

Jahrestagung der SEF Weissensee 14. – 17. Februar 2019



SEITE 01

EDITORIAL

SEITE 02

WEISSENSEE-
TAGUNG

SEITE 03 – 17

THEMA

SEITE 18 – 21

NEUES VOM
WEISSENSEE 2018

SEITE 22 – 26

AKTUELL
DISKUTIERT

SEITE 27

KONGRESS-
VORSCHAU

SEITE 28

KONGRESSE,
WORKSHOPS

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

„Quo vadis“ Qualitätssicherung, Ausbildung und Zentrumsbildung?

Eine wichtige Frage in vielen Bereichen der Frauenheilkunde. Im Hinblick auf Endometriose spielt sie eine zentrale Rolle auf der kommenden Jahrestagung in Weissensee, die von Prof. Dr. Jörg Keckstein zusammen mit PD Dr. Martin Sillem geplant und geleitet wird. Auch dieses Heft beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit diesen Problemen.

Die Aufsätze von M. Sillem und A. Boosz stellen unserer Zertifizierungskonzept und seine Akzeptanz dar. Der Beitrag von S. Schäfer zum Ausbildungskonzept „Masterclass Endometriose“ und der Erfahrungsbericht von mir zu den Qualifizierungsseminaren für Fachärzte auf dem Gebiet der Endometriose zeigen bisher Erreichtes und Geplantes. Es gibt noch viel zu tun – packen wir es mit Freude an!

Wir hoffen, dass diese Problemfelder auch den Lesern relevant erschienen und die neue Ausgabe von „Endometriose Aktuell“ mit Interesse und Freude gelesen wird.

**Für die Herausgeber: Prof. Dr. med.
Dr. h.c. K.-W. Scheppe**

Einladung zur 15. „Weissenseetagung“

Wie jedes Jahr liegt der Schwerpunkt des Treffens auf den Arbeitsgruppen. Diese tagen am Donnerstagnachmittag, Freitag ganztätig und Samstagvormittag. Samstagnachmittag werden die Ergebnisse der AGs vorgetragen und im Plenum diskutiert. Für junge Kliniker und Wissenschaftler sind zwei besondere Arbeitsgruppen zum Erfahrungsaustausch vorgesehen. Freitagmittag wird Prof. Dr. W. Ziegglängsberger, Max Planck Institut für Psychiatrie und klinische Neuropharmakologie, als Gast ein Referat zum Thema „Endometriose

und Schmerz“ halten. Für Kurzvorträge ist exklusiv der Sonntagvormittag vorbehalten.

Arbeitsgruppen:

1. Zertifizierung von Endometriosezentren
 - a. Anforderungen
 - b. Dokumentation
 - c. Öffentlichkeitsarbeit
2. Operationsvideos für Operateure unter 40
3. Forschungsprojekte zur Endometriose
4. Bedeutung der Rehabilitation und praktische Durchführung

5. Qualifizierungskonzept für Klinik und Praxis
 - a. Seminare für Niedergelassene
 - b. Masterclass Endometriose
6. Weiterentwicklung der Klassifikationen
7. Komplikationen bei endoskopischen Endometrioseoperationen

Freuen Sie sich auf Erfahrungsaustausch in traumhaft schöner Umgebung und angenehmer, kollegialer Atmosphäre.



Prophylaxe der Endometriose medikamentös und operativ? K.-W. Schweppe

Im therapeutischen Bemühen um Endometriose sind Rezidive, wiederholte Operationen und wiederholte Verordnungen von hormonellen oder anti entzündlichen Therapien Realität im Praxisalltag. Diese unbefriedigende Situation ist frustrierend für die leidende Patientin aber auch für die behandelnden Frauenärzte/innen. Der Behandlungsplan dieser chronischen Erkrankung sollte auch Möglichkeiten der Prophylaxe beinhalten (1).

Möglichkeiten einer Endometrioseprophylaxe:

Zur primären Prophylaxe (Vermeidung der Erkrankung) bei Endometriose können allgemeine Änderungen des Lebensstils, wie bspw. Ernährung, Menstruationshygiene oder Familienplanung oder auch Möglichkeiten einer Chemoprävention, wie bspw. durch orale Kontrazeptiva, speziell als Langzeiteinnahme in Erwägung gezogen werden. Als Sekundärprophylaxe (Früherkennung) gilt es zu prüfen, ob es Risikogruppen gibt und ob Möglichkeiten bestehen, diese frühzeitig zu erkennen. Schließlich wäre tertiäre Prophylaxe (Vermeidung von Rezidiven) eine möglichst effektive Primärtherapie und ggf. eine adjuvante Therapie, ähnlich wie in der Onkologie, um das Rezidivrisiko zu reduzieren und das rezidivfreie Intervall zu verlängern. Dies verlangt vor allem eine suffiziente Resektion im Gesunden auch bei schwierigem Situs. Eine Operation, die

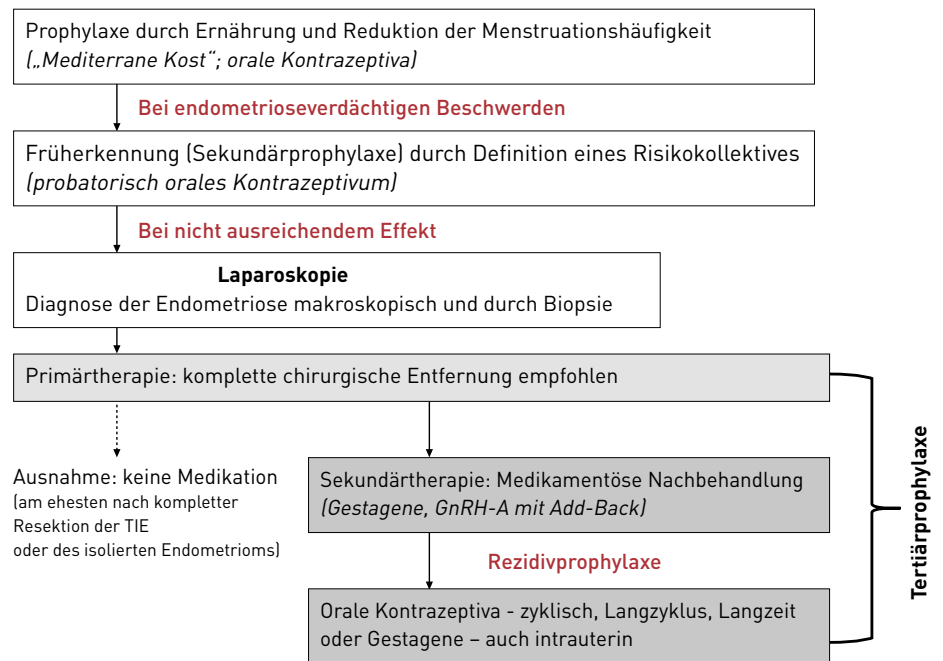


Abb. 1: Bedeutung der Prophylaxe im Behandlungsplan bei Endometriose

technisch anspruchsvoll und auch risikoreich ist und von spezialisierten und erfahrenen endoskopischen Operateuren durchgeführt werden sollte. Die Stiftung Endometriose-Forschung will mit dem Konzept der zertifizierten Endometriosezentren diesen Qualitätsanforderungen Rechnung tragen.

Ziel einer Prophylaxe

Mit den Maßnahmen zur Prophylaxe bei Endometriose will man erreichen, dass die Häufigkeit der Erkrankung reduziert wird, die Lebensqualität der Betroffenen verbessert wird und natürlich die Rezidivraten verringert werden, d. h., wiederholte Operationen vermieden

und wiederholte mit Kosten und Nebenwirkungen verbundene Medikationen vermindert werden. Ferner können Sterilitätsprobleme reduziert werden, aufwändige und teure Fertilitätschirurgie kann ebenso eingespart werden wie assistierte Reproduktionstechnologien und schließlich könnte man das erhöhte Risiko, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken, welches Endometriosepatientinnen - wie Untersuchungen der letzten 10 Jahre eindeutig zeigen - zweifellos haben, reduzieren.

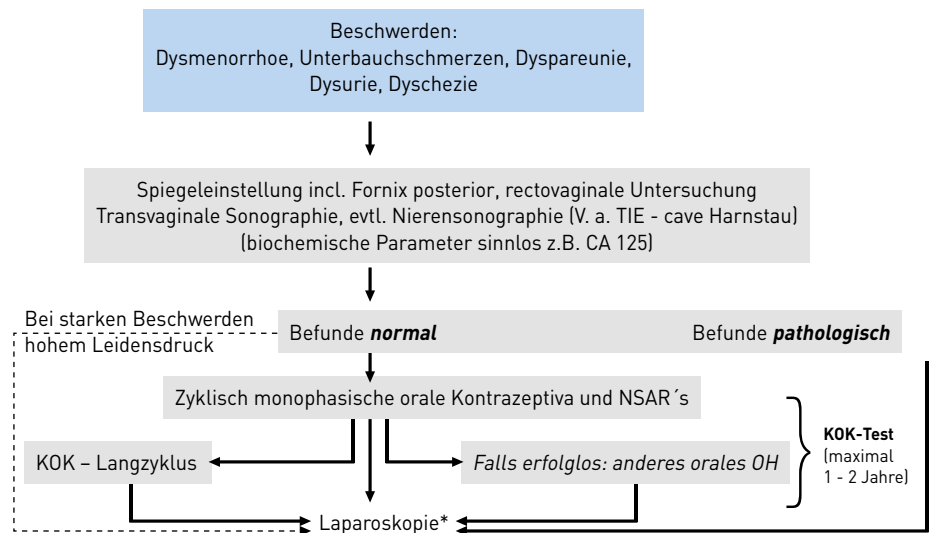
Praktische Optionen (Abb. 1)

1. Eine primäre Prophylaxe ist möglicherweise durch Lebensstiländerung und geeignete Ernährung

(Vermeidung Arachidonsäure-haltiger Lebensmittel). Es gibt Studien mit Hinweisen darauf, dass sog. „mediterrane Kost“ Menstruationsbeschwerden reduziert und das Wiederauftreten von Beschwerden nach Endometrioseoperationen vermindert [2,3]. Besser ist eine Primärprophylaxe wahrscheinlich aber durch Chemoprävention möglich. So senken bspw. Ovulationshemmer, besonders, wenn sie kontinuierlich eingenommen werden, signifikant die Menstruationsbeschwerden und das Risiko wiederholter Operationen, speziell bei Ovarialendometriose [4].

2. Eine sekundäre Prophylaxe ist durch den symptomatischen Einsatz oraler Kontrazeptiva vom Kombinationstyp (KOK-Test) möglich, indem dadurch ein Risikokollektiv definiert wird: helfen die KOK's nicht ausreichend, ist die immer noch notwendige invasive Diagnostik indiziert; lindern sie die Symptome aber zufrieden stellend, können sie unter gynäkologischer Kontrolle weiterverordnet werden. So verhindert man unnötige Laparoskopien aber vermeidet auch eine lange Diagnoseverzögerung (Abb. 2).

3. Eine tertiäre Prophylaxe erreicht man am besten dadurch, dass durch suffiziente primäre Operation und geeignete adjuvante Maßnahmen zwar Rezidive nicht grundsätzlich zu vermeiden sind, aber das Rezidivrisiko reduziert wird und das rezidivfreie Intervall verlängert wird. Dabei ist natürlich primär die Qualität des Operateurs bzw. des OP-Temas entscheidend. Neben den Mindestmengen, die bei der Zertifizierung sowohl für das Zentrum insgesamt als auch für die einzelnen Operateure nachgewiesen werden müssen, sind es vor



KOK = kombiniertes orales Kontrazeptivum, * Chromopertubation ist Bestandteil des stagings bei Endometriose

Abb. 2: Praktisches Vorgehen bei Verdacht auf Endometriose mit dem KOK-Test zum Erkennen eines Risikokollektivs.

allem operationstechnischen Fertigkeiten und das Risikobewußtsein entschieden, um gute Ergebnisse und niedrige Komplikationsraten zu erzielen. [s. auch Aufsatz zur „Masterclass Endometriose“ in diesem Heft]. Die Operation ist aber nur der erste entscheidende Schritt im Behandlungskonzept dieser chro-

nischen Erkrankung. Adjuvante Nachbehandlung und ggf. erneut Rezidivprophylaxe als Langzeitmedikation sind oft angezeigt, wie das Schema zum Behandlungskonzept (Abb. 2) bei Endometriose zeigt.

LITERATUR:

1. Schweppe, K.-W. Endometriose: Ist eine Prophylaxe möglich? Der Frauenarzt 2018; 59:754-759
2. Sesti F, Pietropolli A, Capozzolo T et al. Hormonal suppression treatment or dietary therapy versus placebo in the control of painful symptoms after conservative surgery for endometriosis stage III-IV. A randomized comparative trial. Fertility and Sterility 2007; 88(6): 1541 – 1547
3. Kaiser B, Korell M. Ergebnisse der Ernährungsberatung bei Frauen mit Endometriose. Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2(2): 58 – 61
4. Vercellini P, Matteis S de, Somigliana E, Buggio L, Frattaruolo MP, Fedele L. Long-term adjuvant therapy for the prevention of postoperative endometrioma recurrence. A systematic review and meta-analysis. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 2013; 92(1): 8 – 16

ANSCHRIFT DES VERFASSERS:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Werner Schweppe
Vorstandsmitglied der Stiftung
Endometriose-Forschung
Sekretariat: c/o Frauenklinik Ammerland
Lange Straße 28, D - 26655 Westerstedde

Zertifizierte Endometriosezentren – Status und Zukunft M. Sillem

Häufigkeit, Komplexität des Krankheitsbildes und Hinweise auf Versorgungsdefizite sind drei gute Gründe, die Diagnostik und Therapie der Endometriose in Zentren und Netzwerken zu organisieren und zu zertifizieren. Die Stiftung Endometrioseforschung, die Europäische Endometriose-Liga in Zusammenarbeit mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland, der Endometriose-Vereinigung Austria sowie der EndoHelp Suisse haben ihr seit 2005 bestehendes Konzept kontinuierlich weiter entwickelt. Das seit 2017 in Deutschland geltende Krankenhausstrukturgesetz eröffnet nun neue Möglichkeiten, ein Zertifizierungskonzept vorzulegen, welches auch erlösrelevant werden kann.

Rückblick

Im Jahr 2005 wurde das erste, sogenannte Drei-Stufen-Konzept vorgelegt, angelehnt an Perinatal- und Brustzentren die damals gleichzeitig entstanden. Die Einteilung erfolgte in Endometriosezentrum Stufe 1, klinisches Endometriosezentrum Stufe 2 und klinisch-wissenschaftliches Endometriosezentrum Stufe 3. Die Anforderungen waren zunächst deskriptiver Natur. Die Audits wurden von der Stiftung Endometrioseforschung organisiert und große Teile der Arbeit wurden ehrenamtlich geleistet. Nach zehn Jahren wurde

klar, dass die organisatorische Abwicklung in diesen Strukturen aufgrund der enormen Nachfrage nicht mehr zu leisten war.

Grundlagen der Zertifizierung

AG Zertifizierung. Die Stiftung Endometrioseforschung veranstaltet seit nunmehr 15 Jahren eine Tagung am Weissensee in Kärnten. Diese Tagung wird geprägt durch Gruppenarbeit. Eine solche Arbeitsgruppe befasst sich mit der Weiterentwicklung der Zertifizierungskriterien auf der Grundlage der gültigen AWMF-Leitlinie zur Diagnostik und Thera-

pie der Endometriose. Die Vorschläge dieser Gruppe werden vom Vorstand der Stiftung geprüft und wurden bisher stets genehmigt.

Zertifizierungsgesellschaft.

Seit 2016 organisiert die EuroEndoCert GmbH als ärztlich geführtes privates Unternehmen im Auftrag von Stiftung Endometri-

oseforschung und der Europäischen Endometriose-Liga den gesamten Zertifizierungsprozess. Im Rahmen der Übernahme durch das Unternehmen wurde das Stufenkonzept von 2005 an die veränderte Realität angepasst und die Anforderungen an die verschiedenen Zertifikate wurden konkretisiert (Tabelle 1). Die Firma arbeitet papierlos und dezentral, die Korrespondenz mit den Zentren erfolgt elektronisch.

Auf einer Webseite (Abb. 1) werden alle relevanten Informationen zur Verfügung gestellt; die Erhebungsbögen mit den Anforderungen können heruntergeladen werden. Wenn alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, wird zwischen dem Zentrum und zwei von EuroEndoCert beauftragten Auditoren ein Termin zum Audit vor Ort abgestimmt. Zur Vorbereitung erhält das Zentrum von den Auditoren einen Prä-Audit Check, in dem Schwerpunkte des Audits und offene Fragen aufgeführt sind. Die Auditoren erstellen nach dem Audit einen Bericht einschließlich Hinweisen und Abweichungen, welcher der Zertifizierungskommission vorgelegt wird.

Zertifizierungskommission.

Stiftung Endometrioseforschung und Europäische Endometriose-Liga haben eine Kommission aus 5 ständigen Mitgliedern und 2 Ehrenmitgliedern berufen, welche - bis auf den Vorsitzenden - selbst keine Audits durchführen. Ihre Aufgabe ist es, zu jedem Auditbericht ein Votum abzugeben und über die Zertifikatserteilung zu entscheiden. Das Zertifikat kann erteilt werden wie beantragt, mit Auflagen, oder mit einer verkürzten Laufzeit. Die normale Laufzeit beträgt 3 Jahre.

Ein gültiges Zertifikat besitzen derzeit 116 Zentren, davon 47 klinische und klinisch-wissenschaftliche Zentren in Deutschland, Österreich, der Schweiz, Tschechien, Georgien und China.

Ein gültiges Zertifikat besitzen derzeit 116 Zentren, davon 47 klinische und klinisch-wissenschaftliche Zentren in Deutschland, Österreich, der Schweiz, Tschechien, Georgien und China.

Aktuelle Entwicklungen

Leitlinie. Die Gültigkeit der 2010 erstmals veröffentlichten AWMF-Leitlinie ist im August 2018 abgelaufen. Derzeit konstituiert sich eine Autorengruppe nach den aktuellen Verfahrensvorschriften der AWMF, das Projekt ist angemeldet und die Fertigstellung ist für den 31.12.2019 vorgesehen.

Zertifizierung. Bisher wurden im Rahmen der Zertifizierung lediglich die Struktur- und die Prozessqualität betrachtet. Die Natur der Erkrankung bringt es mit sich, dass das Behandlungsergebnis nur schwer in überprüfbar Parametern zu fassen ist. Ein Schritt in diese Richtung ist es, dass in den strukturierten Jahresberichten Follow-Up-Daten abgefragt werden. Jedes klinische und jedes klinisch-wissenschaftliche Zentrum muss abfragen, wie viele der im Vorjahr behandelten Patientinnen angeben, dass ihre Beschwerden sich gebessert oder ihr Kinderwunsch sich erfüllt haben. Die Formulierung von Qualitätsparametern und deren Dokumentation, sowie das Erstellen von jährlichen Auswertungen sind Aufgaben, an denen derzeit intensiv gearbeitet wird. Solche Auswertungen sollen unter anderem dazu dienen, den Zentren ein Benchmarking zu erlauben.

Qualifikation. Bis 2016 mussten Leiterinnen oder Leiter von klinischen und klinisch-wissenschaftlichen Zentren Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Endometrioseforschung sein. Dazu war es erforderlich, wissenschaftlich zu publizieren. Dies stellte für manche engagierten Kliniker ein Kriterium dar, das ihrer Qualifikation nicht

gerecht wurde. Daher führt die Stiftung Endometrioseforschung regelmäßig Kurse durch, mit denen eine „Spezielle Qualifikation auf dem Gebiet der Endometriose“ erworben werden kann. Die erfolgreiche Teilnahme an einem solchen Kurs dient Zentrumsleitern und Operateuren als ein Nachweis für das Zertifizierungsverfahren. Spezielle Kurse für Operateure (Endometriose Intensiv Workshop, Master Class) ergänzen das Angebot. Ein modulares System der Weiterbildung soll verschiedene Projekte zusammenführen.

Krankenhausstrukturgesetz (KHSG).

Ein Ziel des KHSG ist die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Hierzu dient unter anderem die Möglichkeit, Zuschläge zum Entgelt zu erhalten, wenn in einem Krankenhaus bestimmte Zentren vorgehalten werden. Ein verbindlicher Begriff des Zentrums fehlt allerdings bisher und ist Gegenstand juristischer Auseinandersetzungen. Es erscheint aber unwahrscheinlich, dass alle von der Stiftung Endometrioseforschung bisher als Zentrum bezeichneten Einrichtungen den Anforderungen der Kostenträger an ein erlösrelevantes Zentrum genügen werden. Es wird daher diskutiert, das System der Zertifikate so weiterzuentwickeln, wie das bei der Diagnostik und Therapie der Dysplasien und Karzinome der Cervix uteri bereits umgesetzt wird. Gynäkologische Facharztpraxen, welche die Endometriose zu einem thematischen Schwerpunkt haben und in einem Netzwerk mit einem

klinischen Zentrum zusammenarbeiten, könnten dann eine „Zertifizierte Endometriosesprechstunde“ ausweisen. Spezialisierte Einrichtungen mit eingeschränktem qualitativem und/oder quantitativem Behandlungsspektrum (IVF-Zentren, Reha-Kliniken, operative Tageskliniken, Gynäkologische Abteilungen in der Grund- und Regelversorgung) würden zu „Zertifizierten Endometrioseeinheiten“,

und die bisherigen klinischen und klinisch-wissenschaftlichen Zentren wären ohne weitere Unterteilung „Zertifiziertes Endometriosezentrum“ – analog den Brust- und Gynäkologischen Krebszentren.

Fazit

Die Zertifizierung der Endometriosebehandlung ist ein bewährter, erfolgreicher und fest etablierter Bestandteil der gynäkologischen Versorgungslandschaft im deutschsprachigen Mitteleuropa. Das Konzept ist zukunftsfähig und nach vielen Jahren erscheint nun auch die Möglichkeit, qualitätsgesicherte Diagnostik und Therapie besser vergütet zu bekommen, in greifbarer Nähe.

Die Zertifizierung ist ein bewährter, erfolgreicher und fest etablierter Bestandteil der gynäkologischen Versorgungslandschaft im deutschsprachigen Mitteleuropa.

ANSCHRIFT DES VERFASSERS:

PD Dr. med. Martin Sillem
Praxisklinik am Rosengarten
Augustaanlage 7-11
68165 Mannheim

	Wichtige Anforderungen*
Gynäkologische Praxis IVF-Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • 50 Behandlungsfälle pro Jahr • Besondere Qualifikation auf dem Gebiet der Endometriose • Kooperation mit zertifiziertem klinischem Zentrum
Reha-Klinik	<ul style="list-style-type: none"> • Spezielles Programm für Endometriosepatientinnen • Besondere Qualifikation auf dem Gebiet der Endometriose
Zentrum mit einem einzelnen Endometriose-Operator	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 50 operierte Patientinnen pro Jahr, von einer Person operiert • Kooperation mit zertifiziertem klinischem Zentrum • Besondere Qualifikation auf dem Gebiet der Endometriose
Klinisches Zentrum	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 100 operierte Patientinnen pro Jahr • Alle geplanten OPs von benannten Operateuren operiert • Diese Operateure operieren mindestens 30 Patientinnen pro Jahr • Alle Behandlungsmodalitäten im Haus oder über Kooperationspartner vorhanden • Netzwetkbildung und Fortbildungen
Klinisch-wissenschaftliches Zentrum	<p>Zusätzlich zum klinischen Zentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Multicenterstudien • Regelmäßige Publikation von Originalarbeiten

Tabelle 1: Zertifizierbare Einheiten

* Details unter: http://www.endometriose-sef.de/dateien/Zentren_Kriterien_18.pdf

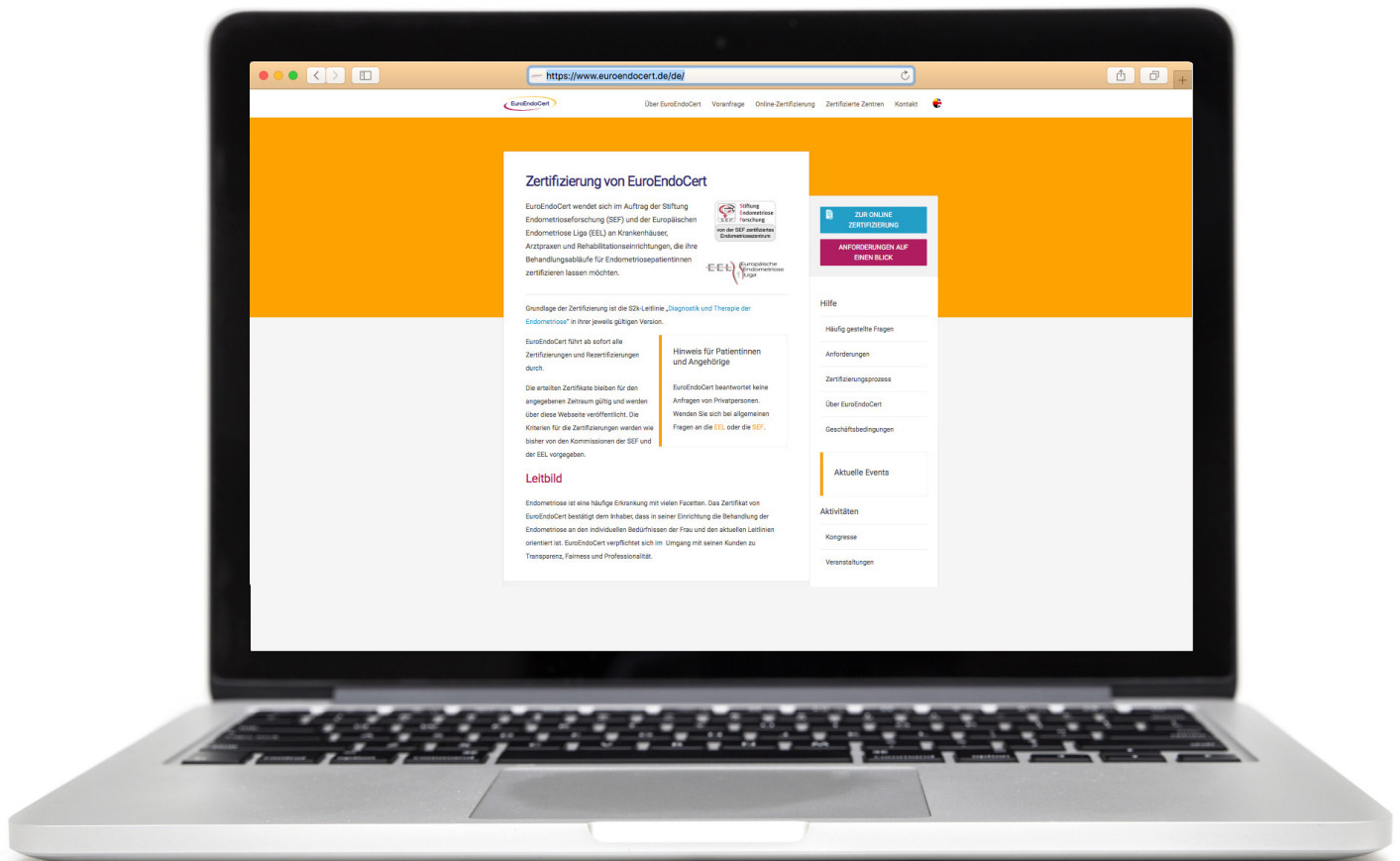


Abb. 1: Webseite der EuroEndoCert GmbH

Zertifizierung von Endometriosezentren

A. Boosz¹, A. Müller¹, K.W. Schweppe², S.P. Renner³, M. Sillem⁴

¹ Städtisches Klinikum Karlsruhe, Frauenklinik

² Frauenklinik Ammerland, Westerstede, Stiftung Endometrioseforschung (SEF)

³ Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Böblingen-Leonberg, Europäische Endometriose Liga e.V. (EEL)

⁴ Praxisklinik am Rosengarten, Mannheim, Univ.-Frauenklinik Homburg/Saar, EuroEndoCert GmbH

Einleitung:

Endometriose ist eine der häufigsten benignen Erkrankungen der Frau im reproduktiven Alter. Die Prävalenz beträgt etwa 7-15 % in der weiblichen Bevölkerung. Neuerkrankungen pro Jahr werden ähnlich hochgeschätzt wie beim Mammakarzinom. Erkrankte Frauen beklagen häufig Dysmenorrhoe und andere Schmerzsymptomatik. Seltener kommt es zur Beeinträchtigung und sogar der Zerstörung von Organen durch destruierendes Wachstum [1].

Neben der fehlenden Beachtung der bestehenden Symptomatik bei betroffenen Frauen sind Fehldiagnosen wie Adnexitis, psychogene Beschwerden oder prämenstruelles Syndrom ein Grund für die lange Latenz bis zur richtigen Diagnose [2]. Nicht selten beklagen die Patientinnen eine Vielzahl von Operationen bis zum endgültigen Therapiekonzept. Zusätzliche Ursachen für Schmerzen und Subfertilität sind häufig und müssen beachtet werden, um der Patientin gerecht werden zu können [3,4]. Rezidive sind ebenfalls häufig [5]. Schmerzen, Subfertilität oder Sterilität und die späte Familienplanung der Paare

erfordern ein individuelles Behandlungskonzept.

Die Stiftung Endometriose Forschung (SEF) und die Europäische Endometrioseliga (EEL) arbeiten zusammen mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. (EVD) daran, diese Situation zum Wohle der betroffenen Frauen zu ändern und die Behandlungsqualität zu verbessern [1]. Seit dem Jahr 2006 können sich Praxen, Kinderwunsch-Zentren, operative Tageskliniken, Kliniken und Rehakliniken als Endometriosezentrum zertifizieren lassen. Die SEF legt

zusammen mit der EEL die Kriterien zur Zertifizierung fest. Zusätzlich beteiligen sich die Selbsthilfeorganisationen Deutschlands (Endometriose Vereinigung Deutschland, EVD), Österreichs (Endometriose Vereinigung Austria, EVA) und der Schweiz (EndoHelp) [6]. Die Zertifizierung erfolgt bisher nach einem Stufenkonzept.

Als Basis erfolgt die Zertifizierung als „Endometriosezentrum“. Umfassender sind die Ansprüche an „klinische Endometriosezentren“ und „klinisch-wissenschaftliche Endometriosezentren“. Seit 2016 ist die EuroEndoCert GmbH von der SEF und der Europäischen Endometriose-Liga mit der Organisation der Zertifizierung beauftragt.

Durch die Behandlung in zertifizierten Brustzentren, konnte unab-

hängig von anderen prognostischen Faktoren, das Überleben der Patientinnen mit Mammakarzinom signifikant verbessert werden [7]. Bei onkologischen Erkrankungen können definierte Parameter, wie Progressionsfreies Überleben (PFS) und Overall Survival (OS) zur

Überprüfung der Behandlungsqualität einfach gemessen werden. Analog dazu wäre zu erwarten, dass durch die Zertifizierung von Endometriosezentren auch die Behandlungsqualität für Endometriosepatientinnen steigt. Allerdings fehlen hierfür etablierte Qualitätsindikatoren, die auch leicht überprüfbar sein müssten.

Ziel dieser Studie war es, Erfahrungen und Auswirkungen des aktuellen Zertifizierungsprozess zu erfragen und zertifizierte Zentren nach ihren Zielen, die sie mit der Zertifizierung verfolgen, zu befragen, um letztendlich den Zertifizierungsprozess zu verbessern.

Material & Methoden:

Das Studiendesign entspricht einer einmaligen Querschnittsstudie, die im Jahr 2016 durchgeführt wurde.

Fragebogen:

Es wurde ein Fragebogen mit insgesamt 30 Fragen erarbeitet (kann bei den Autoren abgerufen werden). Es wurden Fragen zum Endometriosezentrum, zum Beweggrund für die Zertifizierung, zur Verständlich-

Durch die Behandlung in zertifizierten Brustzentren konnte das Überleben der Patientinnen mit Mammakarzinom signifikant verbessert werden.

keit und Erfüllbarkeit der Zertifizierungskriterien, zur Kostenstruktur des Zertifizierungsprozesses, zum Audit, zur Dokumentation und Meldung der Daten, zu den Auswirkungen der Zertifizierung in der jeweiligen Klinik und zu Prüfung der Ergebnisqualität gestellt.

Endometriosezentren:

Der Fragebogen wurde postalisch an die Leiter von 96 zertifizierten Endometriosezentren per Post verschickt (Stand 12/2015). Es wurden dabei alle „Endometriosezentren“ (mindestens 50 Patientinnen mit Endometriose pro Jahr), alle „klinischen Endometriosezentren“ (mind. 100 Patientinnen pro Jahr, komplettes Spektrum der operativen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten) und alle „klinisch-wissenschaftlichen En-

dometriosezentren“ (zusätzliche Forschungsaktivität und Vorträge) angeschrieben.

Zur Beantwortung der Fragen erhielten die Zentren zwei Monate Zeit, nach einem Monat wurden alle Zentren per Email an die Rücksendung erinnert. Der Fragebogen konnte entweder per Post, Fax oder Email zurückgeschickt werden.

Auswertung:

Die Antworten wurden manuell in eine Tabelle übertragen und die Korrektheit von einer zweiten Person überprüft.

Statistik:

Die Daten wurden mit der Statistiksoftware GNU PSPP (Version 0.10.1-g1082b8) erfasst und ausgewertet [8]. Zur Ermittlung der Verteilung der Antworten wurde der Chi-Quadrat-Test mit einem für alle

Kategorien gleichen Erwartungswert eingesetzt. Als signifikant wurden alle Ergebnisse mit einer asymptotischen Signifikanz von $p < 0,05$ bewertet, diese Ergebnisse wurden mit * gekennzeichnet.

Ergebnisse:

Von 96 angeschriebenen Zentren antworteten 42 Zentren (44%). Alle zurückgesandten Fragebögen konnten ausgewertet werden. 19 Zentren (45,2%) waren bereits länger als drei Jahre zertifiziert, 17 Zentren (40,5%) waren 1 bis 3 Jahre zertifiziert und 6 Zentren (14,3%) waren kürzer als 1 Jahr zertifiziert. Die Angaben der Zentren zum Zertifizierungsprozess, der Kosten und der Audits sind in **Tabelle 1** dargestellt. Die Angaben zur Datenerfassung und zur Nutzung entspre-

Kriterien der Erstzertifizierung sind verständlich	40 (95,2%)*
Kriterien der Erstzertifizierung sind leicht erfüllbar	27 (64,3%)
Kriterien der Erstzertifizierung sind schwer erfüllbar	15 (35,7%)
Rezertifizierung wird angestrebt	37 (88,1%)*
Kriterien zur Rezertifizierung sind verständlich	36 (85,7%)*
Kriterien zur Rezertifizierung nicht eindeutig verständlich	6 (14,3%)
Kriterien zur Rezertifizierung sind schwer erfüllbar	17 (40,5%)
Zeitlicher Ablauf der Zertifizierung ist akzeptabel	35 (83%)*
Zeitraumen von weniger als 3 Monaten erwünscht	26 (61,9%)
Zeitraumen von weniger als 6 Monaten akzeptabel	15 (35,7%)
Gültigkeitsdauer des Zertifikates ist richtig gewählt	29 (69%)*
Kosten für Zertifizierung sind angemessen	34 (81%)*
Gewünschte Kosten < 2500€	26 (61,9%)*
Die Dauer der Audits ist angemessen	35 (85,2%)*
Angenehme Atmosphäre bei den Audits	40 (95,2%)*
6 Monate Frist der Datenübermittlung bis Aberkennung des Zertifikates ist angemessen	27 (64,3%)*
Zertifizierung wurde freiwillig angestrebt	40 (95,2%)*
Zertifizierung aufgrund der Konkurrenzsituation vor Ort	2 (4,8%)
*signifikant	

Tabelle 1: Angaben der Zentren zum Zertifizierungsprozess, der Kosten für den Zertifizierungsprozess und zu den Audits (Mehrfachnennungen waren möglich).

chender Software sind in **Tabelle 2** dargestellt. Die Angaben zur Motivation der Zentren zur Zertifizierung als Endometriosezentrum sind in **Tabelle 3** dargestellt.

Auswirkungen der Zertifizierung auf die Zentren:

29 Zentren (69%)* gaben an, dass nach der Zertifizierung Ihre Erwartungen voll erfüllt wurden. 17 Zentren (40,5%) gaben an speziell für die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter gäbe es nur Vorteile. 12 Zentren (28,6%) sahen keine Veränderung für die Mitarbeiter, 7 Zentren (16,7%) gaben Vor- und Nachteile an, während für 5 Zentren (11,9%) eine deutliche Mehrarbeit durch die Zertifizierung resultierte. Die Ergebnisse sind in **Tabelle 4** dargestellt.

Auswirkung der Zertifizierung auf die Behandlungsqualität:

Die Auswirkungen der Zertifizierung auf die subjektiv empfundene Behandlungsqualität ist in **Tabelle 4** zusammengefasst. 37 Zentren (88,1%*) halten die jetzige Prüfung der Prozessqualität für angemessen und detailliert genug. Kein Zentrum wünschte sich eine detailliertere Prüfung. 19 Zentren (45,2%)* fordern bei der Zertifizierung in Zukunft auch die Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

Diskussion:

Die Rücklaufquote von 44% ist für eine schriftliche Umfrage dieses Umfangs niedrig, aber die Teilnahme war freiwillig und die Nichtteilnahme mit keinerlei Konsequenzen belegt. Möglicherweise nahmen an der Befragung gerade Zentren mit einer hohen Motivation sich generell mit dem Thema der Zertifizierung als Endometriosezentrum zu befassen teil. Allerdings wurden in

Benutzung einer eigenen Datenbank	23 (54,8%)*
Benutzung von EnDoS	9 (21,4%)
Benutzung von Scicomed	2 (4,8%)
Benutzung von IEEP	3 (7,1%)
Schwierigkeiten bei der Datenerfassung	16 (38%)
Jährliche Meldung mit großem Aufwand verbunden	20 (47,6%)
Unterstützung von der Klinikadministration	23 (54,8%)
*signifikant	

Tabelle 2: Angaben der Zentren zur Datenerfassung und Dokumentation.

der Studie ausschließlich bereits zertifizierte Zentren befragt. Eine Übertragung der Ergebnisse auf bisher nicht zertifizierte Praxen und Krankenhäuser bzw. Rückschlüsse auf Gründe für eine „Nicht-Zertifizierung“ ist nicht möglich. Limitierend muss auch erwähnt werden, dass kein Vergleich zwischen Zertifizierten und Nicht-zertifizierten Kliniken möglich ist. Generell lässt sich eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit den Zertifizierungskriterien und dem Zertifizierungsprozess an sich anhand der Ergebnisse ableiten.

Im Vergleich zu anderen Zertifizierungen z.B. der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) für die Organkrebszentren sind die Kosten für die Zertifizierung für Endometriosezentren deutlich geringer. Beispielsweise wurden die Kosten für die Erstzertifizierung eines Prostatakrebszentrums durch die DKG (Durchführung durch die Firma Onkozert) mit über 12.000 Euro angegeben, gefolgt von 2.500-3.000 Euro pro Jahr während der Überwachungsphase [9].

Die Anforderungen an die Zentren selbst erscheinen für viele Zentren, aber bei weitem nicht für alle Zen-

tren leicht erfüllbar. Dies gilt auch für die Rezertifizierung. Die meisten Zentren streben eine Rezertifizierung an. Deutlicher Konsens herrscht dahingehend, dass eine Aberkennung des Zentrum-Status erst nach mindestens 6 Monaten erfolgen sollte, bzw. das Zentrum mindestens 6 Monate Zeit bekommt, die

Abweichungen zu beheben. Hier kann in Zukunft konsequenter reagiert werden, um die wirklich bemühten Zentren, die ihre Zahlen regelmäßig und vollständig abliefern auch entsprechend zu würdigen.

Sehr problematisch erscheint die jährliche

Meldung der Kennzahlen. Für jedes zweite Zentrum bedeutet die Meldung einen großen Aufwand, trotz massiver Bestrebungen seitens der SEF, den Zentren standardisierte Software zur Erfassung und Übermittlung der Kennzahlen zur Verfügung zu stellen. Diese Softwarelösungen werden nur von wenigen Zentren genutzt. Insbesondere der Zeitaufwand für die Erfassung der Daten pro behandelte Patientin stellt den größten Aufwand für die Zentren dar. In diesem Punkt stellt sich die Frage, ob die erhobenen Daten in dem Umfang nötig

Im Vergleich zu anderen Zertifizierungen sind die Kosten für die Zertifizierung für Endometriosezentren deutlich geringer.

Behandlung der Patientinnen verbessert	34 (81%)
Wissensstand der Mitarbeiter erhöht	36 (85,7%)
Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit	30 (71,4%)
Steigerung der Behandlungssicherheit für die Patientin	28 (66,7%)
Zunahme des Betreuungsumfangs (Sozialdienst, Reha, etc.)	28 (66,7%)
Verbesserung der Werbung /Außendarstellung	33 (78,6%)
Verbesserung der Behandlungsqualität	33 (78,6%)
Steigerung der Bedeutung der Endometriose innerhalb der Abteilung	32 (76,2%)
*signifikant	

Tabelle 3: Darstellung der Motivationsgründe der einzelnen Zentren für die Zertifizierung als Endometriosezentrum (Mehrfachnennungen waren möglich).

Behandlung der Patientinnen verbessert	34 (81%)
Wissensstand der Mitarbeiter erhöht	36 (85,7%)
Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit	30 (71,4%)
Steigerung der Behandlungssicherheit für die Patientin	28 (66,7%)
Zunahme des Betreuungsumfangs (Sozialdienst, Reha, etc.)	28 (66,7%)
Fallzahlsteigerung insgesamt	12 (28,6%)
Fallzahlsteigerung Endometriosepatientinnen	22 (52,4%)
Wirtschaftliche Auswirkung der Zertifizierung sind positiv	20 (47,6%)*
Wirtschaftliche Auswirkung der Zertifizierung sind negativ	5 (11,9%)*
*signifikant	

Tabelle 4: Angaben zu den Auswirkungen der Zertifizierung für die eigene Klinik (Mehrfachnennungen waren möglich).

sind und ob eine Beschränkung der Pflichtangaben auf einige wenige, jedoch relevante Indikatoren nicht eine Erleichterung für die Zentren bedeuten würde.

Eine sichere Aussage über die wirtschaftliche Auswirkung der Zertifizierung oder die Auswirkungen für die Mitarbeiter der Zentren kann aufgrund der heterogenen Antworten nicht getroffen werden. Es scheint aber eine Tendenz zu einer positiven Auswirkung sowohl für die Zentren selbst, wie auch für deren Mitarbeiter zu geben. Das Ziel, für die betroffenen Patientinnen zumindest strukturell und prozessual eine Verbesserung der Behandlung

zur erreichen, wird durch die Zertifizierung offensichtlich erreicht. Die Mehrzahl der Zentren hält auch die aktuelle Überprüfung der Prozessqualität für ausreichend.

Bisher findet aber keine Überprüfung von Ergebnisqualität statt, wie dies bei Organkrebszentren z.B. der Fall ist (R0/R1-Resektionsrate, Anzahl entfernter Lymphknoten, PFS, OS) [10].

Wenn das Bestreben die Qualität bei der Behandlung von Endometriose zu verbessern von Erfolg geprägt sein soll, dann muss auch eine Überprüfung der Behandlungsqua-

lität und damit der Ergebnisqualität erfolgen. Denn für eine reine Verbesserung der Prozessqualität wird es keinen Mehrerlös für Zentren in

Zukunft geben. Es muss gezeigt werden, dass die Ergebnisqualität durch die Zentrumsstruktur verbessert wird, wie das bei den onkologischen Zentren bereits gelungen ist [7,10]. Dies wird auch von einem Teil der

zertifizierten Zentren begrüßt und befürwortet.

Hier gilt es im ersten Schritt geeignete klinische Parameter zu entwickeln, die einfach messbar sind

Die Mehrzahl der Zentren hält auch die aktuelle Überprüfung der Prozessqualität für ausreichend.

und diese als Qualitätsindikatoren in den Leitlinien zur Behandlung der Endometriose zu verankern, wie z.B. die Verbesserung des Schmerzniveaus, die Verbesserung der Schwangerschaftsrate oder die Verlängerung der Intervalle bis zur nächsten Therapie/Intervention, um nur einige Möglichkeiten zu nennen. Dies ist notwendig, um die Überprüfung von Ergebnisqualität zu ermöglichen und im Rahmen der Rezertifizierung zu einem späteren Zeitpunkt auch zu überprüfen. Hierzu ist die Etablierung von weni-

gen, wenn möglich evidenzbasierten Qualitätsindikatoren notwendig, ggf. müssen diese Parameter auch erst erarbeitet werden. Auch die Unterscheidung verschiedener Level bei der Zertifizierung Endometriosezentrum, klinisches Endometriosezentrum, klinisch-wissenschaftliches Endometriosezentrum ist einmalig in einem Zertifizierungsprozess und kann nicht mit der Zertifizierung in anderen Bereichen der Medizin verglichen werden. Zumindest für die Patientinnen scheint dies schwer verständlich zu sein. Ob

dieses System verschiedener Level sinnvoll und in der Zukunft überlebensfähig ist, muss kritisch diskutiert werden.

ANSCHRIFT DES AUTORS:

Dr. A. Boosz
Frauenklinik, Städtisches Klinikum Karlsruhe
Moltekstrasse 90
76133 Karlsruhe
Tel.: 0721-974 2401
Fax.: 0721-974-2409
Email: alexander.boosz@klinikum-karlsruhe.de

LITERATUR:

- 1 Halis G, Mechsner S, Ebert AD. The diagnosis and treatment of deep infiltrating endometriosis. *Dtsch Arztebl Int.* 2010 Jun;107(25):446-55
- 2 Hudelist G, Fritzer N, Thomas A. et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod* 2012; 27: 3412-3416
- 3 Aredo JV, Heyrana KJ, Karp BI, et al. Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction. *Semin Reprod Med.* 2017 Jan;35(1):88-97.
- 4 Ulrich U. Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie der Endometriose. Zuckschwerdt Verlag, München 2013

- 5 Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update.* 2009;15(4):441-461.

- 6 <http://www.endometriose-sef.de/> 2016; <http://www.endometriose-sef.de/> (download am: 30.05.2016)

- 7 Beckmann MW, Brucker C, Hanf V, et al. Quality assured health care in certified breast centers and improvement of the prognosis of breast cancer patients. *Onkologie.* 2011;34(7):362-7.

- 8 <https://www.gnu.org/software/pspp/> (30.09.2018)

- 9 Weikert S, Baumunk D, Stephan C, et al. [Introduction of interdisciplinary prostate cancer centers based on the recommendations of the German Cancer Society. A cost-benefit analysis 3 years after accreditation]. *Urologe A.* 2011 Sep;50(9):1083-8.

- 10 Erhebungsbogen Brustkrebszentren (Stand 14.07.2016); <http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm> (Download am: 30.07.2017)

Supplement1 Fragebogen als PDF (nur online unter www.endometriose-sef.de/Aktivitäten/Zertifizierung)

Qualifizierung von endometrioseinteressierten Niedergelassenen durch Erwerb eines Zertifikats: „Spezielle Qualifizierung auf dem Gebiet der Endometriose“, welches von der Stiftung Endometriose-Forschung und der Europäischen Endometriose-Liga nach Prüfung der Qualifikation verliehen wird. K.-W. Schweppe

Ausgangslage:

Obwohl die Endometriose zu den häufigsten benignen proliferativen Erkrankungen der Frau gehört und jährlich ca. 40.000 Neuerkrankungen in Deutschland auftreten und 20.000 stationäre Behandlungen gemäß Krankenhausstatistik durchgeführt werden, wird die Bedeutung der Endometriose immer noch unterschätzt. Das gilt für die Leiden der Patientin – Schmerz, verminderte Fruchtbarkeit, Chronizität der Erkrankung und Befall von Nachbarorganen im Becken und Abdomen – genauso wie für die ökonomische Relevanz in Bezug auf direkte und vor allem indirekte Kosten, wie verminderte Leistungsfähigkeit und Einsatzfähigkeit im sozialen und beruflichen Bereich. Wir sehen in der medizinischen Versorgung der Endometriosepatientinnen vorrangig zwei Problemfelder:

1. Endometriose ist immer noch nicht in der Praxis kompetent vertreten. Von vielen Frauenärztinnen und Frauenärzten wird diese Erkrankung noch als relativ selten, bedeutungslos und uninteressant eingestuft.

2. Die Auszeichnung „zertifiziertes Endometriosezentrum“ ist ein Unterscheidungsmerkmal, eine Marketingmöglichkeit und ein Qualifizierungsmerkmal. Verlangt

Obwohl die Endometriose zu den häufigsten benignen proliferativen Erkrankungen der Frau gehört, wird ihre Bedeutung noch unterschätzt.

und geprüft werden Strukturqualität und Prozessqualität, um sicher zu stellen, dass in einem Zentrum ein praktisch funktionierendes Netzwerk aufgebaut wurde, das in den verschiedensten Bereichen dieser Erkrankung gute Behandlung erlaubt, in der Hoffnung, dadurch auch die Ergebnisqualität zu verbessern. Daraus ergibt sich die Frage (auch aus Sicht der KV, der Ärztekammern, der Krankenkassen): Was kann ein Zentrum mehr, als eine durchschnittliche gynäkologische Abteilung und was kann der so qualifizierte Arzt/Ärztin in der Praxis mehr als der normale Facharzt?

Konzept:

Um Fachärzte/-innen für Frauenheilkunde umfassend auf dem Endometriosegebiet zu schulen, weiterzubilden und zu qualifizieren, damit sie die Vielschichtigkeit der Endometriose kennen und bei ihren Patientinnen anwenden können, hat die Stiftung Endometriose-Forschung vor 5 Jahren ein Qualifizierungsseminar erarbeitet, das in Kooperation mit der Europäischen Endometriose-Liga seitdem 4-5mal jährlich angeboten wird. An einem Samstag werden die wichtigsten Themenbereiche unter dem Gesichtspunkt der Anwendbarkeit in der gynäkologischen Praxis

konzentriert in einem 7-stündigen Programm vorgetragen und diskutiert. Anschließend wird durch eine einstündige CME-Klausur mit ca. 80 Fragen geprüft, ob die Wissensvermittlung erfolgreich war. Zu jedem Thema haben sich aus dem wissenschaftlichen Beirat der SEF drei erfahrene und international bekannte Referenten gefunden, so dass sichergestellt ist, dass Terminschwierigkeiten minimiert werden. Die Organisation und Durchführung am Veranstaltungsort wird immer mit der örtlichen Frauenklinik, bevorzugt einem zertifizierten Endometriosezentrum – gemeinsam erledigt. Es wird eine Tagungsmappe jedem Teilnehmer ausgehändigt, die von jedem Vortrag 9 - 10 Kernfolien (müssen die Referenten bis 5 Wochen vor Veranstaltungstermin geschickt haben) enthält. Ferner die Bögen mit den CME-Fragen, von denen 75% richtig zu beantworten sind, um Zertifikat als Nachweis der erfolgreichen Qualifizierung zu erhalten. Das Standardprogramm umfasst folgende Themen:

1. Warum Zertifizierung und Qualitätsnachweis (Endometriosesituation in Deutschland, Methoden der Qualitätskontrolle, Qualifizierung und Stufenkonzept der SEF).

2. Gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Relevanz der Endometriose (Direkte und indirekte Kosten der Endometriose in Deutschland und Europa, Erfahrungen mit „Endometriose-Schu-

lungsprogramm“ für Patientinnen, Rolle der Selbsthilfegruppen bei Endometriose).

3. Pathogenese (aktuelle Pathomechanismen - Entzündung, Neoangiogenese, Neurogenese, Pathomechanismen der Schmerzentsstehung, Welche Relevanz hat das für die Praxis?).

4. Diagnostik und Klassifikation der Endometriose (Anamnese und Befund, bildgebende Verfahren und Laborwerte, Laparoskopie und Histologie, rASRM und ENZIAN).

5. Operative Therapie (Operationsindikation: peritoneale, ovarielle und tief infiltrierende Endometriose; Präoperative Diagnostik; Spezielle Operationsmöglichkeiten bei tief infiltrierende Endometriose; Komplikationen).

6. Medikamentöse Therapie (Präoperative Behandlung - „Bridge-Therapie“; Medikation statt Operation; Postoperative Nachbehandlung; aktuelle Substanzen und zukünftige Möglichkeiten).

7. Relevanz bei Kinderwunsch (Sterilitätsursachen: mechanisch, Eizellqualität, Endometrium; Sinn und Unsinn der operativen Endometriose-therapie (Endometriom); Stellenwert von ART bei Endometriose).

8. Vorteile und Nachteile (?) einer Spezialisierung und Zertifizierung in der gynäkologischen Praxis (medizinische, organisatorische, persönliche, finanzielle und berufspolitische Aspekte).

Fakultativ sind je nach Situation und Wunsch der kooperierenden Klinik vor Ort Themen wie „Endometriose und Malignität (Morphogenese, Entartungsrisiko, klinische Relevanz)“, „Konzept der multimodalen Schmerztherapie bei Endometriose“, „Spezifisches Rehabilitationsprogramm bei Endometriose“ oder

„Möglichkeiten der speziellen sonographischen Diagnostik mit Fallbeispielen“ behandelt worden. Ein differenzierter Evaluationsbogen zur Veranstaltung als auch zu den einzelnen Referaten ermöglicht den Veranstaltern aus Fehlern zu lernen und das Seminar kontinuierlich zu verbessern.

Da die Stiftung über Fördermittel zur Qualifizierung und Fortbildung verfügt und dieses Konzept sehr gut zu den Stiftungszielen passt, sind Reisekosten usw. für Referenten finanzierbar, während die Teilnehmerbeiträge die Räumlichkeiten, Organisation vor Ort und Catering decken müssen.

Die Teilnehmerzahl ist auf 40 begrenzt; kann aber bei großem Andrang auf maximal 50 erweitert werden. Nur angemeldete Teilnehmer, die den Unkostenbeitrag überwiesen haben, erhalten Zutritt.

Bisherige Erfahrungen:

Nach dem erfolgreichen Start in Köln im Dezember 2013 (37 Teilnehmer, 35 erfolgreiche Zertifikatvergaben) und dann Mannheim, Hannover, Berlin im Jahr 2014 sowie Erlangen, Lübeck, Tübingen und Dresden im Jahr 2015, fanden weitere Veranstaltung 2016 in Zusammenarbeit mit der Universitätsfrauenklinik in Düsseldorf und in Zusammenarbeit mit der Markus-Klinik/Hochtaunuskliniken in Frankfurt statt. Hervorzuheben ist, dass mit Unterstützung des Präsidiums der DGGG im Rahmen des Kongresses in Stuttgart 2016 und auch in Berlin 2018 ein Seminar stattgefunden hat; das Interesse war sehr groß und vielen Kolleginnen und Kollegen musste

aus Kapazitätsgründen abgesagt werden. Das Seminar 2017 im Ulm ist insofern erwähnenswert, als es in Zusammenarbeit mit der Frauenklinik der Universität Ulm und der Endometriose-Schwerpunktpraxis Praxis Dr. Mangold, Laupheim durchgeführt wurde. Diese Einbin-

dung eines mit dem Thema Endometriose seit langem befassten niedergelassen Kollegen, hat bei Planung und Durchführung der Praxisrelevanz des Seminars sehr gut getan. Weitere Veranstal-

tungsorte und Einzelheiten sind der Tab. 1 zu entnehmen. Bis auf wenige Ausnahmen waren die Veranstaltungen voll oder überbucht und Interessierte mussten auf Folgeveranstaltungen vertröstet werden. Die Beurteilungen des Seminars und der Vortragsthemen und Referenten waren fast ausnahmslos sehr gut oder gut. Etwa 80% der jeweiligen Teilnehmer/innen haben die Beurteilungsbögen abgegeben, sodass diese ausgewertet werden konnten (Tab 1). Einigen wenigen waren die Gesamtdauer zu lang, die Diskussionszeit zu kurz oder die geballten Informationen zu viel. Thematisch sollten alternative Behandlungskonzepte, Komplementärmedizin, Psychosomatik und Ernährung auch Berücksichtigung finden - wurde von Teilnehmern vorgeschlagen. Im Mittel gaben fast 90% der Teilnehmer/innen die CME-Fragen ab und von diesen haben ca. 90% auch bestanden.

Die Beurteilungen des Seminars und der Vortragsthemen und Referenten waren fast ausnahmslos sehr gut oder gut.

AUTOR

Prof. Dr. med. Dr. h.c. K.-W. Schweppe
Vorstand Stiftung Endometriose-Forschung
Sekretariat c/o Frauenklinik Ammerland
Lange Str. 38 / 26655 Westerstede

Jahr		2016	2017	2018	DGGG 18	gesamt
Zahl der abgegebenen Bögen		138	146	122	29	425
Gesamtnote	sehr gut	56%	82%	67%	58%	65%
	gut	42%	18%	30%	40%	33%
	befriedigend	29%	0%	3%	2%	2%
	ausreichend	0%	0%	0%	0%	0%
Zahl der Vorträge war	passend	86%	97%	94%	93%	92%
	zu viele	14%	3%	6%	7%	8%
	zu wenige	0%	0%	0%	0%	0%
Dauer des Seminars war	passend	80%	94%	97%	78%	87%
	zu lang	17%	6%	3%	14%	10%
	zu kurz	3%	0%	0%	8%	3%
Erwartungen wurden erfüllt	sehr gut	56%	66%	40%	62%	56%
	gut	42%	34%	57%	31%	41%
	befriedigend	2%	0%	3%	7%	3%
	ausreichend	0%	0%	0%	0%	0%
fachlich gelernt	sehr gut	44%	64%	43%	62%	53%
	gut	47%	33%	51%	31%	41%
	befriedigend	9%	3%	6%	7%	6%
	ausreichend	0%	0%	0%	0%	0%
Relevanz für die Praxis	sehr gut	56%	64%	49%	73%	60%
	gut	34%	36%	49%	24%	36%
	befriedigend	10%	0%	2%	3%	4%
	ausreichend	0%	0%	0%	0%	0%
Zeit zur Diskussion	sehr gut	50%	75%	33%	55%	53%
	gut	44%	25%	49%	24%	36%
	befriedigend	6%	0%	13%	14%	8%
	ausreichend	0%	0%	6%	7%	3%
Seminarunterlagen	sehr gut	53%	78%	46%	45%	55%
	gut	44%	19%	46%	42%	38%
	befriedigend	3%	3%	8%	13%	7%
	ausreichend	0%	0%	0%	0%	0%
Aufwand hat sich gelohnt	sehr gut	67%	70%	65%	66%	67%
	gut	30%	24%	35%	31%	30%
	befriedigend	3%	6%	0%	3%	3%
	ausreichend	0%	0%	0%	0%	0%

Tab. 1: Zusammenfassende Auswertung der Beurteilungsbögen aus den Veranstaltungen der jeweiligen Jahre; wegen ihrer Besonderheit getrennt aufgeführt die Veranstaltung, die im Rahmen des DGGG-Kongresses 2018 in Berlin stattgefunden hat. Von dem Seminar beim DGGG Kongress 2016 in Stuttgart liegen leider nur wenige Beurteilungsbögen vor.

Strukturierte Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Endometriose

S. D. Schäfer ¹, D. Salehin ², H. Krentel ³

¹ Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Münster

² Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Evangelisches Krankenhaus Bethesda Mönchengladbach

³ Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Gynäkologische Onkologie und Senologie, Evangelisches Bethesda Krankenhaus Duisburg

Die Erkrankung Endometriose ist aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrem hohen sozioökonomischen Stellenwert von herausgehobener Bedeutung in der Versorgung gynäkologischer Patientinnen. Schätzungsweise 6 bis 12% aller Frauen sind von Endometriose betroffen [1-3]. Im Kollektiv der Patientinnen mit Kinderwunsch ist der Anteil noch deutlich höher. Aufgrund von typischen Schmerzsymptomen, Sterilität und dysfunktionaler bzw. Verlust von Organfunktionen z. B. bezogen auf den Darm oder Blase, ist die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch die Betroffenen besonders ausgeprägt. Schätzungsweise 40 bis 60 % aller Patientinnen einer durchschnittlichen gynäkologischen stationären Abteilung suchen ärztliche Behandlung aufgrund von Beschwerden, die im Zusammenhang mit Endometriose stehen. In spezialisierten Abteilungen ist der Anteil von Endometriosepatientinnen an

Abgesehen von spezialisierten Einrichtungen liegt der Fokus oftmals jedoch nicht in einem der Relevanz und Häufigkeit entsprechenden Ausmaß auf der Erkrankung Endometriose.

der Gesamtzahl der Patientinnen ggf. noch deutlich höher. Abgesehen von spezialisierten Einrichtungen liegt der Fokus oftmals jedoch nicht in einem der Relevanz und Häufigkeit entsprechenden Ausmaß auf der Erkrankung Endometriose.

Nicht zuletzt den Aktivitäten der Stiftung Endometrioseforschung (SEF) und anderer wissenschaftlicher Fachgesellschaften, sowie interessierter Ärztinnen und Ärzten ist es geschuldet, dass die Aufmerksamkeit für die Erkrankung Endometriose im Laufe der Jahre schon deutlich gestiegen ist. Zu diesen Aktivitäten zählen die regelmäßig stattfindenden spezifischen Kongresse zum Thema im deutschsprachigen Raum, auf europäischer und internationaler Ebene. Auch bei den Kongressen übergeordneter deutscher und internationaler Fachgesellschaften wie z.B. der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Endoskopie (AGE) und European Society of Gynecological Endoscopy (ESGE) ist der Stellenwert der Erkrankung im Laufe der Jahre deutlich gestiegen. Eine individuelle Weiterbildung ist in Form der wiederkehrenden Spezialisierungskurse der SEF für Niedergelassene bereits möglich und wird sehr gut angenommen.

Eine gezielte Spezialisierung von Klinikern, die das gesamte Spektrum relevanter Diagnose- und Therapieverfahren persönlich oder im Team anbieten, ist bisher in Form einer strukturierten Aus- und Weiterbildung nicht möglich. Während für Gynäkologinnen und Gynäkologen bei entsprechendem Interesse der Erwerb der Zusatzbezeichnung gynäkologische Onkologie, spezielle Geburtshilfe und Perinatologie, sowie Endokrinologie und Reproduktionsmedizin möglich ist, ist eine entsprechende Zusatzbezeichnung für das Gebiet der Endometriose nicht vorgesehen. Dabei wäre eine Form der strukturierten Ausbildung zum Endometriosespezialisten sinnvoll, da hier Kenntnisse aus den Bereichen der operativen Gynäkologie, Endokrinologie, Reproduktionsmedizin, Schmerztherapie, Psychosomatik und Komplementärmedizin für eine umfassende Würdigung der Erkrankung Endometriose erforderlich sind. Voraussetzung für ein erfolgreiches Weiterbildungskonzept wäre ein im Konsens relevanter Fachgesellschaften erarbeitetes Curriculum, verbunden mit einer Mindestanzahl an auch komplexer Endometrioseoperationen und ggf. praktischen Übungen i.S. z.B. eines Skills Lab und sonographischer Übungen, das mit einer Prüfung abschließen würde.

Bestrebungen, die Ausbildung von Klinikern im Bereich Endometriose

zu verbessern bestehen bereits. Dabei handelt es sich i.d.R. um Veranstaltungen mit lokaler oder regionaler Strahlkraft. In der Regel handelt es sich bei den Veranstaltungen entweder um theoretische Fortbildungen oder um Operationskurse mit Theorieanteil. Beispielfähig zu nennen sind hier z.B. das Kursprogramm des Europäischen Trainingscentrums für gynäkologische Endoskopie in Saarbrücken/Homburg, Saar, der Gießen School of Endoscopic Surgery oder der Tagesklinik Altonaer Straße. Mit dem Pilotprojekt der Endometriose Masterclass, dass von Herrn Dr. Harald Krentel, Herrn PD Dr. Darius Salehin und Herrn Dr. Sebastian Schäfer an den drei Standorten Münster, Mönchengladbach und Duisburg erstmals 2019/2020 stattfinden wird, wird der

Bestrebungen, die Ausbildung von Klinikern im Bereich Endometriose zu verbessern bestehen bereits.

Versuch einer strukturierten überregionalen Weiterbildung für Kliniker unternommen. Dabei wurde auf eine ausgewogene Berücksichtigung operativer und konservativer Inhalte geachtet.

Perspektivisch kann das Konzept einer Endometriose Masterclass einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Ausbildung von Gynäkologinnen und Gynäkologen auf dem Gebiet der Endometriose leisten. Folgt man der Vision einer Zusatzbezeichnung Diagnostik und Therapie der Endometriose wäre die Erarbeitung eines Weiterbildungskonzeptes durch die beteiligten wissenschaftlichen Fachgesellschaften, in Deutschland exemplarisch z.B. die AGE, Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM) und Deutsche Gesellschaft für Gynäko-

logische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) erforderlich. Parallel zur Weiterentwicklung auf dem Gebiet der Weiterbildung zum Endometriosespezialisten auf nationaler Ebene wäre auch ein europäisches und ggf. internationales Vorgehen wünschenswert. Der Auftakt dazu könnte z.B. im Zuge der kommenden Weisenseetagung der SEF diskutiert werden.

***KORRESPONDIERENDER AUTOR:**

Dr. med. Sebastian D. Schäfer
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

LITERATUR:

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004; 364: 1789-1799
2. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24: 235-258

3. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Prevalence and incidence of diagnosed endometriosis and risk of endometriosis in patients with endometriosis-related symptoms: findings from a statutory health insurance-based cohort in Germany. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012; 160: 79-83

QS ENDO Real

Eine Studie der Stiftung Endometrioseforschung (SEF) zur Realität der Versorgungsqualität von Patientinnen mit Endometriose in Deutschland, Österreich und der Schweiz

F. Zeppernick und M. Zeppernick für die AG QS-ENDO der SEF*

*Mitglieder der AG-QS-ENDO:

D. Barisic, A. Boosz, S. Bornemann, I. Brandes, K. Bühler, G. Fischerlehner, N. Grübling, E. Janschek, J. Keckstein, B. Krämer, I. Meinhold-Heerlein, C. Lamparter, F. Oehmke, P. Oppelt, R. Rothmund, D. Salehin, CM. Scheible, M. Schempershofe, K.-W. Schweppe, M. Sillem, V. Seifert-Klauss, O. Shebl, S. Vingerhagen-Pethick, P. Widschwendter, P. Wimberger, M. Wölfler, F. Zeppernick, M. Zeppernick

1. Problemstellung:

Da die „typischen Symptomen“ wie Dysmenorrhoe, Unterleibschmerzen und reduzierte Fertilität oft von einer variationsreichen Symptomatik maskiert werden, ist die Differentialdiagnose der Endometriose für die Fachbereiche Gynäkologie, Gastroenterologie, Urologie, Psychosomatik und Allgemeinmedizin schwierig und Fehldiagnosen sind häufig. Neben den medizinischen Herausforderungen stellt Endometriose eine substantielle und relevante Belastung für die betroffene Patientin aber auch grundsätzlich für das Gesundheits- und Sozialsystem dar. So trägt beispielsweise die Verzögerung der Diagnose im deutschsprachigen Raum um durchschnittlich 7-10 Jahre zu der ausgeprägten Einschränkung der Lebensqualität junger Patientinnen bei. Standardisierte Qualitätsindikatoren für die Behandlung der Endometriose wurden bisher nicht systematisch überprüft.

2. Studienziel und Vorgehen:

QS ENDO wurde begonnen, um erstmals die Versorgungsqualität für Endometriose in Deutschland, Österreich und der Schweiz (DACH-Region) umfassend abzubilden und entsprechende Qualitätsindikatoren für die Diagnostik und Therapie der Endometriose zu entwickeln. QS ENDO soll dazu beitragen, die Versorgungsqualität für Patientinnen mit Endometriose zu verbessern. In der ersten Phase der Studie (QS ENDO Real) wurden alle Frauenkliniken der DACH-Region kontaktiert, um mit Hilfe eines Fragebogens Angaben zur Versorgungssituation, Diagnostik und Therapie der Endometriose zu machen. 296 der 1014 angeschriebenen Zentren (29.2%) nahmen an der Erhebung teil (Abb. 1, 2).

3. Ergebnisse und Konsequenzen:

Nur ein kleiner Anteil der teilnehmenden Kliniken (12.8%) war von der Stiftung Endometrioseforschung (SEF), der Europäischen Endometriose-Liga (EEL) und der Endometriose-Vereinigung Deutschland als Endometriosezentrum zertifiziert.

Dieser Teil behandelt aber immerhin fast 40% der Erkrankungsfälle. Ein Großteil der Endometriosepatientinnen (60.2%) wird nicht in von der SEF zertifizierten Kliniken behandelt. Die in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfohlene Nutzung von Klassifizierungssystemen (rASRM) wird je nach Versorgungsstufe von 44.4%, bzw. 66.4%, für tief infiltrierende Endometriose (ENZIAN) sogar nur von ca. 27% der Kliniken angegeben. Die empfohlene kombinierte Nutzung

beider Klassifizierungssysteme wird nur von 50.0% der SEF-zertifizierten Zentren und 10.1% der nicht-zertifizierten Zentren angegeben. Es gibt also Verbesserungsmöglichkeit!

Mit QS ENDO Real ist es erstmalig durch Initiative der in Weissensee gegründeten Arbeitsgruppe und mit Unterstützung der Stiftung gelungen, einen Überblick der Versorgungsrealität für Endometriosepatientinnen im deutschsprachigen Raum zu erhalten. Die 1. Stufe dieser Qualitätsinitiative ist erfolgreich abgeschlossen, ausgewertet und zur Publikation eingereicht. Die Ergebnisse lassen darauf schließen,

Die Verzögerung der Diagnose im deutschsprachigen Raum um durchschnittlich 7-10 Jahre trägt zu der ausgeprägten Einschränkung der Lebensqualität junger Patientinnen bei.

NEUES VOM WEISSENSEE 2018

dass mehrere der in internationalen Leitlinien als Goldstandard empfohlenen Maßnahmen nur bei einem Teil der Patientinnen durchgeführt werden. Die Mehrheit der Patientinnen wird in Kliniken behandelt, die nicht über ein zertifiziertes Endometriosezentrum verfügen. Dies zeigt, dass Therapiestandards nicht ausschließlich im Rahmen der Zer-

tifizierungen gefordert werden müssen. Sollten die weiteren Phasen von QS ENDO die Defizite in der Behandlung von Endometriosepatientinnen bestätigen, sind zusätzliche Anstrengungen bei der Fort- und Weiterbildung zu fordern. Gerade auch in den nicht-zertifizierten Kliniken muss eine Leitlinien-gerechte Behandlung erfolgen, um die Ver-

sorgungsqualität bei der Behandlung von Endometriosepatientinnen zu verbessern.

ANSCHRIFT DES VERFASSERS:

Dr. med. F. Zeppernick
Oberarzt an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Gießen und Marburg- Standort Gießen,
Klinikstraße 33, 35392 Gießen

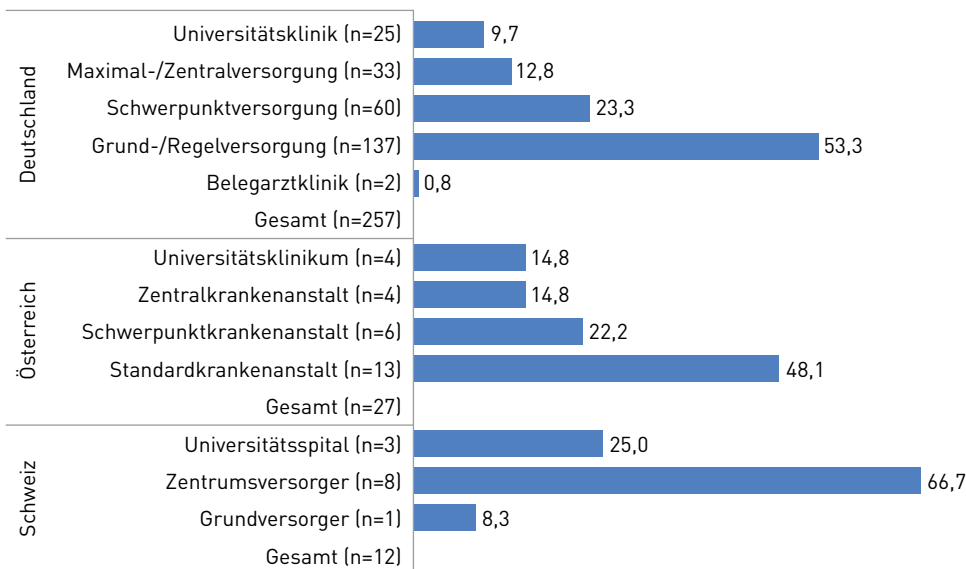


Abb. 1: Teilnehmerverteilung nach Versorgungsstufe (Angaben in %)

n = 296 teilnehmende Zentren,
davon 38 (=12,8%) SEF-zertifiziert

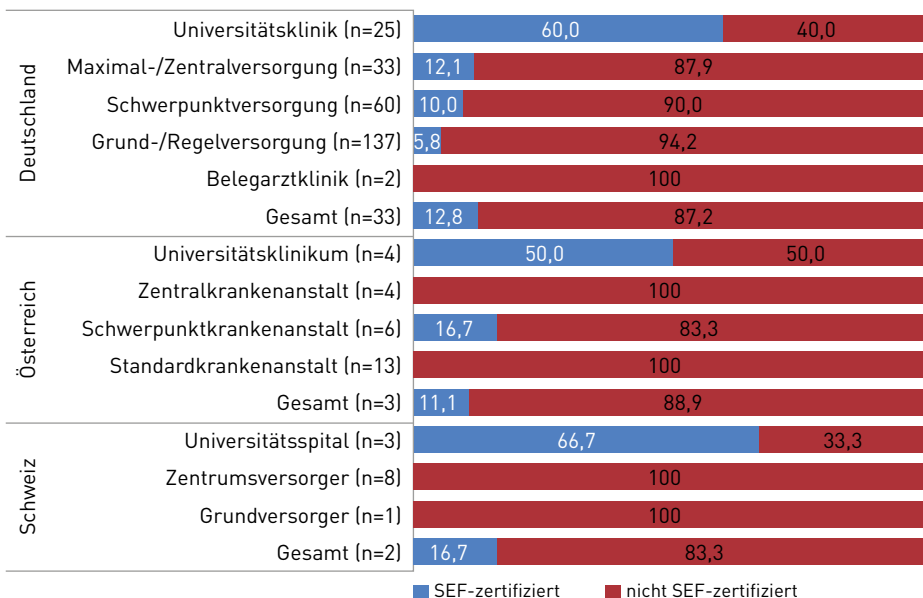


Abb. 2: Zertifizierung nach Versorgungsstufe (Angaben in %)

Osteopathie und Endometriose

Peggy Füger, Thomas Füger

Einleitung

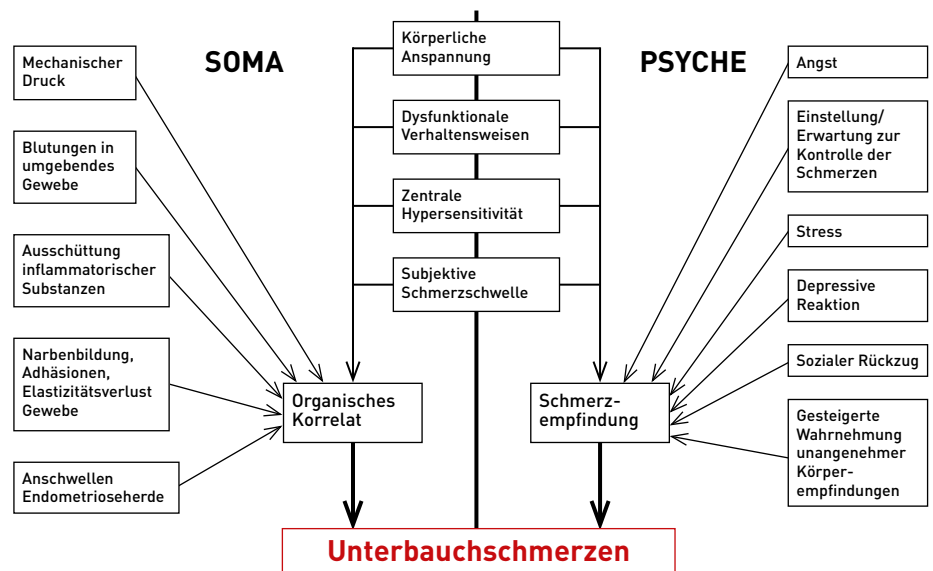
Die Behandlung der Endometriose beruht im Wesentlichen auf der operativen und/oder hormonellen Therapie. Allerdings spielen im Rahmen der Symptomkontrolle supportive Alternativen eine relevante Rolle. Aufgrund der häufigen Ermangelung eines kurativen Therapieansatzes ist es für die betroffenen Patientinnen wichtig, Zugriff auf ergänzende und erfolgversprechende unterstützende Maßnahmen zu haben. Neben Änderungen des Lebensstils (Ernährung, Sport, Stressabbau etc.) hat sich die osteopathische Behandlung als in vielen Fällen wirksame Behandlung etabliert.

Begriffsdefinition

Osteopathie ist eine ganzheitliche manuelle Behandlungsform. Mit speziellen Techniken werden Funktionsstörungen im Bereich des Bewegungsapparats, aber auch im Bereich innerer Organe behandelt und behoben. Die therapeutischen Griff-techniken der Osteopathie werden sowohl bei orthopädischen als auch internistischen (gynäkologischen) Erkrankungen angewendet.

Abhängig von den betrachteten anatomischen Strukturen und den postulierten Funktionsmechanismen kann die Osteopathie in drei Bereiche eingeteilt werden:

Struktur	Bereich
Bindegewebe, Muskulatur und Gelenke	parietale Osteopathie
innere Organe und deren bindegewebige Aufhängung	viszerale Osteopathie
inhärente „Rhythmen“ des Organismus	craniosakrale Osteopathie (auch innerhalb der Osteopathie stark umstritten)



Wechselwirkungen zwischen Soma und Psyche bei der Entstehung von Endometrioseschmerzen

Nach B. Leeners B. Imthurn, Psychosomatische Aspekte der Endometriose, Gynäkol. Geburtshilfliche Rundsch. 2007; 47

Entstehung des Endometrioseschmerzes – Wechselwirkung zwischen Soma und Psyche

Aus osteopathischer Sicht ist eine somatische Dysfunktion durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

- Trophische Veränderungen
- Asymmetrie
- Veränderung der Empfindlichkeit von Gewebestrukturen

Ablauf der osteopathischen Behandlung

Bei der Befunderhebung werden anamnestisch Verletzungen bzw. Erkrankungen des Bewegungsapparats und Erkrankungen bzw. Voroperationen der Bauchorgane abgefragt. Es folgen Inspektion, Palpation und Provokation des schmerzhaften Gewebes unter Berücksichtigung anderer Funktionskreise und Strukturen. Der ganzheitliche Blick ist die Stärke der Osteopathie.

Zum systematischen Vorgehen auch bei visceralen Beschwerden gehört zuerst die Untersuchung der Wirbelsäule um eventuelle sympathische Läsionen mit ihren Zuordnungen zu den entsprechenden Organen zu finden und zu lösen (z.B. Th10-L3 Uterus).

Danach werden die relevanten pari-

NEUES VOM WEISSENSEE 2018

etalen Strukturen auf ihre Beweglichkeit überprüft. Dazu gehören Hüftgelenke, Iliosacralgelenke und das Sacrum. Foramen obturatorium und Fossa ischiorectale werden auf Tonus und Schmerz getestet.

Das Behandlungsziel des Osteopathen ist das Erreichen einer optimierten Infrastruktur für das betroffene Gewebe. Das heißt eine verbesserte Beweglichkeit der Organe durch gezielte Mobilisation fixierter Strukturen. So wird lokal eine verbesserte arterielle Versorgung erreicht, und der venöse und lymphatische Abfluss angeregt. Die Folge gesteigerter Zirkulation ist in der Regel einer Normalisierung der Gewebespannung.

Um die Verspannung des Bauchraumes zu reduzieren werden

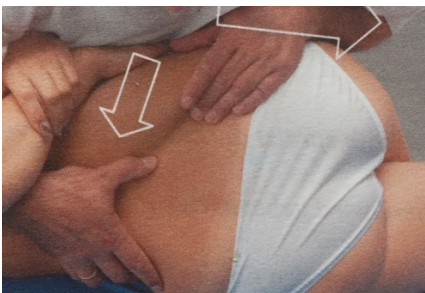
Zwerchfelltechniken und Thoraxmobilisationen angewendet, um reaktiv die Bauchatmung anzuregen. Zur allgemeinen Verbesserung der Zirkulation im Bauchraum stehen uns Techniken wie das „grand manoeuvre“, bei dem das viszerale Paket nach kranial mobilisiert wird, zur Verfügung.

Eine weitere wichtige Säule der osteopathischen Therapie ist die Entwicklung eines individuellen häuslichen Übungsprogrammes, das Automobilisationen, Atemübungen und Entspannungsübungen umfasst.

Zusammenfassung

Der Stellenwert der osteopathischen Therapie bei der Endometriosebehandlung ist etabliert. C. Darai et al fassen zusammen: "Our re-

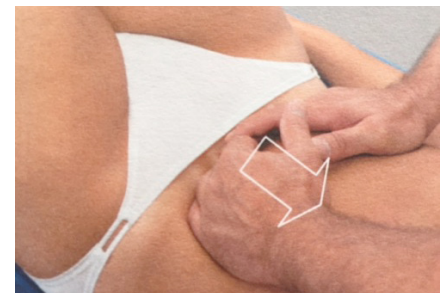
sults support that OMT (osteopathic manipulative therapy) improve QOL and endometriosis symptoms of patients with colorectal enometriosis." Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen M.Sillem et al: Osteopathie wird von Frauen mit muskulären Verspannungen des Beckenbodens gut angenommen und scheint eine wirksame Therapie darzustellen. In Patientinnen – Foren (z.B. EEL) findet man häufig Kommentare wie diesen: „.... ich mache Osteopathie und es hilft mir unheimlich. Mein Bauch verkrampft sich durch Stress bzw. ich trage den Stress über den Bauch aus. Ich habe auch starke Verwachsungen. Ich fühle mich nach jeder Behandlung immer wie neu geboren, der Bauch fühlt sich leicht und unbeschwert an.



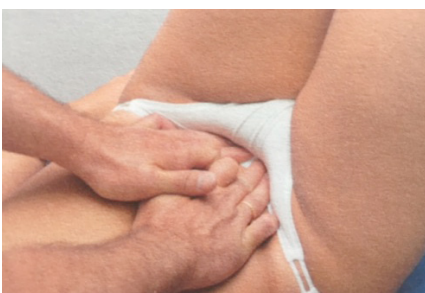
Manipulation ISG



Mobilisation Rippen



Grand Manoeuvre



Dehnung pubovesikale Ligamente



Dehnung des Perineums



Drainageposition

LITERATUR:

B. Leeners et al.; Psychosomatische Aspekte der Endometriose, Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch; 2007; 47

C. Darai et al.; Impact of osteopathic manipulative therapy in patients with deep colorectal endometriosis; Gynecol Obstet Fertil Senol; 2017Sep; 45(9): 472-477

M. Sillem et al.; Osteopathy for Endometriosis and Chronic Pelvic Pain – a Pilot Study; Geburtshilfe Frauenheilkd.2016 Sep;76(9):960-963

ANSCHRIFT DES VERFASSERS:

Rehazentrum
Peggy Füger
Alte Bergstraße 174
84028 Landshut

Mit Eizellen aus der Lutealphase entstehen mehr Blastozysten K. Bühler

Mit Eizellen aus der Lutealphase entstehen mehr Blastozysten! (1) Hätte jemand dies vor 20 Jahren behauptet, hätte er wohl nur ungläubiges Staunen und wahrscheinlich eine Geste gesehen, die z.B. Autofahrern streng verboten ist zu zeigen. Die meisten von uns haben, vielleicht schon im Biologie-Leistungskurs, dann aber sicher in den Vorlesungen der Physiologie in der Vorklinik gelernt, dass das Zusammenspiel der Gonadotropine im Zusammenwirken mit der Östrogen-/Progesteron-Synthese im Ovar je Menstruationszyklus eine Eizelle heranreifen lässt und es dadurch i.allg. mittzyklisch zur Ovulation kommt (Abb. 1). Aber spätestens seitdem Gonadotropine zur ovariellen Stimulation eingesetzt werden und damit mehrere Eizellen im laufenden Zyklus zur vollen Ausreifung gebracht werden können, ist offensichtlich, dass jeweils eine Kohorte an Follikel in den Reifungsprozess in jedem Zyklus eintritt.

Aus dieser wird wohl ein Follikel zufällig zum Eisprung bestimmt, der mit dem richtigen Reifegrad in der Lage ist, auf den FSH-Anstieg zu reagieren (2).

Nachdem Michael von Wolff et al. (3) im Rahmen ihres Fertiprotekt-Programms 2009 zeigen konnten, dass – aus der zeitlichen Not geboren, umgehend mit der notwendi-

Knapp eine Eizelle mehr führt zu signifikant besseren Raten hinsichtlich eingetretener und fortlaufender Schwangerschaften.

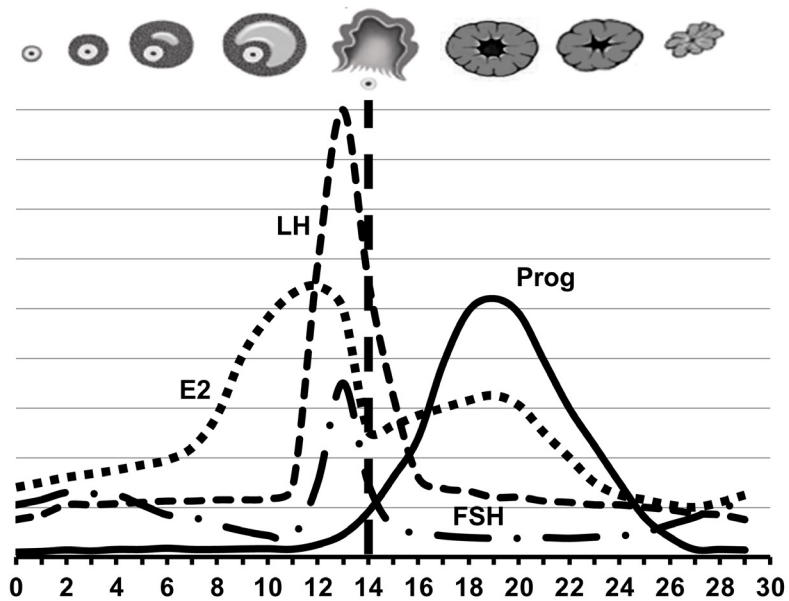


Abb. 1: Hormoneller Zyklus und Follikel- bzw. Eizellentwicklung

gen Chemotherapie bei Krebspatientinnen nach Eizell-Entnahme zur Schaffung einer Fertilitätsreserve beginnen zu können –, Stimulation und Eizellgewinnung auch in der Lutealphase [LP] möglich ist, dauerte es dann nicht mehr lang, bis Kuang et al. (4) mit dem sogenannten Shanghai-Protokoll belegten, dass mit der LP-Stimulation kompetente Eizellen gewonnen werden können, die dann zu einem optimalen Schwangerschaftsausgang in nachfolgenden, erfolgreichen Kryoaufbau-Zyklen führen.

Insbesondere durch die Arbeiten vieler IVF-Register ist die Wichtigkeit der Anzahl der gewonnenen Eizellen für das Erzielen einer Schwangerschaft mittels einer IVF/ICSI-Thera-

pie belegt (5,6,7). Dies gilt auch bei Frauen mit verminderter ovarieller Reaktion, sogenannte „poor ovarian response“. Denn, knapp eine Eizelle mehr führt zu signifikant besseren Raten hinsichtlich eingetretener und fortlaufender Schwangerschaften (8). Der Anteil von Frauen mit eingeschränkter ovarieller Reaktion nimmt schon allein wegen des kontinuierlich ansteigenden Alters der mit IVF/ICSI behandelten Frauen laufend zu. So zeigen die Daten des Deutschen IVF Register (D-I-R), dass in Deutschland im Jahr 2014 schon vier von fünf mit extrakorporaler Befruchtung behandelte Frauen 35 Jahre und älter waren; mehr als jede fünfte schon 40 Jahre und älter (Abb. 2). 2016 betrug das Durchschnittsalter der knapp 63.000 behandelten Frauen 35,5 Jahre (a.a.O.). Die IVI-Gruppe aus Valencia zeigte 2012, dass mit der Vitrifikations-

technik zur Kryokonservierung von Eizellen eine Akkumulation möglich ist, um eine Situation wie bei „Normorespondern“ herbei zu führen und dann eine größere Anzahl von Eizellen auf einmal zu behandeln. Wie oben ausgeführt, ist eben die Anzahl der zur Insemination bzw. Injektion anstehenden Eizellen ein solider Prognosemarker. Und es zeigt sich, dass mit der Akkumulation und der dann einmaligen Behandlung von vielen Eizellen bei den Frauen mit eingeschränkter Ovarreaktion signifikant höhere Geburtenraten erzielt wurden, als wenn jeweils mit den wenigen gewonnenen Eizellen immer gleich ein sogenannter Frischzyklus erfolgte. Bei Frauen, 40 Jahre und älter, konnte mit diesem Vorgehen die kumulative Geburtenrate sogar signifikant verdoppelt werden (9). Damit sich die Eizell-Akkumulation nicht über Monate hinzieht, was nur das Risiko einer höheren Drop-out-Rate mit sich brächte, war der Schritt dann zum Duostim-Verfahren nur konsequent (Abb. 3). Es zeigte sich, dass hinsichtlich der Euploidie-Rate zwischen in der Follikelphase und der LP gewonnenen Eizellen kein Unterschied besteht (10). Mit diesem Verfahren ist es möglich, insbesondere bei Frauen mit eingeschränkter ovarieller Reaktion schneller zur erforderlichen Zahl an Eizellen zu gelangen, die notwendig ist, um wenigstens einen euploiden Embryo zum Transfer zur Verfügung zu haben (11). Dieser würde dann in einem „natürlichen“ Zyklus oder nach spezieller Endometriumsvorbereitung transferiert.

Dieses Verfahren bietet sich auch bei Patientinnen mit Endometriose und Kinderwunsch an, wenn es z.B. durch große Endometriomata selbst

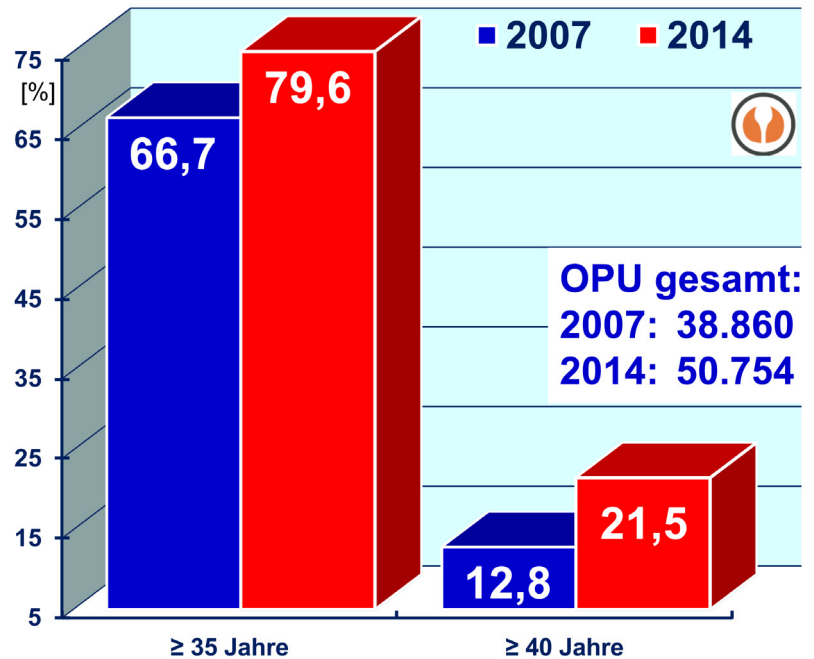


Abb. 2: Alter der Frauen bei der Eizellgewinnung (OPU)

2007: x: 34,6J - 2014: x: 35,2J

Daten aus den Jahrbüchern 2007 und 2014 des Deutschen IVF Registers – D-I-R (siehe: www.deutsches-ivf-register.de)

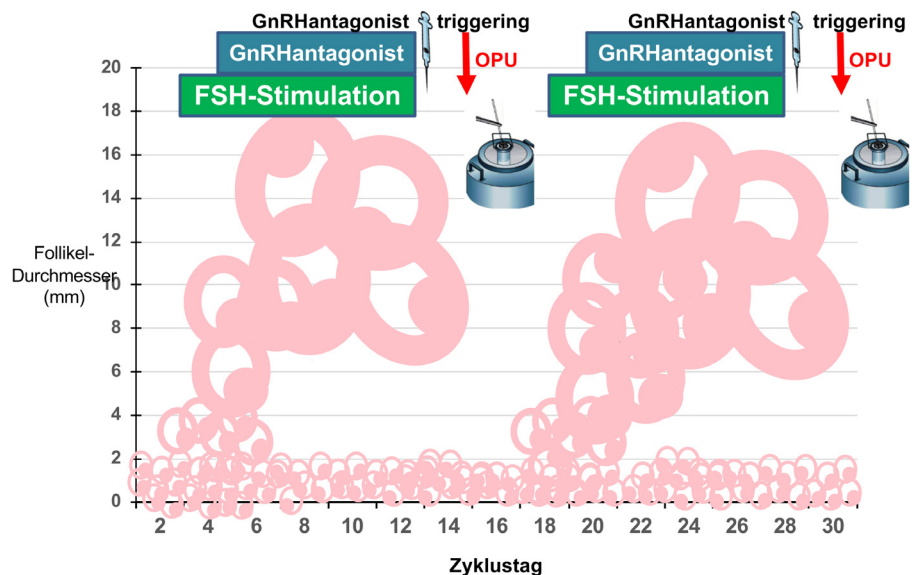


Abb. 3: Duostim – Ablauf innerhalb eines Menstruationszyklus mit zweimaliger Eizellgewinnung. Die Eizellen werden dann kryokonserviert, bis die ausreichende Anzahl erreicht ist, so dass mit großer Wahrscheinlichkeit daraus nach Insemination/Spermien-Injektion mindestens eine euploide Blastozyste zum Transfer entstehen wird.

oder durch eine chirurgische Intervention zur erheblichen Reduktion der ovariellen Funktionsreserve gekommen war und eine eingeschränkte ovarielle Reaktion besteht.

Es besteht also kein Zweifel, dass sich in einem Menstruationszyklus, also innerhalb 28 Tagen nach einer Menstruationsblutung zweimal eine Kohorte von Eizellen durch Gonadotropinverabreichung bis zur Endausreifung stimulieren lassen.

Ob dies aber auch in jedem unstimulierten Zyklus der Fall ist, also zweimal im Zyklus es regelmäßig einer Entwicklung bis hin zur Ovulation kommt, das ist doch mit einem großen Fragezeichen zu versehen. Mit den uns bekannten Regelkreisen der von der Follikelentwicklung abhängigen Steroidsynthese, der darauf reagierenden Gonadotropinausschüttung oder der in höheren Zentren verankerten Neurokontrol-

le des ovariellen Zyklus in unterschiedlichen Kisspeptin-Neuronen (12) wäre dies jedoch nur schwerlich zu vereinbaren.

LITERATUR:

1. Cimadomo D, Vaiarelli A, Colamaria S, Trabucco E, Alviggi C, Venturella R, Alviggi E, Carmelo R, Rienzi L, Ubaldi FM. Luteal phase anovulatory follicles result in the production of competent oocytes: intra-patient paired case-control study comparing follicular versus luteal phase stimulations in the same ovarian cycle. *Hum Reprod*. Jun 2018, p. doi: 10.1093/humrep/dey217. [Epub ahead of print].
2. Baerwald AR, Adams GP, Pierson RA. Ovarian antral folliculogenesis during the human menstrual cycle: a review. *Hum Reprod Update*. 2012, Vol. 18, pp. 73-91.
3. von Wolff M, Thaler CJ, Frambach T, Zeeb C, Lawrenz B, Popovici RM, Strowitzki T. Ovarian stimulation to cryopreserve fertilized oocytes in cancer patients can be started in the luteal phase. *Fertil Steril*. 2009, Vol. 92, pp. 1360-1365.
4. Kuang Y, Hong Q, Chen Q, Lyu Q, Ai A, Fu Y, Shoham Z. Luteal-phase ovarian stimulation is feasible for producing competent oocytes in women undergoing in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection treatment, with optimal pregnancy outcomes in frozen-thawed embryo transfer cycles. *Fertil Steril*. 2014, Vol. 101, pp. 105-111.

5. Bühler K, Bals-Pratsch M, Blumenauer V, Dahncke W, Felberbaum R, Fiedler K, Gnath C, Happel L, Krüssel JS, Kupka MS, Wendelken M. D-I-R Annual 2010 - German IVF Registry. *J. Reproduktionsmed. Endokrinol*. 2011, Vol. 8, pp. 253-280.
6. Sunkara SK, Rittenberg V, Raine-Fenning N, Bhattacharya S, Zamora J, Coomarasamy A. Association between the number of eggs and live birth in IVF treatment: an analysis of 400 135 treatment cycles. *Human Reprod*. 2011, Vol. 26, pp. 1768-1774.
7. De Geyter C, Fehr P, Moffat R, Gruber IM, von Wolff M. Twenty years' experience with the Swiss data registry for assisted reproductive medicine: outcomes, key trends and recommendations for improved practice. *Swiss Med Wkly*. 2015, Vol. 1456, p. w14087.
8. Lehert P, Kolibianakis EM, Venetis CA, Schertz J, Saunders H, Arriagada P, Copt S, Tarlatzis B. Recombinant human follicle-stimulating hormone (r-hFSH) plus recombinant luteinizing hormone versus r-hFSH alone for ovarian stimulation during assisted reproductive technology: systematic review and meta-analysis. *Reprod Biol Endocrinol*. 2014 Feb 20;12:17. 2014, Vol. 12, p. 17.

ANSCHRIFT DES VERFASSERS:

Dr. med. Klaus Bühler
Stellvert. Vorsitzender Stiftung
Endometrioseforschung - SEF
Endometriose-Sprechstunde -
Frauenärzte am Staden
Bismarckstraße 39 - 41, 66121 Saarbrücken

9. Cobo A, Garrido N, Crespo J, José R, Pellicer A. Accumulation of oocytes: a new strategy for managing low-responder patients. *Reprod Biomed Online*. 2012, Vol. 24, pp. 424-4332.
10. Ubaldi FM, Capalbo A, Vaiarelli A, Cimadomo D, Colamaria S, Alviggi C, Trabucco E, Venturella R, Vajta G, Rienzi L. Follicular versus luteal phase ovarian stimulation during the same menstrual cycle (DuoStim) in a reduced ovarian reserve population results in a similar euploid blastocyst formation rate: new insight in ovarian reserve exploitation. *Fertil Steril*. 2016, Vol. 105, pp. 1488-1495.
11. Alviggi C, Andersen CY, Bühler K, Conforti A, De Placido G, Esteves SC, Fischer R, Galliano D, Polyzos NP, Sunkara SK, Ubaldi FM, Humaidan P. A new more detailed stratification of low responders to ovarian stimulation: from a poor ovarian response to a low prognosis concept. *Fertil Steril*. 2016, Vol. 105, pp. 1452-1453.
12. Lunenfeld B, Bühler K. The neuro control of the ovarian cycle - a hypothesis. *Gynecol Endocrinol*. 2018, Vol. 34, pp. 278-82.

Gibt es eine Risikoerhöhung für die Entwicklung eines Ovarialkarzinoms durch assistierte Reproduktionsmaßnahmen? K. Bühler

Eine große Populationsstudie findet keinen kausalen Zusammenhang zwischen der assistierten Reproduktion und dem Ovarialkarzinom-Risiko. Nicht die Stimulation der Ovarien, sondern weibliche Unfruchtbarkeit geht offenbar mit einem erhöhten Risiko einher.

Seit Langem gibt es Bedenken, dass die hormonelle Stimulation der Eierstöcke, die bei der In-Vitro-Fertilisation (IVF) notwendig ist, das Risiko für Eierstockkrebs erhöhen könnte. Eine landesweite Kohortenstudie aus Dänemark kommt jedoch jetzt zu dem

Schluss, dass eine vermeintliche Risikoerhöhung tatsächlich eine statistische Verzerrung darstellt, die auf die verstärkte Diagnose zum Zeitpunkt der Behandlung zurückgeht. Die Forscher waren nicht in der Lage, einen kausalen Zusammenhang zwischen der Behandlung und den eingesetzten Fertilitätspräparaten und einem übermäßigen Risiko für Eierstockkrebs herzustellen.

Die Studie ordnete jeder Frau mit IVF in Dänemark zwischen 1994 und 2015 zehn Frauen aus der Bevölkerung zu. Die Analyse zeigte, dass "die assistierte Reproduktionsbehandlung (ART) nicht mit einem langfristig erhöhten Risiko für Eierstockkrebs assoziiert war, was zu erwarten wäre, wenn er durch ovariell stimulierende Hormone verursacht wird".

Die Ergebnisse dieser Studie, die schließlich 58.472 Frauen mit IVF oder ICSI und 549.210 Frauen ohne Behandlung umfasste, wurden am 3. Juli auf der 34. Jahrestagung der ESHRE in Barcelona von der Gynäkologin Prof. Anja Pinborg vom Fertility Department am Rigshospitalet, Kopenhagen, vorgestellt. Jede der

Frauen wurde bis zur ersten Krebsdiagnose, Tod oder Ende des Studienzeitraums im Jahr 2015 nachbeobachtet. Die Ergebnisse zeigten bei den ART-Frauen (0,11%) ein etwas höheres Gesamtrisiko für Ei-

erstockkrebs hatten als die Kontrollen (0,06%). Die Analyse belegte jedoch bei Nullipara und jenen ART-Patientinnen, bei denen die Ursache für Unfruchtbarkeit auf Seite der Frau lag, vergleichsweise höhere Eierstockkrebs-Raten.

Im Gegensatz dazu war eine ART-Behandlung, bei der die Ursache der Unfruchtbarkeit beim männlichen Partner (oder ungeklärt) war, mit einem geringeren Risiko für Eierstockkrebs verbunden. Es waren diese Anomalien in der Analyse, die darauf hindeuteten, dass jede beobachtete Zunahme des Risikos nicht mit einer Stimulation der Eierstöcke per se, sondern

mehr mit dem Paritätsstatus, der Ursache von Unfruchtbarkeit und Wachsamkeit verbunden war.

Es besteht seit langem die Befürchtung, dass die in der assistierten Reproduktion verwendeten Fertilitätspräparate einen Risikofaktor für Eierstockkrebs darstellen, obwohl ein kausaler biologischer Mechanismus nie vollständig geklärt wurde. Diese Ansicht basiert auf einer Beobachtung, dass erhöhte Eierstockaktivität (wie bei Nulliparität oder in der späten Menopause) das Risiko erhöht.

Schwangerschaften oder die Einnahme oraler Kontrazeptiva, die beide die ovarielle Aktivität hemmen, verringern hingegen bekanntlich das Risiko. Trotzdem bleiben ein zunehmendes Alter und genetische Faktoren (wie eine ererbte Mutation der beiden BRCA-Gene)

die am deutlichsten mit Eierstockkrebs verbundenen Risikofaktoren, auch wenn die Krankheit in ihrer Ursache komplex ist und spät diagnostiziert wird.

Diese Bevölkerungsstudie, die die umfassenden nationalen

Krebsregister und reproduktionsmedizinischen Register Dänemarks verknüpfte, ergab, dass jedes übermäßige Risiko bei den ART-Frauen in den ersten zwei Jahren nach der Behandlung am höchsten und 12

Seit Langem gibt es Bedenken, dass die hormonelle Stimulation der Eierstöcke das Risiko für Eierstockkrebs erhöhen könnte.

Trotzdem bleiben ein zunehmendes Alter und genetische Faktoren die am deutlichsten mit Eierstockkrebs verbundenen Risikofaktoren.

Jahre nach der Behandlung ähnlich war wie jenes der Frauen in der Allgemeinbevölkerung. "Dieses Muster", so die Autoren, "legt einen Einfluss des Detektionsbias bei der ART-Behandlung nahe."

"Wir fanden heraus, dass das höhere Risiko von Eierstockkrebs bei Frauen mit assistierter Reproduktion nur bei Frauen mit diagnostizierter weiblicher Unfruchtbarkeit bestand", sagte Pinborg. "Und in einer allgemeinen Population haben wir gesehen, dass die Stimulation der Eierstöcke das Risiko für Eierstockkrebs nicht zu erhöhen scheint."

Assistierte Reproduktion und Risiko von Eierstockkrebs

1. Mehrere (aber nicht alle) frühere Studien berichteten über ein erhöhtes Risiko für Eierstockkrebs im Zusammenhang mit ART; Diese Befunde sind jedoch inkonsi-

stent und basieren in der Regel auf sehr wenigen diagnostizierten Fällen. Die Schwierigkeit der Risikobewertung wird durch den Nachweis oft in einem späten Stadium (ohne Symptome in den frühen Stadien) und einer Latenz vom Beginn bis zur Diagnose von 30-40 Jahren noch verstärkt.

2. Es gab in den 1990er Jahren Anlass zur Sorge, als mehrere epidemiologische Studien einen Zusammenhang zwischen Fertilitätspräparaten und der Entwicklung von Eierstockkrebs meldeten (siehe zum Beispiel Whittemore AS, Harris R., Itnyre J. Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of 12 US case-control studies. Am J Epidemiol 1992; 136: 1184-203.)

Diese Studien führten zu weiteren Studien, die kein zusätzliches Risiko bestätigten. Diese späteren Studien, die als "beruhigend" beschrieben

werden, werden in "Use of fertility drugs and risk of ovarian cancer" beschrieben (Diergaarde B, Kurta ML Curr Opin Obstet Gynecol 2015; 26: 125-129).

3. Eine 2015 auf der HFEA-Datenbank des UK basierende Studie, die darauf hindeutete, dass die weibliche Unfruchtbarkeit und nicht die Stimulation der Eierstöcke für ein übermäßiges Risiko für Eierstockkrebs verantwortlich war, zeigte ähnliche Ergebnisse zu dieser dänischen Kohortenstudie.

QUELLE:

D. Vassard, C.H. Glazer, J. Lyng Forman, M. Kamper-Jørgensen, A. Pinborg, L. Schmidt
Is ART treatment associated with risk of ovarian cancer?
ESHRE 2018
pdf zum Abstract O-193: Assisted reproductive technology (ART) treatment and risk of ovarian cancer

ANSCHRIFT DES VERFASSERS:

Dr. med. Klaus Bühler
Stellvertr. Vorsitzender Stiftung
Endometrioseforschung - SEF
Endometriose-Sprechstunde -
Frauenärzte am Staden
Bismarckstraße 39 - 41,
66121 Saarbrücken

13. ENDOMETRIOSEKONGRESS DEUTSCHSPRACHIGER LÄNDER VOM 23.–25. MAI 2019 IN KARLSRUHE

A. Müller/D. Hornung

Herzlich laden wir Sie im Namen der Kongresspräsidenten, Frau Professor Daniela Hornung und Herrn Professor Andreas Müller, zum 13. Endometriosekongress deutschsprachiger Länder vom 23.–25. Mai 2019 in das Kongresszentrum Karlsruhe Gartenhalle ein!

Wir freuen uns, Ihnen spannende Hands-on-Kurse sowie Video-Sessions in kleinen Gruppen anbieten zu dürfen.

Alle Kolleginnen und Kollegen haben die Möglichkeit, sich aktiv am wissenschaftlichen Programm des 13. Endometriosekongresses deutschsprachiger Länder mit der Einreichung eines Posters zu beteiligen.

Reichen Sie jetzt HIER Ihr Poster bis spätestens **Montag, den 25. März 2019** ein.

Das Vorprogramm des 13. Endometriosekongresses deutschsprachiger Länder ist ab sofort online! Lesen Sie HIER das Vorprogramm.

Melden Sie sich noch heute HIER zum Kongress an und buchen Sie sich einen der begehrten Teilnehmerplätze.

Wir freuen uns über Ihre zahlreiche Teilnahme!

Herzlich laden wir Sie zu unseren Rahmenprogrammepunkten, der Führung durch die Majolika Keramik Manufaktur Karlsruhe und dem Festabend in der Cantina Majolika, am Freitag, den 24. Mai 2019 ein. Sichern Sie sich bereits jetzt HIER Ihre Tickets zu den Rahmenprogrammepunkten.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Kongresshomepage unter: **www.if-kongress.de**



KONGRESSE & WORKSHOPS 2019

26.01.19

Qualifizierungskurs „Endometriose“ der SEF und EEL, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhl der Universität Regensburg, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

06.04.19

Qualifizierungskurs „Endometriose“ der SEF und EEL, Frauenklinik - Universitätsklinikum Erlangen

16.05. – 18.05.19

5. Kongress der SEUD (Society of endometriosis and uterine disorders) Montreal, Kanada

23.05. – 25.05.19

13. Endometriosekongress deutschsprachiger Länder, Karlsruhe

22.06.19

Qualifizierungskurs „Endometriose“ der SEF und EEL, Frauenärzte am Staden Saarbrücken und Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin des Saarlandes

28.08. – 30.08.19

“ACE 2019” The 8th Asian Conference on Endometriosis. Pattaya, Thailand

NOTIZEN

Impressum:

Herausgeber: SEF, Stiftung Endometriose Forschung
www.endometriose-sef.de

Redaktion: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Werner Schweppe
Prof. Dr. med. Stefan Renner, Böblingen
Prof. Dr. med. Uwe Ulrich, Berlin

Kontakt: info@endometriose-sef.de

Autoren dieser Ausgabe: Prof. Dr. med. Dr. h.c. K.-W. Schweppe, Westerstede
PD Dr. med. Martin Sillem, Mannheim
Dr. med. Alexander Boosz, Karlsruhe
Dr. med. Sebastian D. Schäfer, Münster
Dr. med. Felix Zeppernick, Gießen
Peggy Füger, Landshut
Dr. med. Klaus Bühler, Saarbrücken

Grafik Design: pirkdesign.com

„Endometriose-Aktuell“ erscheint unregelmäßig bis zu 2-mal im Jahr kostenlos und kann über die Homepage der SEF als auch über den Verteiler der OEGGG digital bezogen werden. Autoren werden gebeten Ihre Beiträge in Manuskriptform an die obige Adresse zu übermitteln.