen Sektor sowie der ökonomische Druck mit den resultierenden Konsequenzen können diese Defizite in der Breite nicht kompensieren.

Die Aufzählung dieser Problem-, Arbeits- und Forschungsgebiete sowie die Betonung der medizinischen, menschlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Relevanz der Erkrankung Endometriose weisen strikt darauf hin, dass eine Fokussierung der vorhandenen Ressourcen auch in Deutschland geboten ist. Dabei bleibt zu betonen, dass die betroffene Patientin, zunehmend durch Selbsthilfegruppen, Publikationen, Presse, Funk und Internet gut informiert ist und sich somit zur zentralen *Partnerin* bei allen diagnostischen, therapeutischen und/oder wissenschaftlichen Schritten entwickelt hat [20]. Aufklärung ist somit auch *eine* zentrale Aufgabe des ärztlichen Qualitätsmanagements.

Diese Aufgaben können von Endometriosezentren verschiedener Stufen übernommen werden. Konkrete inhaltliche interdisziplinäre Kooperationen werden derzeit als obligat angesehen, wobei die enge Zusammenarbeit mit den KollegInnen der Pathologie, der Viszeralchirurgie, der Urologie, der Gastroenterologie, der Röntgendiagnostik, der Schmerztherapie, der Neurologie, der Psychosomatik und der Rehabilitationsmedizin im Vordergrund steht. Ein definiertes Endometriosezentrum sollte zusätzlich folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Grundlagenforschung sowie der klinischen Forschung
- Enge Kooperation mit den Selbsthilfegruppen, die in Deutschland von der unabhängig tätigen Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. in Leipzig repräsentiert werden ([www.endometriose-vereinigung.de](http://www.endometriose-vereinigung.de))
- Ernährungsberatung
- Partnerschafts- und Sexualberatung
- Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen
- Permanente Schulung der ärztlichen Mitarbeiter
- Ständige Schulung der MitarbeiterInnen im Pflegebereich

Derzeit wird die Endometriose in Deutschland von ambulant und klinisch tätigen Operateuren behandelt und von niedergelassenen FrauenärztInnen medikamentös versorgt und ggf. nachgesorgt. Die Kooperation zwischen beiden Sektoren hängt vom guten Willen der Beteiligten ab. Spezielle Qualifikationen, wie in der gynäkologischen Onkologie, sind nicht notwendig. Ein suffizientes Überleitungsmanagement, wie in der gynäkologischen Onkologie vorhanden, existiert nicht.

Die Steigerung der Forschungs-, Struktur- und Ergebnisqualität war bisher die Aufgabe der Stiftung Endometriose-Forschung

(SEF) sowie der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie (AGE der DGGG). Die alle zwei Jahre stattfindenden Deutschen Endometriose-Kongresse der SEF, die Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG, [www.dggg.de](http://www.dggg.de)) sowie die vielfältigen regionalen und lokalen Endometriose-Symposien und Tagungen bildeten die wissenschaftliche Plattform der zunehmend evidenzbasierten Wissensvermittlung für Ärzte und Betroffene in Kooperation mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. Die AGE war im Rahmen der DGGG zusammen mit der SEF die treibende Kraft bei der Erstellung und Publikation der ersten deutschen Endometriose-Leitlinie [13]. Seit 2005 kam die forcierte Entwicklung eines Zertifizierungskonzeptes für spezielle Endometriosezentren unter der Federführung der SEF [21] hinzu.

### ■ Mehr Qualität in der Breite *und* in der Spitze

Dieses Mehrstufenkonzept zielt konsequent auf die Verbesserung der Forschungs-, Struktur- und Ergebnisqualität in der Breite *und* der Spitze. Die verschiedenen Stufen sind konzeptionell definiert als Endometriosezentrum Stufe I, Endometriosezentrum Stufe II und Endometriosezentrum Stufe III. Folgende Kriterien für die einzelnen Leistungsstufen wurden festgelegt, um als „von der Stiftung Endometriose-Forschung anerkanntes Endometriosezentrum“ zertifiziert zu werden [21].

#### Endometriosezentrum Stufe I

- Teil eines Endometriose-Netzwerkes
- Teilnahme an einem gynäkologischen Qualitätszirkel (Endometriose-themen)
- Untersuchung, Sonographie und Beratung in einer Hand
- Intensive und umfassende Betreuung von Endometriosepatientinnen
- Offenheit für ergänzende Therapieansätze (Akupunktur u. ä.)
- Unterstützung der Patientin bei administrativen Maßnahmen (Reha-Antrag usw.)
- Aktive Zusammenarbeit mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. und mit den Selbsthilfegruppen vor Ort

#### Endometriosezentrum Stufe II

- Umfasst die Anforderungen an Zentren der Stufe I sowie zusätzlich die Möglichkeiten der invasiven Diagnostik (Endoskopie, Histologie) sowie der operativen Behandlungsmöglichkeiten (Endoskopie, MIC, inklusive Laparotomie)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Radiologie, Allgemeinchirurgie, Urologie)
- Kooperation mit Stufe I als Partner im Endometriose-Netzwerk
- Mitgliedschaft in der Stiftung Endometriose-Forschung

#### Endometriosezentrum Stufe III

- Umfasst die Anforderungen zur Stufe II und Organisation eines Endometriose-Netzwerkes sowie Organisation eines Qualitätszirkels zum Thema Endometriose
- Kooperation mit Schmerz-Ambulanz, mit reproduktionsmedizinischen Zentren und Rehabilitationseinrichtungen

- Jahresbericht über Leistung des eigenen Zentrums und möglichst für das gesamte Netzwerk
- Übermittlung der (gesicherten) Daten an die SEF und die Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. zwecks landesweiter und bundesweiter Auswertungen
- Reguläre Informationsveranstaltungen für Ärzte und Laien

Dabei werden folgende Informationen, für die *konkrete Vorgaben* (z. B. OP-Zahlen) definiert wurden, sowie vertraglich zu regelnde Grundbedingungen eingehend abgefragt:

- Kernpartner des Endometriosezentrums
  - Viszeralchirurgie/Allgemeinchirurgie
  - Urologie
  - Radiologie
  - Pathologie
  - Gynäkologie
- Kooperationspartner des Endometriosezentrums
  - Selbsthilfegruppen
  - Ernährungsberatung
  - Physiotherapie
  - Schmerztherapie
  - Sterilitätstherapie
  - Rehabilitation
- Struktur des Netzwerks
  - Qualitätsziele
  - Verantwortlichkeiten Organigramm/Leitungsebenen
  - Personelle Beschreibung der Akteure (CV, Qualifikationen, Publikationen)
  - Definierte vertragliche Kooperationspartner
  - Entscheidungsabläufe
  - Ggf. Finanzen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
  - Häufigkeit der interdisziplinären Fallbesprechungen
  - Definition von Ansprechpartnern
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
  - Therapieplanung
  - Überleitungsmanagement/Nachsorge
  - Gewährleistung der Erreichbarkeit der Partner
  - Entwicklung eines Rückmeldesystems
  - Gemeinsame Fortbildungen
  - Schaffung eines verbindlichen Endometriose-Netzwerkes
- Zugang zur Selbsthilfe
  - Definition und Identifizierung der Kooperationspartner
  - Zugang und Integration
  - Informationsübermittlung
- Informationsveranstaltungen für Patientinnen
  - Art und Häufigkeit der durchgeführten Veranstaltungen, Symposien oder Kongresse
  - Schriftliche Information
- Information und Weiterbildung für Ärzte
  - Art und Häufigkeit der durchgeführten Veranstaltungen, Symposien oder Kongresse
  - Art und Häufigkeit der durchgeführten praktischen Trainingskurse
  - Organisation und Teilnahme von/an Qualitätszirkeln
- Wissenschaftliche Untersuchungen
  - Welche eigenen Studien wurden/werden durchgeführt
  - Infrastruktur
  - An welchen Studien wird teilgenommen
- Endometriose-Dokumentation
  - Definition der Ziele der Endometriose-Dokumentation

- Charakterisierung der Dokumentation
  - Stammdaten: Anamnese, Diagnostik, Therapie, Verlauf und Nachsorge
- Erstellung eines Jahresberichtes
  - Zahl der diagnostizierten und behandelten Patientinnen; Zahl der Operationen; Zahl der medikamentösen Therapien
- Angaben zur Chirurgie (personelle Ressourcen, Leistungsspektrum, Leistungsumfang, Verfügbarkeit)
- Angaben zur Urologie (personelle Ressourcen, Leistungsspektrum, Leistungsumfang, Verfügbarkeit)
- Angaben zur Pathologie (personelle Ressourcen, Leistungsspektrum, Leistungsumfang, Verfügbarkeit)
- Angaben zur Radiologie (personelle Ressourcen, Leistungsspektrum, Leistungsumfang, Verfügbarkeit)
- Angaben zu weiteren Kooperationspartnern (personelle Ressourcen, Leistungsspektrum, Leistungsumfang, Verfügbarkeit)
- Angaben zur Endometriose-Sprechstunde (personelle Qualifikation, Leistungsspektrum, Leistungsumfang)
  - Zeit, Ort
  - Erstdiagnosen, Ersttherapien, Rezidivkrankungen, Schmerzpatientinnen, Sterilitätsproblematik
  - Zahl der veranlassten Maßnahmen: Einleitung/Überweisung zur Schmerztherapie, Einleitung/Überweisung einer Ergänzungstherapie, Akupunktur, physikalischer Maßnahmen usw., Einleitung/Überweisung zu rehabilitativen Maßnahmen oder AHB
- Angaben zur operativen Endometriosestherapie (personelle Qualifikationen, Leistungsspektrum, Leistungsumfang)
  - Bettenkapazität: Gesamtzahl der operierten Patientinnen/Jahr
  - Gesamtzahl der operierten Patientinnen mit Endometriose/Jahr
  - rASRM-Stadien-Verteilung
  - Laparotomien und Laparoskopien
    - Anteil von schwierigen Sites
    - Darmoperationen
    - Blasen-Harnleiter-Operationen
  - Anteil von Schmerzpatientinnen
  - Anteil von Infertilitätspatientinnen
  - Anzahl und Qualifikation des ärztlichen Hilfspersonals (Arzthelferin, Schwester, Op-Personal)
  - Interne Weiterbildungsmaßnahmen

Diese Angaben machen deutlich, dass die Zertifizierung eines Endometriosezentrums kein Selbstläufer ist. Die Kooperationsbeziehung und Verantwortlichkeiten werden fachübergreifend *vertraglich* geregelt, die Dokumentation ist bindend. Die Angaben der Antragsteller werden von einem Gremium (bestehend aus Vertretern der SEF, der EEL und der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.) begutachtet und die antragstellende Einrichtung im Sinne eines Audits visitiert. Damit sind erste Schritte für ein stringentes Qualitätsmanagement auf dem Gebiet der Endometriosedagnostik und -therapie geschaffen, die seit der ersten Zertifizierung am 11. August 2006 (Endometriosezentrum Berlin-Brandenburg im Vivantes Humboldt-Klinikum) im deutschsprachigen Raum mit bisher 6 zertifizierten Zentren (Stand April 2008; [Stufe III](#): Berlin-Brandenburg, Berlin-Grunewald, Lübeck, Villach; [Stufe II](#): Berlin-Gendarmenmarkt; [Stufe I](#): Dortmund, Krefeld, München)

erfolgreich umgesetzt werden. Weitere Anträge aus Münster, Giessen, Westerstede, Köln, Erlangen, Berlin-Westend, Emmendingen, Dortmund, Berlin und Offenbach liegen vor.

Die Gültigkeit der Zertifizierung wurde zeitlich auf 3 Jahre begrenzt. Die Zertifizierung wird bei Nichterfüllung der Qualitätskriterien aberkannt. Eine Rezertifizierung ist nicht selbstverständlich. Die Qualitätskriterien werden inhaltlich permanent weiterentwickelt. Qualitätsmanagement wird als strukturierte, dokumentierte und transparente Leistung mit dem Ziel der ständigen Verbesserung verstanden. Die Zertifizierung ist kein „Marketingansatz“, sondern Ausgangspunkt und Ziel täglicher Leistungssteigerung und Leistungsverdichtung, was bei der bestehenden, inakzeptablen Tendenz zur „Verschlankung“ personeller und ökonomischer Ressourcen zumindest im deutschen Gesundheitswesen seitens der Kostenträger und der politisch Verantwortlichen derzeit nicht beachtet und nicht honoriert wird. Anders als bei anderen, derzeit aktuellen „Zentrenbildungen“ in der Gynäkologie geht es bei den Endometriosezentren nicht um die Verdrängung von Mitbewerbern vom Markt, nicht um die Vernichtung vorhandener Ressourcen, auch nicht um die Etablierung von marktbeherrschenden Alleinstellungsmerkmalen, sondern um die optimale Bündelung der vorhandenen Ressourcen sowie eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität in der gesamten Versorgungsbreite und auf allen Versorgungsstufen zum Wohle der betroffenen Frauen.

### ■ Die Europäische Endometriose-Liga (EEL)

Aus dem Bedürfnis und der Notwendigkeit, von den Erfahrungen unserer europäischen (und internationalen) KollegInnen zu lernen, aber auch aus dem Wunsch, die eigenen Erfahrungen zu teilen und wissenschaftliche, klinische und ökonomische Entwicklungen und Prozesse mitzugestalten, wurde 2005 die Europäische Endometriose-Liga (EEL) auf dem 6. Deutschen (und internationalen) Endometriose-Kongress in Villach gegründet [22]. Folgende Ziele und Aufgaben der EEL wurden definiert:

- Bündelung der Erfahrungen in Kooperation mit anderen europäischen Ländern (z. B. SIGEE, ESHRE) sowie Ausbau der bestehenden Kooperationen mit Partnern aus der Schweiz und aus Österreich auf dem Gebiet der Endometriose
- Kontinuierliche Anpassung europäischer Standards/Lernprozesse
- Mitarbeit an Leitlinienerstellung
- Einwerben von Drittmitteln für Forschung
- Know-how-Transfer und Unterstützung der Lobby-Arbeit beim EU-Parlament (Brüssel)
- Dialog und Kooperation mit bereits existierenden Endometriose-Gesellschaften (z. B. World Endometriosis Society, Endometriose-Vereinigung Deutschland)
- Integration nicht medizinischer Interessensgruppen und selbstverständlich die Integration der Selbsthilfegruppen; Schaffung eines „geschützten Raumes“ zur Diskussion divergierender Anschauungen
- Öffentlichkeitsarbeit und reguläre Pressemitteilungen
- Public Relation Activities/zertifizierte medizinische Weiterbildungen
- Erarbeitung von Informationsmaterial für Mediziner und Laien
- Marktforschung

Als Zielgruppen und Partner für die EEL wurden identifiziert: Gynäkologen, aber auch Internisten und Allgemeinmediziner sowie Psychologen, Patientinnen und Vertreterinnen der Selbsthilfegruppen (z. B. die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.), Kostenträger des Gesundheitssystems, Vertreter der Gesundheitspolitik, Vertreter der forschenden Pharma-Industrie als Partner für Weiterbildungsaktivitäten sowie Journalisten.

Die EEL hat sich 2005 in Villach eine Struktur gegeben, die aus einem Executive Board, flankiert von einem Advisory Board, besteht. Nationale Arbeitsgruppen, Selbsthilfegruppen und Industrievertreter stehen den Boards beratend zur Seite. Zusätzlich hat die EEL folgende modulare Schwerpunkte gebildet: European Endometriosis Information Center, Research, Politics, Public Relations und Stiftung Endometrioseforschung (SEF). Diese ehrgeizigen Aufgaben und Ziele sowie die EEL-Struktur stehen seither auf dem Prüfstand und müssen aktuell und kritisch an die sich entwickelnden Gegebenheiten angepasst werden.

### ■ Europa diskutiert multidisziplinäre Zentren und Networks of Excellence

Parallel zu den Entwicklungen in Deutschland werden von und mit unseren europäischen KollegInnen und Partnern ähnliche tiefgreifende Struktur- und Qualitätsdiskussionen geführt. Federführend ist hierbei die Special Interest Group of Endometrium and Endometriosis (SIGEE) der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) unter ihrem Vorsitzenden Thomas D’Hooghe (Leuven University) und unterstützt von Lone Hummelshoj ([www.endometriosis.org](http://www.endometriosis.org)). Ähnlich wie in Deutschland wurden für Endometriosezentren folgende personelle Voraussetzungen vorgeschlagen [19]:

- Gynäkologe mit der Subspezialisierung in reproduktiver Endokrinologie
- Multidisziplinäres Team unter Leitung eines operativ versierten Gynäkologen, wobei in komplexen Fällen Gynäkologen, Chirurgen und Urologen gemeinsam agieren
- Schmerztherapeuten
- Schwestern, Physiotherapeuten, Berater
- Psychologen/Psychiater
- Ernährungsberater
- Selbsthilfegruppen
- Komplementärmediziner

Empfohlen wird ein 18-monatiges Training, das folgende Inhalte umfassen soll [19]:

- Operative Gynäkologie und reproduktionsmedizinische Chirurgie, inklusive multidisziplinärem chirurgischen Management der tiefinfiltrierenden Darm- oder Blasenendometriose
- Subfertilität und Reproduktionsendokrinologie, inklusive ART
- Kenntnisse in den diagnostischen Methoden
- Histopathologie der Endometriose
- Patientinnenberatung
- Teilnahme an und Durchführung von Lehrveranstaltungen
- Essenzielle Teilnahme an klinischer Forschung oder Grundlagenforschung (1 Koautorenschaft in einem internationalen Peer-reviewten Journal während der Ausbildungszeit gefordert)



- Definierte Trainingsstruktur pro Zeiteinheit sowie kontinuierliche Erfolgs- und Entwicklungsevaluierung

Vor dem aktuellen Hintergrund der gesundheitspolitischen Entwicklungen (Arbeitszeitgesetz, Freizeitausgleich, Personalstruktur, Belastung durch Administration etc. pp.) und des divergenten Ausbildungs- und Weiterbildungssystems in Deutschland sind Teile dieser Vorschläge bereits realisiert. Andere Teile sind realisierbar und weitere Teile werden unrealisierbar werden oder bleiben. Gerade an diesen Schnittstellen jedoch sollte z. B. die EEL oder die SEF aktiv werden, um bereits vorhandene Erfahrungen in Deutschland für europäische Modifikationen bekannt zu machen.

D'Hooghe und Hummelshoj [18] betonen, dass nur durch die Gründung von Centers of Excellence betroffene Frauen mit persistierender oder chronischer Endometrioseerkrankung zukünftig eine adäquate, evidenzbasierte und kosteneffiziente Behandlung erhalten können. Befürwortet wird ein Netzwerk, das der fachlichen Exzellenz, der Kontinuität der Betreuung, dem multidisziplinären Ansatz, der Forschung, dem Training und der Ökonomie verpflichtet ist. Im europäischen Rahmen sind somit kongruente Ansätze zur Qualitätsverbesserung formuliert, die jedoch *einen* gemeinsamen gravierenden Schwachpunkt haben – die Finanzierung. Das in Deutschlands Kliniken praktizierte DRG-System wird in keiner Weise der Erkrankung Endometriose gerecht. Im ambulanten Bereich ist Endometriose weder in operativer noch in konservativer Hinsicht „attraktiv“, da die notwendigen Leistungen teuer und von den Kassen grotesk unterfinanziert sind. Medizinische Forschung, akademische Lehre und ärztliche Aus- und Weiterbildung werden de facto weder ambulant noch stationär adäquat finanziert. Die zuständigen Gesellschaften scheinen grundsätzlich nicht in der Lage zu sein, die Situation zu ändern.

Konkreter als ihre deutschen Pendanten ist die internationale SIGEE, der auch zahlreiche deutsche KollegInnen angehören, in aktuelle europapolitische Entwicklungen und die Erarbeitung internationaler Leitlinien eingebunden und gestaltend aktiv. Dies basiert in erster Linie auf persönlichem Engagement, politischer Lobby-Arbeit und internationaler Vernetzung, so z. B. zu einflussreichen Publikationsorganen wie Human Reproduction und Fertility and Sterility. Hier haben andere europäische Staaten auf einigen Gebieten bereits Fortschritte erreicht. In Italien wurde Endometriose vom Senat als soziale Erkrankung eingestuft. Unter der österreichischen Leitung wurde 2005 die Endometriose im EU-Parlament erstmals erwähnt und in sein Gesundheitsprogramm aufgenommen. Außerdem wurde ein EU Public Health Grant des European Network for Endometriosis aufgelegt, der Forschung auf den Gebieten Epidemiologie, paneuropäische Informationsoptimierung und Stärkung einer European Endometriosis Alliance über 3 Jahre unterstützen wird [23]. Im März 2007 wurde von L. Hummelshoj ein Seminar mit dem Vize-Präsidenten des Europäischen Parlamentes und anderen Offiziellen durchgeführt, das die Investitionen in folgende Schwerpunkte fördern soll [24]:

- Frühe Therapie zur Progressionsvermeidung (Schulprogramm, nicht invasive Diagnostik)
- Spezielle Betreuung zur Verbesserung der Ergebnisqualität (evidenzbasierte Leitlinien [ESHRE], Centers/Networks of Excellence) und „Therapie, die wirkt“ (Investitionen in kausale Ansätze)

Die SIGEE untersucht derzeit außerdem die Kosten und die ökonomischen Faktoren der Endometrioseerkrankungen [10, 25, 26]. Dazu wurde eine Endometriosis Cost Working Group gebildet. Aus jedem europäischen Land sollte ein Vertreter an diesem schwierigen und zeitintensiven Projekt mitarbeiten. Weiterhin gelang im Oktober 2006 der American Society of Reproductive Medicine (ASRM), der World Endometriosis Society (WES) und der ESHRE mit der Gründung der World Endometriosis Research Foundation (WERF) ein wichtiger Schritt der Bündelung von Ressourcen [27]. Erste internationale Studien befinden sich kurz vor der Initiierung. Die Entwicklung der Leitlinien wird von der internationalen Guideline Development Group realisiert, in der Vertreter aus Belgien, dem Vereinigten Königreich, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und zukünftig auch aus Israel und Portugal vertreten sind. Hier können Mitglieder der SIGEE als „contributor“ sowie als „peer reviewer“ aktiv mitgestalten. Die Weiterbildungsinitiativen der SIGEE/ESHRE sind intensiv und vielfältig (Details siehe unter [www.eshre.com](http://www.eshre.com)).

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h. c. Andreas D. Ebert**

Nach dem Medizinstudium an der Charité (Humboldt-Universität zu Berlin) erfolgten die gynäkologisch-geburtshilfliche Facharztausbildung an der Freien Universität Berlin (jetzt Campus Benjamin Franklin der Charité) sowie das Studium der Geschichte an der Technischen Universität Berlin. 1997–1999 DFG-Forschungsaufenthalt am National Cancer Institute (USA), 2000 Habilitation (Molekularbiologie des Zervixkarzinoms), 2000 Gründer des Endometriosezentrums Berlin. Prof. Ebert verfügt über die speziellen Weiterbildungen Geburtshilfe und Perinatalmedizin, Operative Gynäkologie sowie Gynäkologische Onkologie und ist ärztlicher QM. Seit November 2005 leitet er die Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin sowie das Endometriosezentrum Berlin-Brandenburg Stufe III im Vivantes Humboldt-Klinikum in Berlin-Reinickendorf.



**Literatur:**

- Hummelshoj L, Prentice A, Groothuis P. Update on endometriosis. *Womens Health* 2006; 2: 53–6.
- Neukomm C, Mueller MD. New insights into the pathophysiology of endometriosis. *Gynäkol Geburtsh Rundsch* 2007; 47: 113–7.
- Leyendecker G, Kunz G, Noe M, Herberth M, Mall G. Endometriosis: a dysfunction and disease of the archimetra. *Hum Reprod Update* 1998; 4: 752–62.
- Leyendecker G, Herberth M, Kunz G, Mall G. Endometriosis results from the dislocation of basal endometrium. *Hum Reprod* 2002; 17: 2725–36.
- Meyer R. Die Pathologie der Bindegewebstgeschwülste und Mischgeschwülste. In: Stoeckel W (Hrsg). *Handbuch der Gynäkologie*. Band 6/1. Bergmann, München, 1930; 211.
- Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol* 1927; 14: 422–9.
- Olive DL, Pritts EA. Treatment of endometriosis. *N Engl J Med* 2001; 345: 266–75.
- Schweppe KW. Endometriosis market research: an overview of findings in Europe and the United States. *Drugs Today* 2005; 41: A1–4.
- Schweppe KW. Endometriosis – a disease that has no lobby. *Zbl Gynäkol* 2003; 125: 233.
- Pearson S, Pickersgill A. The costs of endometriosis. *Gynaecol Forum* 2004; 9: 23–7.
- Surrey E. An economically rational method of managing early-stage endometriosis. *Med Interface* 1997; 10: 119–24.
- D'Hooghe TM, Debrock S. Future directions in endometriosis research. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 30: 221–44.
- Ulrich U et al. Diagnostik und Therapie der Endometriose. Interdisziplinäre S 2k-Leitlinie (AWMF 015/045): <http://www.dgkg.de/leitlinien-2006/pdf-2006/2-onko-gyn/2-1-3-endometriose.pdf>
- Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, Hummelshoj L, Prentice A, Saridogan E. ESHRE Guideline for the diagnosis and

- management of endometriosis. Hum Reprod 2005; 20: 2698–704.
15. Ebert AD. Endometriose – ein Wegweiser für die Praxis. 2. Aufl. Verlag Walter de Gruyter, Berlin, New York, 2006.
16. Tuttlies F, Keckstein J, Ulrich U, Possowert M, Schweppe KW, Wustlich M, Buchweitz O, Greb R, Kandolf O, Mangold R, Masetti W, Neis K, Rauter G, Reeka N, Richter O, Schindler AE, Sillem M, Terruhn V, Tinneberg HR. ENZIAN-score, a classification of deep infiltrating endometriosis. Zbl Gynäkol 2005; 127: 275–81.
17. Ebert AD. Gynäkologische Laparoskopie – ein Wegweiser für die Praxis. Verlag Walter de Gruyter, Berlin, New York, 2008.
18. D'Hooghe T, Hummelshoj L. Multi-disciplinary centres/networks of excellence for endometriosis management and research: a proposal. Hum Reprod 2006; 21: 2743–8.
19. Hucke J, De Wilde RL, Kolmogorov K, Wallwiener D. Konzept der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie (AGE) der DGGG zur Förderung der Ausbildung und Weiterbildung in der gynäkologischen Endoskopie: [www.agendoskopie.de](http://www.agendoskopie.de)
20. [www.endometriose-vereinigung.de](http://www.endometriose-vereinigung.de)
21. [www.endometriose-sef.de](http://www.endometriose-sef.de)
22. [www.endometriose-liga.eu](http://www.endometriose-liga.eu)
23. [www.endometriosis.org/endometriosis\\_funding.html](http://www.endometriosis.org/endometriosis_funding.html)
24. [www.endometriosis.org/european\\_parliament.html](http://www.endometriosis.org/european_parliament.html)
25. Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF, Lipschutz RG, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol 1996; 87: 321–7.
26. Stones RW, Selfe S. Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 2000; 14: 415–31.
27. [www.endometriosisfoundation.org](http://www.endometriosisfoundation.org)



# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)