

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V

Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Abschlussbericht

Ansprechperson	Markus Anders
Datum der Abgabe	21. Juli 2023
Datum aktualisierte Abgabe	25. August 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Name des Auftrags	Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V
Datum des Auftrags	21. Juli 2022

Kurzfassung

Hintergrund

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde die Möglichkeit geschaffen, Qualitätsverträge abzuschließen. Mit Qualitätsverträgen soll erprobt werden, ob sich durch Vereinbarungen von Anreizen und Qualitätsanforderungen eine Verbesserung der stationären Versorgung erreichen lässt. Infolge des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 21. Juli 2022 zu den schon bestehenden vier Leistungen bzw. Leistungsbereichen¹ weitere vier Leistungsbereiche festgelegt, in denen Qualitätsverträge abgeschlossen werden können:

- Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
- Multimodale Schmerztherapie
- Geburten/Entbindung
- Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

Auftrag und Auftragsverständnis

Um die am 21. Juli 2022 festgelegten Leistungsbereiche in die bestehende Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V (Evaluation) zu integrieren, wurde das IQTIG zudem beauftragt, das bereits bestehende Evaluationskonzept zu erweitern (G-BA 2018). Kern der Beauftragung ist die Ergänzung des Evaluationskonzepts um vier Teilevaluationskonzepte, die jeweils einen Leistungsbereich adressieren und die insbesondere die zentralen Elemente der Versorgung, einen Versorgungspfad und Empfehlungen zu Evaluationskennziffern zur Abbildung der Versorgungsqualität für die Untersuchung gemäß § 136b Abs. 8 SGB V beinhalten. Darüber hinaus sieht die Beauftragung die Erarbeitung einer fachlichen und technischen Spezifikation vor sowie die Darlegung von Empfehlungen zur Anpassung des Rahmens der Evaluation in Bezug zu den erarbeiteten Teilevaluationskonzepten. Gleichfalls sind die für die Evaluation etablierten Daten- und Berichtswege auf Optimierungspotenziale zu prüfen.

Das IQTIG legt gemäß der Beauftragung in diesem Bericht zunächst das methodische Vorgehen in Kapitel 2 dar. Das sich anschließende Kapitel 3 beschreibt die Ergebnisse der Teilevaluationskonzepte. Wesentliche Inhalte sind mögliche Qualitätsanforderungen für Qualitätsverträge für den jeweiligen Leistungsbereich sowie hiervon abgeleitete, empfohlene Qualitätskennzahlen (Evaluationskennziffern), die zur Abbildung der Versorgungsqualität in der Evaluation dienen. In Kapitel 4 ist dargelegt, inwieweit die Anpassung im Zuge des GVWG sowie die Ausarbeitung der Teilevaluationskonzepte, aber auch die Erfahrungen in der bisherigen Umsetzung der Evaluation der Qualitätsverträge Auswirkungen auf den Rahmen der Evaluation haben.

¹ Im Weiteren wird zur besseren Lesbarkeit nur der Begriff „Leistungsbereich“ verwendet.

Methodisches Vorgehen

Im ersten Schritt wurde eine orientierende Vorrecherche durchgeführt, die neben der thematischen Erfassung des jeweiligen Leistungsbereichs auch eine erste Definition möglicher patientenrelevanter Endpunkte und damit die Vorbereitung der sich anschließenden systematischen Leitlinienrecherchen nach nationalen und internationalen Leitlinien erlaubte. Im Anschluss an die Auswertung der systematischen Literaturrecherche wurden ergänzend weitere orientierende Recherchen durchgeführt. Aus den Leitlinien wurden mithilfe von Einschlusskriterien Empfehlungen extrahiert, die Grundlage für die Synthese von Qualitätsmerkmalen waren. Die aus diesem Prozess resultierende Liste an Qualitätsmerkmalen für einen Leistungsbereich sowie ein anhand der Qualitätsmerkmale entwickelter Versorgungspfad wurden anschließend mit externen Expertinnen und Experten (Fachexpertinnen und -experten sowie Patientenvertretenden) des jeweiligen Leistungsbereichs beraten. Aus den hieraus gewonnenen Ergebnissen wurden schließlich mögliche Qualitätsanforderungen für Qualitätsverträge formuliert. Zur Abbildung der Versorgungsqualität im jeweiligen Leistungsbereich wurden basierend auf den möglichen Qualitätsanforderungen und den patientenrelevanten Endpunkten Evaluationskennziffern entwickelt.

Ergebnisse und Empfehlungen

In den nachfolgenden Absätzen werden zunächst die Ergebnisse und Empfehlungen der erarbeiteten Teilevaluationskonzepte beschrieben. Hierbei werden jeweils die wesentlichen möglichen Qualitätsanforderungen und Evaluationskennziffern benannt. Anschließend werden wesentliche Empfehlungen zum Rahmen der Evaluation dargestellt.

Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung

Für den Leistungsbereich „Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung“ wurden sieben mögliche Qualitätsanforderungen herausgearbeitet. Wesentlich hierbei sind neben der Anforderung an die Qualifikation des Personals zur Durchführung der Behandlung und die systematische Erkennung von Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung oder einem erhöhten Risiko einer Mangelernährung (Screening). Darüber hinaus stehen als Versorgungselemente das Ernährungs-Assessment sowie die Ernährungsberatung im Mittelpunkt. Durch das Ernährungs-Assessment soll die Situation der Patientin oder des Patienten standardisiert erfasst und die entsprechende Behandlung geplant werden. Ziel der Ernährungsberatung ist, die Gesundheitskompetenz der Patientin oder des Patienten zu erweitern und die Ernährungssituation nachhaltig zu verbessern. Neben Evaluationskennziffern, die die Struktur- und Prozessqualität erfassen, wurde zur Abbildung der Ergebnisqualität eine Evaluationskennziffer zur Erfassung des Body-Mass-Index sowie eine Evaluationskennziffer zur Erfassung der physischen Leistungsfähigkeit entwickelt.

Multimodale Schmerztherapie

Für den Leistungsbereich „Multimodale Schmerztherapie“ wurden elf mögliche Qualitätsanforderungen herausgearbeitet. Wesentlich hierbei ist neben der Begleitung der multimodalen Schmerztherapie durch ein interdisziplinäres Schmerz-Team das Schmerz-Assessment. Im

Schmerz-Assessment soll die Situation der Patientinnen und Patienten standardisiert erfasst werden. Hierauf sind anschließend gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten entsprechende Therapieziele und hierzu passgenaue nicht-medikamentöse multimodale Therapien in einem Behandlungsplan festzulegen. Zur Unterstützung ist eine ergänzende medikamentöse Therapie möglich, die kontinuierlich überprüft werden soll (Medikamentenmanagement). Neben Evaluationskennziffern, die die Struktur- und Prozessqualität abbilden, wurde zur Abbildung der Ergebnisqualität eine Evaluationskennziffer zur Schmerzintensität sowie eine Evaluationskennziffer zur schmerzassoziierten Lebensqualität entwickelt. Es ist hierbei vorgesehen, sowohl kurzfristige – während des stationären Aufenthalts – als auch langfristige poststationäre Ergebnisse zu erfassen.

Geburten/Entbindung

Für den Leistungsbereich „Geburten/Entbindung“ wurden 23 mögliche Qualitätsanforderungen herausgearbeitet. Wesentlich sind hierbei die der Geburt vorgelagerte Information und Beratung sowie die Erfassung von Risikokonstellationen und Bedürfnissen der Schwangeren. Darüber hinaus ist während der Geburt eine möglichst kontinuierliche direkte Betreuung der Schwangeren durch Hebammen orientiert am Konzept der Eins-zu-eins-Betreuung ein zentrales Element der Versorgung. Damit soll insbesondere den Bedürfnissen von Mutter und Kind während der Geburt Rechnung getragen werden. Insgesamt wird eine Geburt angestrebt, deren physiologischer Prozess unterstützt wird und die möglichst wenige Interventionen erfordert (interventionsarme Geburt). Hierbei soll eine sichere Geburt für Mutter und Kind sichergestellt werden, in dem die zur Verfügung stehenden Interventionen bei entsprechenden Indikationen eingesetzt werden. Bei der Entwicklung von Evaluationskennziffern zeigt sich, dass die Leitlinienempfehlungen einiger möglicher Qualitätsanforderungen in ihrem Detaillierungsgrad nicht ausreichend sind, um ein vollständiges theoretisches Konzept abzuleiten, das als Grundlage für die Entwicklung von fallbezogenen Evaluationskennziffer verwendet werden kann. In diesen Fällen wurden die Inhalte thematisch verwandter möglicher Qualitätsanforderungen in einer einrichtungsbezogenen Evaluationskennziffer zusammengefasst, die auf das Vorhandensein eines Standards in der Einrichtung abzielt. Wesentliche Evaluationskennziffern bilden darüber hinaus der Betreuungsschlüssel (Verhältnis der Anzahl an Hebammen zur Anzahl an Geburten) sowie die Geburtserfahrung der Mutter.

Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

Für den Leistungsbereich „Stationäre Entwöhnung der Tabakabhängigkeit“ wurden elf mögliche Qualitätsanforderungen herausgearbeitet. Wesentlich ist hierbei die Erhebung des Rauchstatus bei stationärer Aufnahme bei allen Patientinnen und Patienten sowie das Angebot einer Patientenberatung zum Rauchstopp. Stimmen Patientinnen und Patienten einem Rauchstopp zu, ist die Durchführung einer Patientenberatung Kern der Therapie, in der auch die Unterstützung des Rauchstopps durch psychotherapeutische und pharmakologische Ansätze – hier insbesondere die Nikotinersatztherapie – erörtert werden. Neben Evaluationskennziffern zur Erfassung der Struktur- und Prozessqualität ist die Abbildung des wesentlichsten Endpunkts – die Abstinenz –

limitiert, weshalb die Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung als relevantes Merkmal einer gelungenen stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit in einer Evaluationskennziffer umgesetzt wurde. Damit stützt sich die Abbildung der Versorgungsqualität in diesem Leistungsbereich ausschließlich auf Merkmale der Struktur- und Prozessqualität, wodurch Aussagen zu (langfristigen) Ergebnissen in der Evaluation nicht möglich sein werden.

Empfehlungen zum Rahmen der Evaluation

Das IQTIG empfiehlt, die aufgrund des Beschlusses vom 21. Juni 2018 eingerichtete Übersicht abgeschlossener Qualitätsverträge im geschützten Bereich der IQTIG-Website einzustellen. Begründet wird dies damit, dass aufgrund des Beschlusses vom 21. November 2021 seit Dezember 2021 auf der Website des G-BA die inhaltlich identischen Informationen zur Verfügung gestellt werden, wie im geschützten Bereich der IQTIG-Website. Außerdem prüft das IQTIG aufgrund bestehender methodischer Einschränkungen und der bislang teilweise geringen Behandlungszahlen in Qualitätsverträgen im weiteren Verlauf der Evaluation, ob die Analyseverfahren der Interrupted Times Series in der Evaluation der Qualitätsverträge ergänzend anwendbar ist.

Das IQTIG stellt weiter fest, dass aufgrund der nach DSGVO erforderlichen Einwilligungserklärung der Patientinnen und Patienten zur Nutzung ihrer Daten in der Evaluation sowie aufgrund des Umstands, dass Krankenkassen zu beliebigen Zeitpunkten bestehenden Verträgen beitreten können, die Auswertungsmöglichkeiten insbesondere der Evaluationskennziffern deutlich eingeschränkt werden. Darüber hinaus wird empfohlen, den evaluationsrelevanten Erprobungszeitraum für die am 21. Juli 2022 festgelegten Leistungsbereiche zum 1. Januar 2024 beginnen und voraussichtlich am 30. September 2027 enden zulassen, um die Ergebnisse im Abschlussbericht darstellen zu können, der gemäß § 136b Abs. 8 Satz 3 zum 31. Dezember 2028 vorzulegen ist.

Fazit und Ausblick

Die erarbeiteten Teilevaluationskonzepte bieten einen Überblick über mögliche Qualitätsanforderungen, die bei der Vereinbarung von Qualitätsverträgen in einem Leistungsbereich berücksichtigt werden können. Darüber hinaus sind die im Rahmen der Evaluation zur Abbildung der Versorgungsqualität empfohlenen Evaluationskennziffern dargelegt. Diese werden im nächsten Schritt weitergehend operationalisiert. Die Ergebnisse der weitergehenden Operationalisierung werden in einer fachlichen und technischen Spezifikation zum 21. Oktober 2023 vorgelegt. Im Bericht zur Spezifikation ist auch vorgesehen, Hinweise auf bestehende Optimierungspotenziale mit Blick auf die etablierten Daten- und Berichtswege zu geben.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	9
Abbildungsverzeichnis	12
Abkürzungsverzeichnis	13
1 Einleitung	15
1.1 Hintergrund	15
1.2 Auftrag und Auftragsverständnis	17
2 Methodisches Vorgehen	20
2.1 Literaturrecherche	21
2.1.1 Orientierende Vorrecherche	21
2.1.2 Systematische Leitlinienrecherchen	22
2.1.3 Orientierende Recherchen	23
2.2 Extraktion von Leitlinienempfehlungen und Synthese	24
2.3 Experteninterviews	25
2.4 Berücksichtigung der Eignungskriterien des Qualitätsziels	28
2.5 Operationalisierung	29
3 Ergebnisse	31
3.1 Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung (ME)	31
3.1.1 Hintergrund	31
3.1.2 Ziele der Qualitätsverträge	33
3.1.3 Zielgruppe	34
3.1.4 Mögliche Qualitätsanforderungen	34
3.1.5 Versorgungspfad	43
3.1.6 Endpunkte	43
3.1.7 Empfohlene Evaluationskennziffern	45
3.1.8 Limitationen	51
3.2 Multimodale Schmerztherapie (MS)	52
3.2.1 Hintergrund	52
3.2.2 Ziele der Qualitätsverträge	55
3.2.3 Zielgruppe	55

3.2.4	Mögliche Qualitätsanforderungen	55
3.2.5	Versorgungspfad.....	68
3.2.6	Endpunkte.....	69
3.2.7	Empfohlene Evaluationskennziffern.....	70
3.2.8	Limitationen.....	76
3.3	Geburten/Entbindung (GE).....	76
3.3.1	Hintergrund.....	77
3.3.2	Ziele der Qualitätsverträge	82
3.3.3	Zielgruppe	82
3.3.4	Mögliche Qualitätsanforderungen	83
3.3.5	Versorgungspfad.....	97
3.3.6	Endpunkte.....	101
3.3.7	Empfohlene Evaluationskennziffern.....	105
3.3.8	Limitationen.....	116
3.4	Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit (TA).....	118
3.4.1	Hintergrund.....	118
3.4.2	Ziel der Qualitätsverträge.....	120
3.4.3	Zielgruppe.....	120
3.4.4	Mögliche Qualitätsanforderungen	120
3.4.5	Versorgungspfad.....	128
3.4.6	Endpunkt	129
3.4.7	Empfohlene Evaluationskennziffern.....	130
3.4.8	Limitationen.....	134
3.5	Mögliche Wechselwirkungen.....	135
4	Empfehlungen zum Rahmen der Evaluation	141
4.1	Verfahrenstechnische Empfehlungen	141
4.2	Methodische Empfehlungen.....	143
5	Fazit und Ausblick.....	146
	Glossar.....	147
	Literatur	148
	Impressum.....	166

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: eingeschlossene und berücksichtigte Leitlinien	23
Tabelle 2: Identifizierte Projekte (Innovationsfond).....	24
Tabelle 3: Eignungskriterien des Qualitätsziels und Einordnung in Bezug zu Qualitätsverträgen.....	28
Tabelle 4: Entwickelte Evaluationskennziffern (Übersicht)	30
Tabelle 5: Mögliche Qualitätsanforderungen (Schulung Personal)	34
Tabelle 6: Mögliche Qualitätsanforderungen (Screening auf Mangelernährung).....	36
Tabelle 7: Mögliche Qualitätsanforderungen (Ernährungs-Assessment).....	37
Tabelle 8: Mögliche Qualitätsanforderungen (Ernährungstherapie).....	39
Tabelle 9: Stufenschema der Ernährung (NICE 2006 zitiert durch Valentini et al. 2013)	39
Tabelle 10: Mögliche Qualitätsanforderungen (Ernährungsberatung)	41
Tabelle 11: Mögliche Qualitätsanforderungen (Entlassung)	42
Tabelle 12: Entwicklung von Evaluationskennziffern ME (mögliche Qualitätsanforderungen)	45
Tabelle 13: Entwicklung von Evaluationskennziffern ME (Endpunkte).....	46
Tabelle 14: Empfohlene Evaluationskennziffern ME (Übersicht)	46
Tabelle 15: Evaluationskennziffer ME-01	46
Tabelle 16: Evaluationskennziffer ME-02.....	47
Tabelle 17: Evaluationskennziffer ME-03	47
Tabelle 18: Evaluationskennziffer ME-04.....	47
Tabelle 19: Evaluationskennziffer ME-05.....	48
Tabelle 20: Evaluationskennziffer ME-06	49
Tabelle 21: Evaluationskennziffer ME-07.....	49
Tabelle 22: Evaluationskennziffer ME-08	50
Tabelle 23: Evaluationskennziffer ME-09	50
Tabelle 24: Mögliche Qualitätsanforderungen (Anforderungen an das Personal).....	56
Tabelle 25: Mögliche Qualitätsanforderungen (Schmerz-Assessment)	58
Tabelle 26: Mögliche Qualitätsanforderungen (Medikamentenmanagement).....	63
Tabelle 27: Mögliche Qualitätsanforderungen (Re-Evaluierung der Schmerztherapie).....	65
Tabelle 28: Mögliche Qualitätsanforderungen (Entlassung).....	66
Tabelle 29: Entwicklung von Evaluationskennziffern MS (mögliche Qualitätsanforderungen)	70
Tabelle 30: Entwicklung von Evaluationskennziffern MS (Endpunkte)	71
Tabelle 31: Empfohlene Evaluationskennziffern MS (Übersicht)	72
Tabelle 32: Evaluationskennziffer MS-01.....	72
Tabelle 33: Evaluationskennziffer MS-02	72
Tabelle 34: Evaluationskennziffer MS-03	73
Tabelle 35: Evaluationskennziffer MS-04	73
Tabelle 36: Evaluationskennziffer MS-05	74

Tabelle 37: Evaluationskennziffer MS-06	74
Tabelle 38: Evaluationskennziffer MS-07	75
Tabelle 39: Evaluationskennziffer MS-08	75
Tabelle 40: Zusammenfassung der Regelungen der unterschiedlichen Versorgungsstufen gemäß QFR-RL.....	78
Tabelle 41: Mögliche Qualitätsanforderungen (Schulung Personal)	83
Tabelle 42: Mögliche Qualitätsanforderungen (Information und Beratung)	84
Tabelle 43: Mögliche Qualitätsanforderungen (Anamnese und klinische Beurteilung)	87
Tabelle 44: Mögliche Qualitätsanforderungen (Betreuungsdichte, Personelle Betreuung)	88
Tabelle 45: Mögliche Qualitätsanforderungen (Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren) ..	90
Tabelle 46: Mögliche Qualitätsanforderungen (Betreuung der Schwangeren während der Geburt).....	91
Tabelle 47: Mögliche Qualitätsanforderungen (Kontrolle der fetalen Herzfrequenz)	92
Tabelle 48: Mögliche Qualitätsanforderungen (Vermeidung von nicht notwendigen routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen)	93
Tabelle 49: Mögliche Qualitätsanforderungen (Vermeidung von nicht notwendigen routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen)	95
Tabelle 50: Mögliche Qualitätsanforderungen (Prävention Geburtsverletzung)	95
Tabelle 51: Mögliche Qualitätsanforderungen (Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtsphase)	96
Tabelle 52: Mögliche Qualitätsanforderungen (Bonding)	96
Tabelle 53: Entwicklung von Evaluationskennziffern GE (mögliche Qualitätsanforderungen)	105
Tabelle 54: Entwicklung von Evaluationskennziffern GE (Endpunkte)	108
Tabelle 55: Empfohlene Evaluationskennziffern GE (Übersicht)	109
Tabelle 56: Evaluationskennziffer GE-01	109
Tabelle 57: Evaluationskennziffer GE-02.....	110
Tabelle 58: Evaluationskennziffer GE-03.....	110
Tabelle 59: Evaluationskennziffer GE-04	111
Tabelle 60: Evaluationskennziffer GE-05	111
Tabelle 61: Evaluationskennziffer GE-06	112
Tabelle 62: Evaluationskennziffer GE-07.....	112
Tabelle 63: Evaluationskennziffer GE-08.....	113
Tabelle 64: Evaluationskennziffer GE-09	113
Tabelle 65: Evaluationskennziffer GE-10	114
Tabelle 66: Evaluationskennziffer GE-11	114
Tabelle 67: Evaluationskennziffer GE-12.....	115
Tabelle 68: Evaluationskennziffer GE-13	115
Tabelle 69: Evaluationskennziffer GE-14	116
Tabelle 70: Mögliche Qualitätsanforderungen (Schulung Personal)	121
Tabelle 71: Mögliche Qualitätsanforderungen (Rauchverbot)	122

Tabelle 72: Mögliche Qualitätsanforderungen (Erhebung des Rauchstatus (Screening))	122
Tabelle 73: Mögliche Qualitätsanforderungen (Patientenberatung zum Rauchstopp).....	123
Tabelle 74: Mögliche Qualitätsanforderungen (Poststationäre Tabakentwöhnung)	125
Tabelle 75: Mögliche Qualitätsanforderungen (Verhaltenstherapie).....	125
Tabelle 76: Mögliche Qualitätsanforderungen (Pharmakologische Unterstützung)	126
Tabelle 77: Entwicklung von Evaluationskennziffern TA (mögliche Qualitätsanforderungen)	130
Tabelle 78: Entwicklung von Evaluationskennziffern TA (Endpunkt).....	131
Tabelle 79: Empfohlene Evaluationskennziffern TA (Übersicht)	132
Tabelle 80: Evaluationskennziffer TA-01	132
Tabelle 81: Evaluationskennziffer TA-02	132
Tabelle 82: Evaluationskennziffer TA-03.....	133
Tabelle 83: Evaluationskennziffer TA-04.....	133
Tabelle 84: Evaluationskennziffer TA-05.....	133
Tabelle 85: Evaluationskennziffer TA-06.....	134

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht methodisches Vorgehen.....	21
Abbildung 2: Versorgungspfad (Mangelernährung).....	43
Abbildung 3: Versorgungspfad (Multimodale Schmerztherapie).....	68
Abbildung 4: Versorgungspfad (Geburten: Während der Schwangerschaft).....	98
Abbildung 5: Versorgungspfad (Geburten: Geburt des Kindes).....	99
Abbildung 6: Versorgungspfad (Geburten: Nachgeburtsphase)	100
Abbildung 7: Versorgungspfad (Behandlung Tabakabhängigkeit)	128

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BÄK	Bundesärztekammer
BIA	Bioelektrische Impedanzanalyse
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung (chronic pulmonary disease)
CTG	Kardiotokografie
DEBRA	Deutsche Befragung zum Rauchverhalten
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DNRfK	Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen
ERC	European Resuscitation Council
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
ICD	International Classification of Diseases
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IMST	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
MD	Medizinischer Dienst
NET	Nikotinersatztherapie
ONS	Oral Nutrition Supplements
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PDA	Periduralanästhesie
PREM	Patient Reported Experience Measures

Abkürzung	Bedeutung
PROM	Patient Reported Outcome Measures
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
Rahmenvereinbarung	Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung
QS	Qualitätssicherung
SAG	Small for gestational age
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

Verwendete Abkürzungen und Kurztitel der Leistungsbereiche

Abkürzung	Kurztitel	Leistungsbereich
ME	Mangelernährung	Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
MS	Multimodale Schmerztherapie	Multimodale Schmerztherapie
GE	Geburten	Geburten/Entbindung
TA	Behandlung Tabakabhängigkeit	Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde mit § 110a SGB V die Möglichkeit für Krankenhausträger und Krankenkassen geschaffen, Qualitätsverträge miteinander abzuschließen. Ziel im Sinne des Gesetzes ist es, zu erproben, inwieweit sich durch das Instrument der Qualitätsverträge bezogen auf den deutschen Versorgungskontext durch Vereinbarungen von Anreizen in Verbindung mit Qualitätsanforderungen eine Verbesserung der stationären Versorgung erreichen lässt. Auf die Begründungen zum Krankenhausstrukturgesetz bezogen sind die „höherwertigen Qualitätsstandards [im Sinne von Qualitätsanforderungen] und darauf abstellende zusätzliche Anreize“ durch Qualitätsverträge zu erproben (KHSG, S. 2). Dies impliziert, dass Anreize und Qualitätsanforderungen nicht unabhängig voneinander, sondern miteinander (im Sinne einer ergebnis- bzw. qualitätsorientierten Vergütung) zu verknüpfen sind. Qualitätsverträge sind grundsätzlich zu befristen, können aber auch soweit verlängert werden, „bis eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses [...] vorliegt, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen sollte.“ (§ 110a Abs. 1 Satz 3 SGB V). Qualitätsverträge sind neben der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, den Strukturrichtlinien, der Mindestmengenregelung und den Zweitmeinungsverfahren ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung bzw. -förderung im Rahmen des SGB V. In Abgrenzung dazu sind Qualitätsverträge allerdings freiwillig und stellen damit kein Instrument dar, um Qualitätsanforderungen für alle Leistungserbringer durchzusetzen, sondern dienen der Erprobung.

Das Instrument der Qualitätsverträge kann grundsätzlich dem Bereich der qualitätsorientierten Vergütung zugeordnet werden (Busse et al. 2020: 205 ff.). Insbesondere wurde die Möglichkeit geschaffen, Komponenten wie Bonus, Malus oder Einbehalte² in Verbindung mit Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umzusetzen (Busse et al. 2020: 205 ff.). In Deutschland wurde in der Vergangenheit qualitätsorientierte Vergütung nur auf der Ebene von Selektivverträgen umgesetzt. Insgesamt wurde aber in diesen Verträgen meist keine Koppelung der Vergütung an Prozess- oder Ergebnisqualität vorgenommen, sondern die Finanzierung von Strukturvorgaben (Pay for Competence) (Veit et al. 2012). Die Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung sieht in diesem Zusammenhang vor, dass die Inhalte von Qualitätsverträgen grundsätzlich durch die Vertragspartner frei gestaltbar sind. Demnach sind in einem Qualitätsvertrag die angestrebten Qualitätsziele bzw. die hierzu notwendigen, konkreten Qualitätsanforderungen sowie entsprechende Anreize zu vereinbaren. Anreize sollen das Krankenhaus motivieren und unterstützen, die vereinbarten Qualitätsanforderungen umzusetzen bzw. zu erreichen (GKV-Spitzenverband/DKG 2018). Anreize können hierbei nicht-monetär oder monetär sein.

² Kombination von Bonus- und Maluszahlungen: Hierbei wird ein Betrag am Anfang einer Periode einbehalten und entsprechend der Leistung am Ende der Periode umverteilt.

Als mögliche Anreize kommen z. B. die Empfehlung des Krankenhauses durch die Krankenkasse, einmalige Zahlungen oder erfolgsabhängige Zahlungen sowie Mischformen in Betracht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem Beschluss vom 18. Mai 2017 zunächst vier Leistungsbereiche festgelegt, in denen seit dem 1. August 2018 Qualitätsverträge abgeschlossen werden können (G-BA 2017):

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde der G-BA erneut durch den Gesetzgeber aufgefordert, weitere vier Leistungsbereiche festzulegen. Der entsprechende Beschluss hierzu wurde am 21. Juli 2022 gefasst (G-BA 2022a). Hierin sind die folgenden Leistungsbereiche benannt, in denen künftig Qualitätsverträge erprobt werden können:

- Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
- Multimodale Schmerztherapie
- Geburten/Entbindung
- Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

Eine Übersicht über die bereits abgeschlossenen Qualitätsverträge, die beim IQTIG registriert sind, veröffentlicht der G-BA monatlich auf seiner Website.³ Die Übersicht enthält neben allgemeinen Informationen sowohl die Ziele der Qualitätsverträge als auch die daran teilnehmenden Krankenhäuser und Krankenkassen.

Eine verbindliche Rahmenvereinbarung für die Inhalte von Qualitätsverträgen haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) geschlossen. Hieraus erwachsen für die Vertragspartner neben Vorgaben für die Gestaltung von Qualitätsverträgen auch Verpflichtungen im Rahmen der gesetzlichen Erprobung. In § 136b Abs. 8 SGB V hat der Gesetzgeber hierzu den G-BA beauftragt, das IQTIG „mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität [Evaluation] während des Erprobungszeitraums zu beauftragen“ (§ 136b Abs. 8 Satz 1 SGB V). Dieser Auftrag ist am 21. Juni 2018 erfolgt, ein entsprechender Änderungsbeschluss, der die vier weiteren Leistungsbereiche in die Evaluation einschließt und den Auftrag weiter konkretisiert, wurde am 18. März 2022 gefasst. Hierin ist auch geregelt, dass das IQTIG einen Ergebnisbericht zum 30. Juni 2026 sowie einen Abschlussbericht nach der gesetzlichen Vorgabe des § 136b Abs. 8 Satz 3 SGB V zum 31. Dezember 2028 vorlegt.

³ <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/weitere-bereiche/leistungsbereiche-qualitaetsvertraege/> (abgerufen am: 20.04.2023).

Zur Durchführung der Evaluation hat das IQTIG im Auftrag des G-BA bereits ein umfassendes Evaluationskonzept erstellt (IQTIG 2017). Dieses stellt sowohl den Rahmen der Evaluation des Instruments der Qualitätsverträge als auch Teilkonzepte zur Evaluation der einzelnen Leistungsbereiche, die am 18. Mai 2017 durch den G-BA festgelegt wurden, bereit. Inhalt der Evaluation ist insbesondere die in § 136b Abs. 8 vorgesehene Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität, deren grundlegende Fragestellung darin besteht, ob Qualitätsverträge bzw. die hierin vereinbarten Qualitätsanforderungen und Anreize zu einer Veränderung der Versorgungsqualität führen. Am 21. Juli 2022 wurde das IQTIG beauftragt zu den vier weiteren, ebenfalls am 21. Juli 2022 durch den G-BA festgelegten Leistungsbereichen weitere Teilevaluationskonzepte auszuarbeiten, die das bestehende Evaluationskonzept ergänzen.

1.2 Auftrag und Auftragsverständnis

Der G-BA hat das IQTIG am 21. Juli 2022 beauftragt, das Evaluationskonzept (IQTIG 2017) gemäß vorgelegtem Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inklusive Addendum vom 7. März 2018 (im Weiteren „(bestehendes) Evaluationskonzept“ genannt) um vier weitere Leistungsbereiche (G-BA 2022b) zu erweitern. Dies soll durch die Erarbeitung von Teilevaluationskonzepten zu den einzelnen Leistungsbereichen erfolgen. In diesem Zusammenhang sollen laut Beschluss für jeden der Leistungsbereiche insbesondere die Darstellung der leistungsbereichsspezifischen Relevanz und das Ziel der Qualitätsverträge berücksichtigt werden. Die Teilevaluationskonzepte sind derart zu gestalten, dass sie jeweils die zentralen Elemente der Versorgungspraxis sowie mögliche Verbesserungspotenziale der Versorgung berücksichtigen. Im Ergebnis sind der Versorgungspfad und Empfehlungen zu möglichen Evaluationskennziffern sowie Limitationen aus der Perspektive der Evaluation darzulegen. Hierbei soll sich das IQTIG am *Vorgehen bei der Ausarbeitung* des bestehenden Evaluationskonzepts orientieren, um die *Vergleichbarkeit der Leistungsbereiche* hinsichtlich einer leistungsübergreifenden Evaluation sicherzustellen. Darüber hinaus soll das methodische Vorgehen bei der Erarbeitung der Teilevaluationskonzepte dargelegt werden. Zudem sind *Anpassungen am bestehenden Rahmen der Evaluation* möglich, die sich aus der Erarbeitung der Teilkonzepte ergeben. Auch können *Anpassungen am Projektplan* in der Fassung vom 25. Oktober 2021, der im Kern das methodische Vorgehen bei der Auswertung sowie die Abschlussbefragung beschreibt, erfolgen.

Neben der inhaltlichen Ergänzung des Evaluationskonzepts sieht die Beauftragung vor, für die vier weiteren Leistungsbereiche die verfahrenstechnischen Voraussetzungen und hierbei insbesondere die Daten- und Berichtswege bereitzustellen bzw. zu schaffen. Hierbei ist auch die *Erarbeitung der fachlichen und technischen Spezifikation* zur Dokumentation und Übermittlung der erforderlichen Daten enthalten, die durch die Vertragspartner von Qualitätsverträgen zu liefern sind. In diesem Zusammenhang soll das IQTIG auch die bestehenden verfahrenstechnischen Vorgaben für die bisherigen Leistungsbereiche auch mit Blick auf die Übertragung auf die vier weiteren Leistungsbereiche auf *mögliche Optimierungspotenziale* prüfen.

Im vorgelegten Bericht wird zunächst das *Vorgehen bei der Ausarbeitung* (methodisches Vorgehen) der Teilkonzepte beschrieben (Kapitel 2). Hierbei wurde sich im Kern am methodischen Vorgehen bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren angelehnt, das in der Regel auf Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung angewendet wird. Diese sind in den methodischen Grundlagen des Instituts (IQTIG 2022b) dargelegt. Die methodischen Grundzüge der Entwicklung der Evaluationskennziffern im Zuge des bestehenden Evaluationskonzepts werden hierdurch wesentlich ergänzt. Dies zeichnet sich insbesondere durch systematische Leitlinienrecherchen sowie einer standardisierten Vorgehensweise bei deren Auswertung aus. Damit wird eine transparente und fundierte Vorgehensweise für die Synthese von evidenzbasierten Qualitätsmerkmalen geschaffen, auf deren Grundlage konkrete mögliche Qualitätsanforderungen formuliert und Evaluationskennziffern zur Abbildung der Versorgungsqualität entwickelt werden können. Mit Blick auf die Gesamtevaluation bleibt die *Vergleichbarkeit der Leistungsbereiche* hinsichtlich der leistungsbereichsübergreifenden Evaluation erhalten. Dies wird insbesondere dadurch sichergestellt, dass sich die Auswertungen auf den für alle Leistungsbereiche gleichermaßen geltenden Evaluationsplan beziehen.

Die Ergebnisse der Entwicklung der *Teilevaluationskonzepte* sind in Kapitel 3 beschrieben und werden getrennt nach Leistungsbereichen dargestellt. Hierbei wird zunächst in den jeweiligen Leistungsbereich eingeführt sowie auf den Hintergrund und die Relevanz des Leistungsbereichs eingegangen. Darüber hinaus werden anhand der Tragenden Gründe (G-BA 2022c) die Ziele beschrieben, die Qualitätsverträge im jeweiligen Leistungsbereich verfolgen. Anschließend wird die Zielgruppe der Qualitätsverträge aus Sicht des IQTIG basierend auf den Ausführungen zur adressierten Patientengruppe und zur Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten in den Tragenden Gründen definiert. Hierbei soll darauf hingewiesen werden, dass aus Sicht des IQTIG von einer Ausweitung der definierten Zielgruppen in Qualitätsverträgen durch die Vertragspartner abzusehen ist, da die für die Evaluation entwickelten Evaluationskennziffern, die die Versorgungsqualität abbilden, auf die definierte Zielgruppe ausgerichtet sind; eine (weitere) Eingrenzung der Zielgruppen ist jedoch möglich. An die jeweilige Zielgruppendefinition anschließend, werden die aus den Leitlinien synthetisierten Qualitätsmerkmale als mögliche Qualitätsanforderungen berichtet, die in den künftig geschlossenen Qualitätsverträgen Berücksichtigung finden können. Die Ausführungen zu möglichen Qualitätsanforderungen sind als Vorschläge oder auch als Anknüpfungspunkte zu verstehen und können aufgrund der in Abschnitt 1.1 dargestellten Rahmenbedingungen (Gestaltungsfreiheit von Qualitätsverträgen) durch die Vertragspartner von Qualitätsverträgen weiterentwickelt werden. Darüber hinaus ist es den Vertragspartnern unbenommen, auch weitere (evidenzbasierte) Qualitätsanforderungen zu vereinbaren. An die Darstellung der möglichen Qualitätsanforderungen schließt sich die Abbildung des Versorgungspfades an, der die zentralen Versorgungsmerkmale inhaltlich und chronologisch strukturiert. Anschließend wird auf die patientenrelevanten Endpunkte des jeweiligen Leistungsbereichs eingegangen. Und schließlich werden von den möglichen Qualitätsanforderungen sowie Endpunkten Evaluationskennziffern abgeleitet, die der Evaluation des Instruments der Qualitätsverträge dienen und

sowohl die Struktur- und Prozessqualität als auch die Ergebnisqualität in einem Leistungsbereich abbilden. Ergänzend erfolgen Hinweise, inwieweit in einem Leistungsbereich Limitationen mit Blick auf die Evaluation bestehen. Auf leistungsbereichsspezifische Digitalisierungsmöglichkeiten und Bezüge zu Projekten des Innovationsfonds wird an der hierzu passenden thematischen Stelle hingewiesen. Abschließend werden im Ergebnisteil des Berichts mögliche Wechselwirkungen mit anderen qualitätssichernden Maßnahmen erläutert.

Darüber hinaus wird im Rahmen der Beauftragung geprüft, inwieweit die Anpassung des gesetzlichen Rahmens im Zuge des GVWG sowie die Ausarbeitung der Teilevaluationskonzepte, aber auch die Erfahrung der bisherigen Umsetzung der Evaluation der Qualitätsverträge *Anpassungen am bestehenden Rahmen der Evaluation* oder am *Evaluationsplan* erfordern bzw. hierzu Empfehlungen ausgesprochen werden können. Dies kann auch zur Formulierung weiterführender Prüfungen führen. Empfehlungen und Prüfaufträge werden in Kapitel 4 dargestellt.

Kapitel 5 gibt abschließend ein kurzes Resümee sowie einen Ausblick auf die sich anschließende weiterführende Operationalisierung der Evaluationskennziffern im Rahmen der *Erarbeitung der fachlichen und technischen Spezifikation* im Sinne der Beauftragung zur Umsetzung der Evaluation (Arbeitspaket E. und Arbeitspaket F. Nr. 2 (G-BA 2018)), die, wie es die vorliegende Beauftragung in VI. Buchstabe d) vorsieht, zum 31. Oktober 2023 vorgelegt wird. Hierin werden auch *mögliche Optimierungspotenziale* bei den verfahrenstechnischen Vorgaben des IQTIG und hierbei insbesondere bei der Datenerfassung und -übermittlung (Arbeitspaket E. (G-BA 2018)) benannt.

2 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen bei der Entwicklung möglicher Qualitätsanforderungen für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V sowie bei der Entwicklung von Evaluationskennziffern zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V beschrieben. Die Entwicklungen wurden für die vom G-BA am 21. Juli 2022 festgelegten vier Leistungsbereiche (G-BA 2022a) durchgeführt. Das Vorgehen wird auf alle Leistungsbereiche separat, aber grundsätzlich einheitlich angewendet. Abweichungen oder Besonderheiten sind an der thematisch passenden Stelle in Kapitel 3 beschrieben.

Zunächst wurde eine *orientierende Vorrecherche* (Abschnitt 2.1.1) durchgeführt. Diese diente neben der thematischen Erfassung des Leistungsbereichs auch einer ersten Definition möglicher patientenrelevanter Endpunkte und erlaubte die Vorbereitung der sich anschließenden *systematischen Leitlinienrecherchen* (Abschnitt 2.1.2) nach nationalen und internationalen Leitlinien. Weitere *orientierende Recherchen* (Abschnitt 2.1.3) wurden ergänzend durchgeführt.

Aus den Leitlinien wurden kriteriengestützt *Empfehlungen extrahiert* (Abschnitt 2.2). Basierend auf den extrahierten Empfehlungen wurden daraufhin entsprechende *Qualitätsmerkmale* synthetisiert. Die aus diesem Prozess entstandene Liste an Qualitätsmerkmalen sowie ein auf deren Grundlage entwickelter Versorgungspfad wurden anschließend in leitfadengestützten *Experteninterviews* (Abschnitt 2.3) mit externen Expertinnen und Experten beraten. Schließlich wurden basierend auf den Qualitätsmerkmalen, die die Eignungskriterien des Qualitätsziels erfüllen sollen (Abschnitt 2.4), *mögliche Qualitätsanforderungen* für Qualitätsverträge formuliert. Zur Abbildung der Versorgungsqualität im jeweiligen Leistungsbereich wurden aus den möglichen Qualitätsanforderungen und den patientenrelevanten Endpunkten *Evaluationskennziffern* (Abschnitt 2.5) entwickelt.

Die einzelnen methodischen Schritte sind in Abbildung 1 dargestellt und werden in den nachfolgenden Abschnitten näher erläutert. Im Anschluss an diesen Bericht werden die dargelegten Evaluationskennziffern im Rahmen der Erstellung der fachlichen und technischen Spezifikation weitergehend operationalisiert.

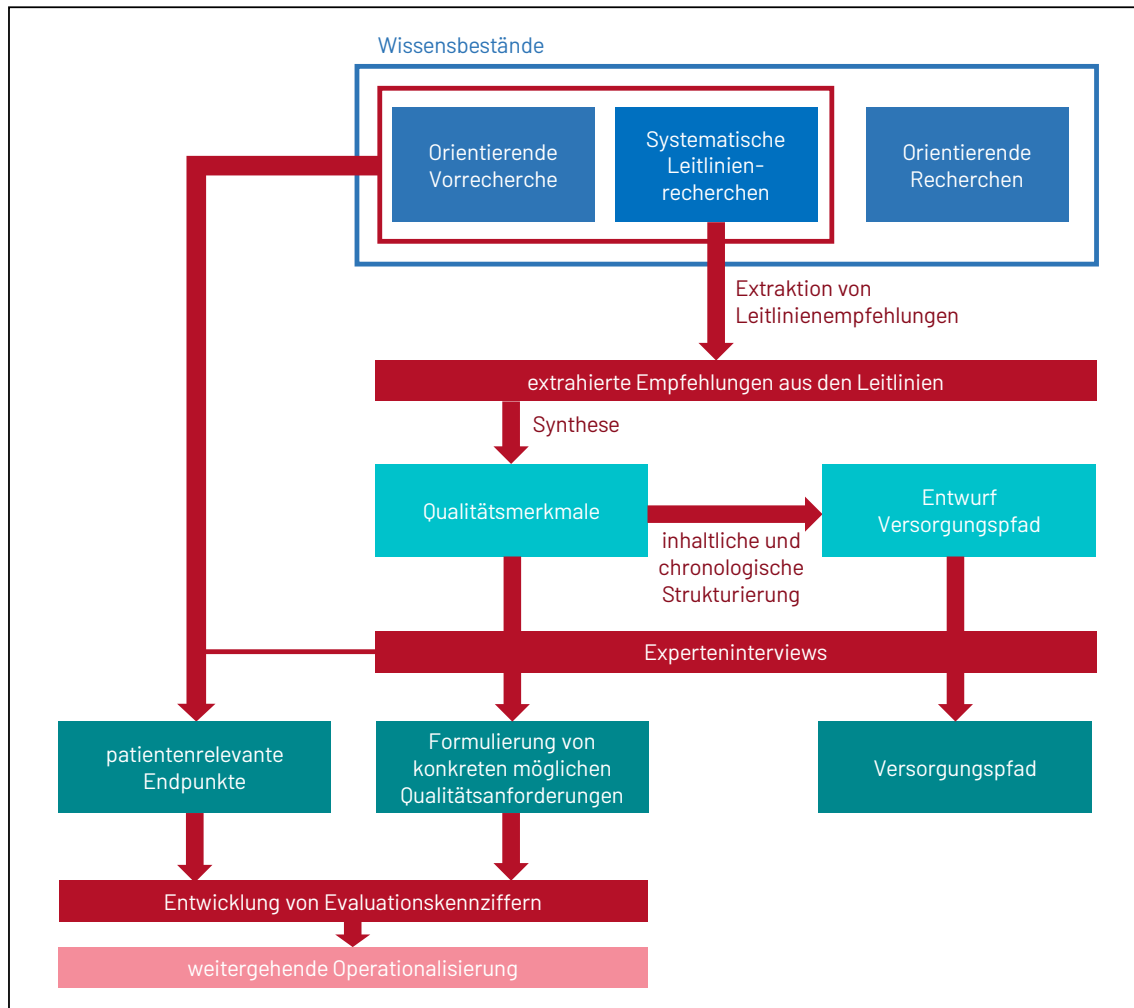


Abbildung 1: Übersicht methodisches Vorgehen

2.1 Literaturrecherche

2.1.1 Orientierende Vorrecherche

Die Vorrecherche beruhte auf einer internetbasierten orientierenden Suche nach entsprechender deutsch- und englischsprachiger Literatur aus den letzten zehn Jahren (ab 2012). In diesem Zusammenhang wurden auch die für den jeweiligen Leistungsbereich relevanten nationalen Leitlinien sowie systematische Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration gezielt gesucht und herangezogen.

Ursprüngliches Ziel der Vorrecherche war, im Vorfeld der Festlegung der vier weiteren Leistungsbereiche, die schließlich am 21. Juli 2022 durch Beschluss des G-BA erfolgte, einen fachlichen Überblick zu erhalten. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse der Vorrecherche zur Ausarbeitung möglicher Qualitätsanforderungen für Qualitätsverträge sowie der Entwicklung von Evaluationskennziffern genutzt. Zur Identifikation und Definition patientenrelevanter Endpunkte im Sinne der

Ergebnisqualität wurden die recherchierten systematische Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration herangezogen. Außerdem wurden die Ergebnisse der Vorrecherche in Verbindung mit den Ausführungen in den Tragenden Gründen zur Definition der Einschlusskriterien für die systematische Leitlinienrecherche verwendet. Eine Übersicht über das Vorgehen bei den Leitlinienrecherchen wird im nächsten Abschnitt gegeben.

2.1.2 Systematische Leitlinienrecherchen

Ziel der systematischen Leitlinienrecherche war, die in den recherchierten Leitlinien enthaltenen Empfehlungen für die Synthese entsprechender Qualitätsmerkmale zu nutzen, die in einem weiteren Schritt zu möglichen Qualitätsanforderungen konkretisiert wurden. Hierzu wurde für jeden Leistungsbereich eine eigene systematische Leitlinienrecherche auf Grundlage entsprechender Einschlusskriterien durchgeführt. Zur Formulierung der Einschlusskriterien wurden u. a. die Ergebnisse der Vorrecherche sowie ergänzend die Ausführungen zur „adressierten Patientengruppe“ und zur „Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten“ aus den Tragenden Gründen des G-BA herangezogen.

Zunächst wurden für einen Leistungsbereich nationale Leitlinien recherchiert. Falls nach Titel- und Volltextscreening keine Leitlinien eingeschlossen bzw. aus diesen keine entsprechenden Empfehlungen anhand der Einschlusskriterien extrahiert werden konnten, wurde eine systematische Suche nach internationalen Leitlinien angeschlossen. Im Leistungsbereich „Multimodale Schmerztherapie“ wurde in diesem Zusammenhang in der nationalen Recherche ein Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) eingeschlossen, jedoch keine medizinische Leitlinie. Deshalb wurde eine internationale Leitlinienrecherche angeschlossen. Zu Einzelheiten der systematischen Literaturrecherche siehe Anhang A.

Die Bewertung der Qualität der Leitlinien erfolgte anhand des AGREE-II-Instruments. In diesem Zusammenhang wurde für die Entscheidung, welche der eingeschlossenen Leitlinien weiter berücksichtigt werden, drei Domänen näher betrachtet (Nr. 2: Beteiligung von Interessensgruppen, Nr. 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung, Nr. 6: Redaktionelle Unabhängigkeit). Die Einschränkung auf die Domänen 2, 3 und 6 erfolgte im Hinblick auf die Zielsetzung, vor allem die methodische Qualität der eingeschlossenen Leitlinien zu vergleichen und hinsichtlich ihrer Berücksichtigung diskutieren zu können. Die anderen Domänen beschreiben hingegen die Qualität einer Leitlinie aus der Sicht der Anwender in der praktischen Versorgung (IQTIG 2022b: 103). Es wurde hierbei insbesondere auf einen ausreichenden Wert (mindestens 50 %) in Domäne 3 geachtet. Hintergrund ist hierbei, dass die Erstellung der jeweiligen Leitlinie transparent und nachvollziehbar sein sollte, um beurteilen zu können, ob eine aktuelle und systematische Evidenzsuche erfolgt ist und damit der zu erwartende Nutzen von Maßnahmen impliziert werden kann. Dies stellt insbesondere für die Herausarbeitung möglicher Qualitätsanforderungen für Qualitätsverträge eine Relevanz dar, da evidenzbasierte und wirksame Maßnahmen im Rahmen der Evaluation angenommen werden (Veit et al. 2013). Darüber hinaus wurden auch die anderen beiden bewerteten Domänen beachtet. Wäre hier ein Wert als besonders gering (unter 30 %) aufgefallen, wäre nach

einer Gesamtschau mit den Werten der anderen Domänen individuell zu entscheiden gewesen, ob die betreffende Leitlinie weiter berücksichtigt werden kann. Insgesamt erwiesen sich die Werte der Domänen 2 und 6 aber als ausreichend. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Anzahl der eingeschlossenen nationalen und internationalen Leitlinien sowie die Anzahl der berücksichtigten Leitlinien nach der Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mittels AGREE-II-Instrument. Einzelheiten zu den ein- und ausgeschlossenen sowie den nicht weiter berücksichtigten Leitlinien aufgrund von Domäne 3 können Anhang A entnommen werden.

Tabelle 1: eingeschlossene und berücksichtigte Leitlinien

Leistungsbereich	eingeschlossene nationale Leitlinien	eingeschlossene internationale Leitlinien	berücksichtigte Leitlinien nach AGREE-II-Bewertung
Mangelernährung	0	9	7
Multimodale Schmerztherapie	1	9	4
Geburten	4	-	4
Behandlung Tabakabhängigkeit	1	-	1

Aus den für die weitere Bearbeitung berücksichtigten Leitlinien (siehe Anhang A) wurden alle Empfehlungen extrahiert (siehe Anhänge E.1, E.2, E.3, E.4), die die Einschlusskriterien (siehe hierzu Anhang A) adressieren. Die Vorgehensweise bei der Extraktion ist in Abschnitt 2.2 beschrieben. Die extrahierten Empfehlungen stellen die Grundlage zur Synthese der Qualitätsmerkmale dar.

2.1.3 Orientierende Recherchen

Neben der Vorrecherche und den systematischen Leitlinienrecherchen wurden weitere internetbasierte, orientierende Recherchen durchgeführt, die zum einen ergänzende Informationen zu den möglichen Qualitätsanforderungen liefern sollten, etwa untergesetzliche Normen (bspw. Richtlinien des G-BA), die für die einzelnen Leistungsbereiche relevant sind. Und zum anderen, um eine tiefergehende Beschreibung von Sachverhalten zu erlauben oder Hinweise zu geben.

Des Weiteren wurden die Projekte des Innovationsfonds⁴ mittels eines zweistufigen Prozesses (Titelscreening mit möglichem anschließendem Abstractscreening) auf Relevanz hinsichtlich der einzelnen Leistungsbereichen gesichtet. Eingeschlossen wurden Projekte mit fachlichem Bezug zu einem Leistungsbereich, mit Bezug zum stationären Versorgungssetting und bei Vorliegen eines Ergebnisberichts. Die Recherche diente dazu, aktuelle auf den deutschen Versorgungskontext bezogene Projekte des Innovationsfonds zu identifizieren, auf die ergänzend hingewiesen

⁴ <https://innovationsfonds.g-ba.de/> (abgerufen am: 20.04.2023).

werden kann. Hieraus lassen sich Hinweise für die Versorgung im entsprechenden Leistungsbe-
reich ziehen, wie neue wissenschaftliche Erkenntnisse zum Nutzen von Interventionen und Maß-
nahmen oder multimodale Versorgungskonzepte. Die Inhalte der Ergebnisberichte fließen aber
nicht weiter in die Ausarbeitungen möglicher Qualitätsanforderungen oder zur Identifikation von
patientenrelevanten Endpunkten ein. Das Ergebnis der Recherche findet sich in Tabelle 2 wieder.

Tabelle 2: Identifizierte Projekte (Innovationsfond)

Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
keine
Multimodale Schmerztherapie
PETRA – Personalisierte Therapie bei Rheumatoider Arthritis (RA) basierend auf dem Modell der Psy- choneuroimmunologie (PNI) Rise-uP – Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten
Geburten/Entbindung
keine
Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit
keine

2.2 Extraktion von Leitlinienempfehlungen und Synthese

Ziel der Extraktion von Empfehlungen aus den Leitlinien war, evidenzbasierte Empfehlungen zu
erhalten, die für die Synthese von Qualitätsmerkmalen und darauffolgend zur Formulierung mög-
licher Qualitätsanforderungen geeignet sind. Das Vorgehen bei der Extraktion erfolgte nach ei-
nem Schema, das in den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022b: 59 f.) dargelegt ist.
Nachfolgend soll an dieser Stelle ein kurzer Überblick gegeben werden.

Extraktion bei den medizinischen Leitlinien:

- Empfehlung erfüllt die fachlichen Einschlusskriterien der Leitlinienrecherche
- Empfehlung weist einen starken (A) oder moderaten (B) Empfehlungsgrad der deutschen Leit-
linien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
(AWMF) (IQTIG 2022b: 60) auf. Bei internationalen Leitlinien werden die entsprechenden ver-
gleichbaren Empfehlungsgrade herangezogen (siehe Anhang B).

Extraktion bei Expertenstandards in der Pflege:

- Empfehlung erfüllt die fachlichen Einschlusskriterien der Leitlinienrecherche
- Empfehlung hat einen relevanten Qualitätsbezug (IQTIG 2022b: 60).

Für jeden Leistungsbereich wurden zunächst Qualitätsmerkmale aus den extrahierten Empfehlungen (siehe Anhang E.1, E.2, E.3, E.4) synthetisiert. Hierbei fanden alle extrahierten Empfehlungen Berücksichtigung. Die hieraus für jeden Leistungsbereich erstellte Liste an Qualitätsmerkmalen (siehe Anhang D.1, D.2, D.3, D.4) wurde nach der Beratung mit den benannten Expertinnen und Experten (siehe Abschnitt 2.3) überarbeitet und hieraus mögliche Qualitätsanforderungen formuliert, die in Kapitel 3 dargestellt sind. Die interviewten Expertinnen und Experten wiesen bei der Beratung der Liste der Qualitätsmerkmale mit Blick auf die Formulierung möglicher Qualitätsanforderungen an einigen Stellen darauf hin, dass bestimmte Qualitätsmerkmale bzw. Leitlinienempfehlungen, insbesondere solche, die Vorgaben zur Anwendung bestimmter Maßnahmen unter bestimmten Umständen empfehlen, sich nicht für eine Synthese generischer Qualitätsanforderungen eignen. Dies betrifft in aller Regel Empfehlungen, die sich an bestimmte Subgruppen der jeweils definierten Zielgruppe richten (bspw. Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung, die eine Chemotherapie erhalten; Raucherinnen und Raucher mit einer Depression; Schwangere mit Substitution von Oxytocin). Betreffende Empfehlungen, die nicht für die Synthese möglicher Qualitätsanforderungen verwendet wurden, wurden aber soweit möglich in anderen thematisch zusammenhängenden, möglichen Qualitätsanforderungen zur ergänzenden Beschreibung genutzt. In den Anhängen E.1, E.2, E.3 und E.4 sind alle extrahierten Empfehlungen gelistet. Darüber hinaus sind dort die extrahierten Empfehlungen, die zur Synthese geführt haben oder ergänzend zur weiteren Beschreibung einer möglichen Qualitätsanforderung genutzt wurden, nachzuvollziehen.

Wurden bei der Synthese Empfehlungen aus internationalen Leitlinien verwendet, wurde auch die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem beachtet sowie ggf. Möglichkeiten einer Übertragung mithilfe weiterführender Literatur sowie der Ergebnisse der Experteninterviews eingeschätzt.

Basierend auf den Qualitätsmerkmalen wurde ein Versorgungspfad erstellt, der die wesentlichen Maßnahmen und Abläufe im Leistungsbereich inhaltlich strukturiert, miteinander in Verbindung setzt und in einen chronologischen Zusammenhang bringt. Der Versorgungspfad folgt hierbei grundsätzlich dem Schema Krankenhausaufnahme, Krankenhausbehandlung und Entlassung ggf. einschließlich den Schnittstellen vor der Krankenhausaufnahme und nach der Entlassung. Auch dieser wurde mit den Expertinnen und Experten diskutiert und überarbeitet. Das Ergebnis ist im jeweiligen Abschnitten „Versorgungspfad“ in Kapitel 3 abgebildet.

2.3 Experteninterviews

Da Experteninterviews keine eigenständige Methode darstellen (Bogner und Menz 2009b), wird in den nachfolgenden Abschnitten in Bezug zu den methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022b) und weiterführender Literatur auf die Charakterisierung der in diesem Rahmen durchgeführten Interviews mit Expertinnen und Experten kurz eingegangen.

Grundsätzlich dienen die Interviews mit den Expertinnen und Experten sowohl der Ermittlung und Prüfung von Fakten als auch der Ermittlung unterschiedlicher Perspektiven (IQTIG 2022b: 107). Weitergefasst ging es um die Vertiefung von bestehendem Wissen und damit um die Gewinnung neuer Erkenntnisse zur Ergänzung der Wissensbestände (Abbildung 1). Darüber hinaus sollte externes Kontextwissen dazu genutzt werden, Einschätzungen zu ausgearbeiteten Inhalten (Versorgungspfad, synthetisierte Qualitätsmerkmale) zu erhalten. Bogner und Menz (2009a) folgend wurde zum einen ein explorativer Ansatz verfolgt, der über Kontextwissen der Expertinnen und Experten zu den bisherigen Überlegungen Weiterentwicklungsmöglichkeiten bzw. -bedarfe aufdecken sollte. Darüber hinaus war aber auch ein systematisierender Ansatz enthalten, der im Entwicklungsprozess aufgeworfene Fragen beantworten sollte. Insgesamt werden die fachlichen Expertinnen und Experten hierbei als Funktionsträger mit spezifischem Wissen betrachtet. Eine Sonderrolle kommt den befragten Patientenvertretenden in diesem Zusammenhang zu, die ebenfalls Funktionsträger sind, da sie im Rahmen der Selbsthilfe bestimmte Funktionen bekleiden. Sie sind aber auch selbst Betroffene, da sie möglicherweise Erfahrungen als Patientin/Patient im jeweiligen Versorgungskontext gemacht haben. Hierdurch rückt in diesen Interviews neben der ausgeübten Funktion auch die Gesamtperson mit ihren Erfahrungen in den Mittelpunkt des Interesses.

Entsprechend der Terminologie von Bortz und Döring (2016) wurden, um den oberen Ausführungen Rechnung zu tragen, halbstrukturierte Experteninterviews konzipiert. Dem explorativen Ansatz wurde mit offenen Fragen zu den bestehenden Überlegungen, dem systematisierenden Ansatz mit halboffenen und geschlossenen Fragen zur Beantwortung der aufgetretenen Fragen begegnet. Insgesamt wurden die Interviews durch Leitfäden strukturiert. Um der Sonderrolle der Vertretenden der Patientinnen und Patienten entgegen zu kommen, wurden für diese Zielgruppe spezifische Leitfäden entwickelt. Diese unterscheiden sich hinsichtlich der sprachlichen Ausgestaltung, aber auch in den Inhalten der Fragen, die am Erkenntnisinteresse: „Wie ist der Leistungsbereich aus Sicht von Patientinnen und Patienten zu betrachten?“ ausgerichtet wurden. Konkrete Inhalte der Interviews mit den Expertinnen und Experten waren:

- Beratung des entwickelten, leistungsbereichsspezifischen Versorgungspfads
- Beratung der Liste der synthetisierten Qualitätsmerkmale
- Einschätzungen zu den Eignungskriterien des Qualitätsziels (insbesondere des Verbesserungspotenzials und der Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer)
- Einschätzungen zur Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem bei Qualitätsmerkmalen basierend auf internationalen Leitlinienempfehlungen
- Einschätzungen zu möglichen Wechselwirkungen der Qualitätsverträge mit anderen qualitätssichernden Maßnahmen des entsprechenden Leistungsbereichs
- Bei den Patientenvertretenden: Einschätzungen zur Perspektive von Patientinnen und Patienten.

Die Leitfäden sind den Anhängen D.1, D.2, D.3 und D.4 zu entnehmen. Dort sind auch die Versorgungspfade sowie die Liste der synthetisierten Qualitätsmerkmale zu finden, die mit den Expertinnen und Experten beraten wurden.

Die 90-minütigen Einzelinterviews wurden online geführt und unter der Voraussetzung der Einwilligung der Expertin oder des Experten aufgezeichnet. In der Regel wurde ein Interview durch zwei Personen geführt. Im Nachgang des Interviews wurde basierend auf den Aufzeichnungen und mit Bezug zum jeweiligen Leitfaden ein Protokoll mit den wesentlichen fachlichen Inhalten erstellt. Die Antworten der im Leitfaden gestellten Fragen wurden interviewübergreifend miteinander verglichen und hieraus induktiv Aussagen synthetisiert.

Die Benennung der Expertinnen und Experten erfolgte durch die einschlägigen Fachgesellschaften, die über die Beteiligung an den recherchierten nationalen Leitlinien sowie über das durch ihre AWMF-Mitgliedschaft ausgewiesene Fachgebiet identifiziert wurden. Darüber hinaus wurden Patientenvertretende durch die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V benannt (siehe hierzu Anhang C).

Es wurden Expertinnen und Experten angefragt, die

- einschlägige wissenschaftliche Kenntnisse im jeweiligen Bereich (Leistungsbereich) haben und/oder in einem für den jeweiligen Bereich relevanten Gesundheitsberuf tätig sind (bei Fachexpertinnen/-experten).
- die Perspektive der Patientinnen und Patienten vertreten und hierbei auch eine übergeordnete Patientenperspektive einnehmen (bei Patientenvertretenden).

Ziel war es hierbei, dass die beratenden Expertinnen und Experten durch ihre Erfahrungen und ihr Wissen eine möglichst hohe fachliche bzw. inhaltliche Kompetenz einbringen, die verschiedene Perspektiven vereint. Zur angeforderten Anzahl an Personen sowie der entsprechenden Rückläufe siehe Anhang C. Dort ist auch dargestellt, dass im Leistungsbereich „Stationäre Entwöhnung der Tabakabhängigkeit“ zwei angefragte Fachgesellschaften keine Expertin oder keinen Experten benannt haben und somit nur zwei Experteninterviews für diesen Leistungsbereich geführt werden konnten.

Expertinnen und Experten, bei denen schwerwiegende Interessenkonflikte vorlägen, würden im Rahmen des Benennungsverfahrens ausgeschlossen. Die Interessenkonflikte können hierbei materieller Art oder nicht materieller sein, wie bspw. Vergütungsanreize in Dienstverträgen oder das Innehaben eines Amtes, das zum Vertreten spezifischer Interessen verpflichtet. Die Bewertung der Interessenkonflikte und Entscheidung über den Ein- bzw. Ausschluss erfolgte durch die IQTIG-interne Interessenkonflikt-Kommission. Kein Mitglied der Kommission war an der Bearbeitung der Beauftragung beteiligt. Ein Ausschluss von benannten Expertinnen und Experten erfolgte in diesem Zusammenhang nicht.

2.4 Berücksichtigung der Eignungskriterien des Qualitätsziels

Durch die Berücksichtigung der Eignungskriterien des Qualitätsziels soll sichergestellt werden, dass nur solche möglichen Qualitätsanforderungen und Endpunkte berücksichtigt werden, die auch tatsächlich Qualität widerspiegeln (IQTIG 2022b: 122 ff.), d. h., die durch die Leistungserbringer beeinflussbar und relevant für die Patientinnen und Patienten sind. Die möglichen Qualitätsanforderungen und Endpunkte wurden daher im Entwicklungsprozess hinsichtlich der Eignungskriterien basierend auf den Wissensbeständen (siehe Abbildung 1) sowie der Ergebnisse der Experteninterviews soweit möglich eingeschätzt. Die Ergebnisse der Einschätzungen werden nur dann in Kapitel 3 berichtet, wenn die Eignung nicht erfüllt wurde.

Die Eignungskriterien des Qualitätsziels werden in Tabelle 3 unter der Perspektive der Qualitätsverträge als selektivvertragliches Instrument der Qualitätssicherung und -förderung, in dem Qualitätsanforderungen und Anreize frei gestaltbar sind, eingeordnet.

Tabelle 3: Eignungskriterien des Qualitätsziels und Einordnung in Bezug zu Qualitätsverträgen

Eignungskriterium des Qualitätsziels	Einordnung in Bezug zu Qualitätsverträgen
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	-
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Hierbei wird angenommen, dass durch die Heranziehung von evidenzbasierten Leitlinien, die hierin enthaltenen Empfehlungen bereits eine Relevanz für die Patientinnen und Patienten aufweisen, da evidenzbasierte Leitlinien sich grundsätzlich an patientenrelevanten Endpunkten orientieren und darüber hinaus die angewendeten Einschlusskriterien nur die Empfehlungen identifizieren, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten bedeutsam sind.
Potenzial zur Verbesserung	<p>Fehlendes Verbesserungspotenzial auf Ebene des Gesundheitssystems bedeutet nicht zwangsläufig, dass bei einem bestimmten, einzelnen Leistungserbringer ebenfalls kein Verbesserungspotenzial vorliegt. Im Rahmen von Qualitätsverträgen, die beim einzelnen Leistungserbringer ansetzen, soll erprobt werden, ob durch die Vereinbarung von Qualitätsanforderungen in Verbindung mit Anreizen sich die Versorgung verbessern lässt. Hieraus lässt sich schließen, dass es sinnvoll sein kann, in einem Qualitätsvertrag das Verbesserungspotenzial eines bestimmten Leistungserbringers aufzugreifen, obwohl kein Verbesserungspotenzial auf Gesundheitsebene besteht. Dies bedeutet, dass eine Qualitätsanforderung bzw. das zugrundeliegenden Qualitätsmerkmal, welches kein Verbesserungspotenzial auf Ebene des Gesundheitssystems aufweist, dennoch für einen einzelnen Qualitätsvertrag relevant sein kann.</p> <p>Hingegen ist die Messung dieses Qualitätsmerkmals im Rahmen der Evaluation nicht sinnvoll, da das Qualitätsmerkmal nicht flächendeckend relevant ist und damit eine Evaluationskennziffer insgesamt nicht besonders sensitiv wäre, da auf Ebene des Gesundheitssystems kein Verbesse-</p>

Eignungskriterium des Qualitätsziels	Einordnung in Bezug zu Qualitätsverträgen
	rungspotenzial vorliegt. Demnach ist bei einem fehlenden Verbesserungspotenzial auf Ebene des Gesundheitssystems die Messung des entsprechenden Qualitätsmerkmals nicht angezeigt.
Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer	-
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	Die Ergebnisse der Qualitätsmessungen in der Evaluation der Qualitätsverträge dienen der Beantwortung der Fragestellung, ob die Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen in Verbindung mit Anreizen zu einer Veränderung der Versorgungsqualität führen. Darüber hinaus ist mit den Qualitätsmessungen keine weitere Funktion im Sinne eines Handlungsanschlusses wie bspw. Auswahlentscheidungen verknüpft. Deshalb wird die Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss in diesem Zusammenhang nicht explizit betrachtet.

2.5 Operationalisierung

Ziel der Operationalisierung ist, in einem ersten Schritt, ausgehend von den theoretischen Konzepten der möglichen Qualitätsanforderungen und den patientenrelevanten Endpunkten, messbare Qualitätskennzahlen zu entwickeln. Als Qualitätskennzahlen werden hierbei Maßzahlen bezeichnet, die zur Quantifizierung von Qualitätsmerkmalen bzw. möglichen Qualitätsanforderungen dienen (IQTIG 2022a). Im Rahmen dieses Berichts werden Qualitätskennzahlen im Folgenden „Evaluationskennziffern“ genannt. Für jede der möglichen Qualitätsanforderungen sowie für die patientenrelevanten Endpunkte wurde die Entwicklung einer Evaluationskennziffer geprüft. In diesem Zusammenhang wurden insbesondere die Eignungskriterien des Messverfahrens (IQTIG 2022b: 128 ff.) berücksichtigt. Durch die Berücksichtigung der Eignungskriterien des Messverfahrens soll sichergestellt werden, dass die entwickelten Evaluationskennziffern das zugrundeliegende Merkmal auch tatsächlich und aussagekräftig abbilden. Wird eine Evaluationskennziffer abgeleitet, werden neben der Beschreibung und Berechnung (bspw. Zähler und Nenner) der Evaluationskennziffer auch die entsprechende Qualitätsdimension nach Donabedian (1968) und die sich ergebene Erfassungsebene (einrichtungs-/fallbezogen) angegeben. Sind bei der Entwicklung der Evaluationskennziffern bereits Aspekte bekannt worden, die in der weiterführenden Operationalisierung relevant sind, wird dies bei der Darlegung der Evaluationskennziffern unter „Anmerkungen“ vermerkt. Die empfohlenen Evaluationskennziffern sind im entsprechenden Abschnitt des Kapitels 3 dargestellt. Eine Übersicht über Anzahl und Eigenschaften der entwickelten Evaluationskennziffern bietet Tabelle 4.

Tabelle 4: Entwickelte Evaluationskennziffern (Übersicht)

Leistungsbereich	Erfassungsebene: einrichtungsbezogen/ fallbezogen	Qualitätsdimension: Struktur/Prozess/Ergebnis	Gesamtanzahl
Mangelernährung	1/7	1/5/2	8
Multimodale Schmerztherapie	3/5	2/4/2	8
Geburten	9/5	9/1/4	14
Behandlung Tabakab- hängigkeit	2/4	2/4/0	6

Bei der Erstellung der Spezifikation im nächsten Schritt werden die empfohlenen Evaluationskennziffern weitergehend operationalisiert. Bei der weitergehenden Operationalisierung sind die Eignungskriterien des Messverfahrens weiter zu beachten. Sollen zur Messung Patient Reported Outcome Measures (PROM) oder Patient Reported Experience Measures (PREM) verwendet werden, können spezifische Kriterien wie die Sensibilität bei der Detektion von Veränderungen (Responsiveness) oder der Aufwand bei der Erfassung (bspw. zeitlicher Aufwand bei der Beantwortung des Fragebogens) (Cella et al. 2015) bei Auswahl und Einsatz Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sind bei der weitergehenden Operationalisierung mögliche Bewertungskonzepte (Einflussfaktoren zur Risikoadjustierung, Referenzbereiche) zu identifizieren und einzubinden.

3 Ergebnisse

Im Weiteren sind die Ergebnisse der Entwicklung der Teilevaluationskonzepte dargestellt. Die Darstellung erfolgt getrennt nach den vier am 21. Juli 2022 durch den G-BA festgelegten Leistungsbereichen. Lediglich die möglichen Wechselwirkungen mit anderen Maßnahmen der Qualitätssicherung und -förderung werden am Ende dieses Kapitels leistungsbereichsübergreifend erörtert.

3.1 Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung (ME)

In den nachfolgenden Abschnitten wird zunächst der *Hintergrund* des Leistungsbereichs „Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung“ erläutert, um einen Überblick über den Leistungsbereich zu geben und seine Relevanz zu verdeutlichen. Anschließend werden die *Ziele*, die Qualitätsverträge in diesem Leistungsbereich verfolgen, kurz skizziert. Für weitere Informationen können die Ausführungen in den Tragenden Gründen (G-BA 2022c) herangezogen werden. Im darauffolgenden Abschnitt wird die adressierte *Zielgruppe* aus Sicht des IQTIG auf Basis der tragenden Gründe definiert. Danach werden *mögliche Qualitätsanforderungen* beschrieben, die aus den Empfehlungen der systematisch recherchierten Leitlinien synthetisiert wurden, sowie die für diesen Leistungsbereich patientenrelevanten *Endpunkte*. Darauf aufbauend werden die vom IQTIG *empfohlenen Evaluationskennziffern* zur Messung der Versorgungsqualität vorgestellt. Abschließend werden *Limitationen* dieses Leistungsbereichs aus Sicht der Evaluation diskutiert.

3.1.1 Hintergrund

„Mangelernährung“ ist ein Sammelbegriff für ein Krankheitsbild, das quantitative und qualitative Ausprägungen haben kann (Bobbert et al. 2022). Während sich eine quantitative Mangelernährung durch eine Unterernährung, negative Energiebilanz und Gewichtsverlust auszeichnet, liegt bei einer qualitativen Mangelernährung eine Fehlernährung mit selektivem Nährstoffmangel vor. Ein Beispiel hierfür ist eine Unterversorgung mit Makro- oder Mikronährstoffen wie Proteinen oder Vitaminen (Bobbert et al. 2022). Um die Mangelernährung international einheitlich zu betrachten, definierte die Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) im Jahr 2018 Kriterien, die eine einheitliche Diagnose und Einteilung der Mangelernährung erlaubt und damit eine Vergleichbarkeit von Prävalenzen, Interventionen und Ergebnissen zur Mangelernährung ermöglichen sollen. Demnach wird anhand von phänotypischen und ätiologischen Kriterium wie unbeabsichtigter Gewichtsverlust, niedriger Body-Mass-Index (BMI), verminderte Muskelmasse sowie verminderte Nahrungsaufnahme bzw. Resorptionsstörungen und möglichen Entzündungen das Erkennen eines (erhöhten) Risikos für Mangelernährung, einer moderaten oder schweren Mangelernährung ermöglicht (Meteling-Eeken et al. 2019).

Die Ursachen für eine Mangelernährung sind vielfältig. Neben krankheitsbedingter Appetitlosigkeit, Schluckstörungen oder kognitiven Beeinträchtigungen führen bestimmte Krankheitsbilder, wie z. B. Tumorerkrankungen oder chronische Organinsuffizienz zu einer gestörten Nährstoffverwertung und/oder einem erhöhten Energie- und Nährstoffbedarf (DGE 2019, Bauer et al. 2008, Weimann et al. 2013). Darüber hinaus werden bei der Behandlung insbesondere bei geriatrischen, onkologischen und gastroenterologischen Patientinnen und Patienten durch das Zusammenspiel der vorliegenden Grunderkrankungen und fehlenden Standards zur Erkennung und Behandlung der Mangelernährung die Entwicklung einer Mangelernährung begünstigt (DGE 2019).

Um einen Überblick über die Ernährungssituation in deutschen Kliniken zu erhalten, wurde im Jahr 2006 die „German Hospital Malnutrition Study“ durchgeführt. Hierin konnte ermittelt werden, dass rund 27 % der untersuchten Patientinnen und Patienten bei der stationären Aufnahme eine Mangelernährung aufweisen (Pirlich et al. 2006). Davon waren insbesondere akut-geriatrische Patientinnen und Patienten betroffen, von denen über 50 % als mangelernährt identifiziert wurden, gefolgt von gastroenterologischen und onkologischen Patientinnen und Patienten. Bezieht man sich auf die Kriterien nach GLIM lag im Jahr 2018 in der stationären Versorgung in Deutschland die Prävalenz von moderat mangelernährten Patientinnen und Patienten bei 15,9 % und von schwer mangelernährten Patientinnen und Patienten bei 21,5 % (DGE 2019).

Liegt eine Mangelernährung über einen längeren Zeitraum vor, kann diese zu schwerwiegenden Folgen führen. Ist ein gewisser Nährstoffbedarf nicht gedeckt, ist die Konsequenz häufig ein Abbau der Körpersubstanz, gefolgt von Beeinträchtigungen der Organ- und Körperfunktionen sowie weiteren körperlichen Beschwerden. Potenzielle Auswirkungen einer Mangelernährung bei erkrankten Personen sind daneben auch eine Verzögerung der Wundheilung sowie ein verlängerter Genesungsprozess (Volkert et al. 2019b). Ebenso besteht das Risiko, dass sich aufgrund der Mangelernährung der allgemeine Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten im Laufe eines stationären Aufenthalts (weiter) verschlechtert, was letztendlich die stationäre Verweildauer verlängert (Russell 2007, Löser 2010, Pirlich et al. 2006).

Auch im Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) wird die Mangelernährung in stationären Einrichtungen als weitreichendes Gesundheitsproblem beschrieben (DGE 2019). Neben den gesundheitlichen Risiken für Patientinnen und Patienten werden dabei auch die ökonomischen Folgen für das deutsche Gesundheitssystem hervorgehoben. Eine Mangelernährung führt zu einer signifikant höheren Krankenhausverweildauer, einer erhöhten Komplikationsrate sowie zu einer höheren Mortalität (Otten et al. 2016). Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass in stationären Einrichtungen strukturelle ernährungsmedizinische Voraussetzungen sowie adäquat ausgebildetes Personal noch fehlen (DGE 2019).

Die Behandlung der Mangelernährung durch ein qualifiziertes Ernährungsteam wird in der Literatur hervorgehoben (Shang et al. 2005). Eine Befragung von 42 Stationen in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2018 zeigt, dass 58 % über ein derartig qualifiziertes Team verfügen und 10 % über eine Diätassistenz (DGE 2019). Da in der Untersuchung der Anteil an teilnehmenden Einrichtungen

im Verhältnis zur Gesamtzahl an Kliniken in Deutschland durch die Autorinnen und Autoren jedoch mit nur 1,3 % angegeben wird und damit äußerst gering ist, muss die Aussage in Relation zu Einschätzungen von Expertinnen und Experten betrachtet werden, welche von deutlich geringeren Anteilen der Verfügbarkeit von Ernährungsteams ausgehen.

Als Handlungsempfehlung verweist der Ernährungsbericht auf die Notwendigkeit einer routinemäßigen Erfassung der Ernährungssituation bei stationärer Aufnahme, damit die Patientinnen und Patienten bei Auffälligkeiten unmittelbar durch ein adäquat ausgebildetes interdisziplinäres Ernährungsteam unter Abwägung aller potenzieller ernährungstherapeutischer Maßnahmen behandelt werden können (DGE 2019). Auffälligkeiten lassen sich dabei primär durch die Erfassung des Körpergewichts, der Nahrungsaufnahme und der physikalischen Leistungsfähigkeit ermitteln. Wird eine Mangelernährung oder ein Risiko einer Mangelernährung erkannt, ist in der Regel eine Ernährungstherapie angezeigt, die den Ernährungszustand und die Ernährungsgewohnheiten der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Die Ernährungstherapie umfasst hierbei orale, enterale und parenterale Ernährungsformen und kann demnach durch Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme ergänzt durch Nahrungssupplementation (ONS), durch Sondennahrung oder durch intravenöse Zufuhr von Nährstoffen erfolgen (Valentini et al. 2013).

Im Zusammenhang mit der Behandlung der Mangelernährung ist auch der OPS-Kode 8-98j „Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung“ von Bedeutung. Dieser sieht bspw. adäquat geschultes Personal zur Behandlung der Mangelernährung vor, das in einem Ernährungsteam gebündelt wird. Als weitere Aspekte werden ein standardisiertes Screening und ein Ernährungs-Assessment sowie Vorgaben für die Planung, Durchführung und Kontrolle der Ernährungstherapie vorgesehen.

3.1.2 Ziele der Qualitätsverträge

Ziele, die mit potenziellen Vereinbarungen in Qualitätsverträgen im Leistungsbereich „Diagnostik, Therapie und Prävention der Mangelernährung“ angestrebt werden, finden sich in den Tragenden Gründen (G-BA 2022c). Hierbei ist zunächst die Wiederherstellung eines guten Ernährungsstatus unter Berücksichtigung der Begleitumstände formuliert. Das heißt, dass der Ernährungszustand der Patientin oder des Patienten verbessert oder erhalten werden soll. Weiteres Ziel, das mit der Einführung von Qualitätsverträgen verbunden ist, ist die Erzielung positiver Effekte auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Durch eine Verbesserung des Ernährungszustands sollen insbesondere Komplikationen wie Infektionen vermieden, die allgemeine Lebensqualität gesteigert sowie langfristig die Sterblichkeit verringert werden. Auf Einrichtungsebene dienen Qualitätsverträge dazu, eine Sensibilisierung der Krankenhäuser für die Thematik Mangelernährung, durch die Festlegung von Leistungen und Qualitätszielen, zu erreichen. Gleiches gilt für die Verbesserung von Strukturen, die den Aufbau eines Ernährungsmanagements und Ernährungsteams in den stationären Einrichtungen unterstützt. Um einen gewissen Standard in den Krankenhäusern zu gewährleisten bedarf es auch einer Optimierung der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Bereichen Ernährungsmedizin und Ernährungsmanagement. Auf

der operativen Ebene sollen Qualitätsverträge letztendlich zu einer Verbesserung der Prozesse und damit insbesondere zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung führen.

3.1.3 Zielgruppe

Die adressierte Zielgruppe umfasst erwachsene Patientinnen und Patienten, die stationär behandelt werden. Hierbei sind insbesondere onkologische und geriatrische, aber auch viszeralchirurgische und intensivmedizinisch betreute Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Diese Patientengruppen weisen ein erhöhtes Risiko einer Mangelernährung bzw. eines Mangelernährungsrisikos auf (Baldwin et al. 2016, DGE 2019, Baldwin et al. 2021, Pirllich et al. 2006). In den Behandlungsprozess sind Patientinnen und Patienten einzuschließen, die anhand eines Erstscreenings auf Mangelernährung als mangelernährt oder als Risikopatientin und -patient identifiziert werden.

3.1.4 Mögliche Qualitätsanforderungen

Mithilfe der in Kapitel 2 beschriebenen Vorgehensweise wurden für den Leistungsbereich „Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung“ sieben mögliche Qualitätsanforderungen herausgearbeitet, die sich in die sechs nachfolgenden Qualitätsaspekte zusammenfassen lassen.

- Schulung Personal
- Screening auf Mangelernährung
- Ernährungs-Assessment
- Ernährungstherapie
- Ernährungsberatung
- Entlassung

Nachfolgend werden strukturiert nach den Qualitätsaspekten die möglichen Qualitätsanforderungen beschrieben.

Schulung Personal

Tabelle 5: Mögliche Qualitätsanforderungen (Schulung Personal)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderungen
Schulung Personal	Behandlung der Mangelernährung durch geschultes Personal.

Die Leitlinienempfehlungen ergeben, dass die **Behandlung der Mangelernährung durch geschultes Personal** durchgeführt werden sollte. Nach Volkert et al. (2019a) ist hierfür das klinische Personal zu ernährungsmedizinischen Themen zu schulen und für das Thema der Mangelernährung zu sensibilisieren. Zur konkreten Ausgestaltung von Schulungen geben die Leitlinienempfehlungen keine Hinweise, anhand ergänzender Literatur wird grundsätzlich die Notwendigkeit eines standardisierten Curriculums in diesem Zusammenhang deutlich (Lepre et al. 2022).

Die Expertinnen und Experten und stellungnehmende Organisationen verweisen ebenfalls auf die Notwendigkeit der Schulung des klinischen Personals zur Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung(-risiko), wobei in der konkreten Umsetzung der Schulungen zwischen dem Ernährungsmediziner, nicht-ärztlichem Personal und Pflegepersonal differenziert werden muss. Hierbei sind für die einzelnen Berufsgruppen passgenaue Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen anzubieten bzw. zu konzipieren. Als Orientierung bezüglich der Qualifikationen im Rahmen des Ernährungsteams sollten die Anforderungen des OPS 8-98j „Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung“ erfüllt sein. Das heißt, Medizinerinnen und Mediziner sollten das strukturierte Curriculum der Bundesärztekammer (BÄK) zur ernährungsmedizinischen Versorgung durchlaufen haben oder die Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“ tragen (BÄK 2022). Inhalte hierbei sind die Einführung in die Grundlagen der Ernährungsmedizin, wobei auch die Möglichkeiten und Grenzen der ernährungsmedizinischen Prävention für unterschiedliche Patientengruppen ein Bestandteil sind. Darüber hinaus das Erlernen von Methoden, wie die enterale und parenterale Ernährung, die Organisation und Qualitätssicherung der ernährungstherapeutischen Maßnahmen sowie die Therapie und Prävention von unterschiedlichen ernährungsmedizinischen Krankheitsbildern.

Für nicht-ärztliches Personal, also Diätassistentinnen und Diätassistenten sowie Ökotrophologinnen und Ökotrophologen stehen hingegen Zertifikatslehrgänge verschiedener Fachgesellschaften zur Verfügung. Beispielsweise bietet die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. für nicht-medizinisches Personal Fortbildungen als Ernährungsberaterin und Ernährungsberater an. Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater werden von den interviewten Expertinnen und Experten als „Therapie-Lotsen“ verstanden, die die Ernährungstherapie in Abstimmung mit dem Ernährungsteam erstellen und überprüfen. Neben Aspekten der Ernährungsberatung in der Ausbildung von Diätassistentinnen und Diätassistenten sowie Ökotrophologinnen und Ökotrophologen gibt es in Deutschland im Rahmen von Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen keine einheitlichen Schulungen zur Ernährungsberaterin bzw. zum Ernährungsberater. Des Weiteren verweisen die Expertinnen und Experten auf die strukturierte curriculare Fortbildung von Pflegefachkräften der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM). Pflegefachkräfte sollen in diesem Zusammenhang qualifiziert werden, um Management und Ausführung der oralen, enteralen und parenteralen Ernährungstherapie zu übernehmen; darüber hinaus auch die Umsetzung des Screenings und ggf. des Ernährungs-Assessments. Die Fortbildung beinhaltet übergreifend auch die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit (Rubin et al. 2016).

Screening auf Mangelernährung

Tabelle 6: Mögliche Qualitätsanforderungen (Screening auf Mangelernährung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderungen
Screening auf Mangelernährung	Die Patientinnen und Patienten werden mit einem standardisierten Instrument auf (ein) Mangelernährung(-srisiko) untersucht.

Um Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung oder einem Risiko auf Mangelernährung zu erkennen, bedarf es eines Screenings breiter Patientengruppen. Nach den Leitlinienempfehlungen sollen hierbei grundsätzlich alle **Patientinnen und Patienten mit einem standardisierten Instrument auf (ein) Mangelernährung(-srisiko)⁵ untersucht werden** (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021). Insbesondere gefährdete Patientengruppen wie onkologische und geriatrische Patientinnen und Patienten sind hierbei in den Blick zu nehmen (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021, Muscaritoli et al. 2021). Das Screening auf Mangelernährung soll nach Muscaritoli et al. (2021) anhand einer frühzeitigen Erfassung des Body-Mass-Index (BMI), der Nahrungsaufnahme und (vorangehender) Gewichtsveränderungen erfolgen. Andere Leitlinienempfehlungen verweisen auf die Anwendung eines validierten Screening-Instruments zur Identifizierung von Mangelernährung (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021).

Die Umsetzung eines standardisierten Screenings auf Mangelernährung soll nach Einschätzung der Expertinnen und Experten in allen Patientengruppen während der Routineaufnahme innerhalb von 48 Stunden nach stationärer Aufnahme erfolgen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Vorgaben des OPS 8-98j „Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung“ verwiesen. Des Weiteren verweisen die Expertinnen und Experten zur Erfassung der Mangelernährung auf die Analyse der Nahrungsaufnahme, Ermittlung des BMI und die Beobachtung des Gewichtsverlaufs anhand standardisierter Screening-Instrumente wie Nutritional Risk Screening (NRS), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) oder Subjective Global Assessment (SGA). Die Verwendung des Patient Generated-Subjective Global Assessments (PG-SGA) eignet sich aufgrund seines Umfangs eher im Ernährungs-Assessment als im Screening. Die Anwendung der Bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA) wird von den Expertinnen und Experten als nicht geeignet beschrieben. Dem liegt die Tatsache zugrunde, dass dieses Messverfahren für multimorbide Personen mit erhöhten Wassereinlagerungen keine validen Messergebnisse liefert. Ebenso wird darauf hingewiesen, dass die zur Durchführung der BIA erforderlichen technischen Voraussetzungen nicht flächendeckend vorhanden sind.

⁵ Im weiteren Verlauf wird zur Vereinfachung nur noch der Begriff „Mangelernährung“ verwendet.

Ernährungs-Assessment

Tabelle 7: Mögliche Qualitätsanforderungen (Ernährungs-Assessment)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderungen
Ernährungs-Assessment	Ernährungs-Assessment bei Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung(-srisiko) durch ein Mitglied des Ernährungsteams: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnese der Körperzusammensetzung ▪ Bestimmung des Energie- und Nährstoffbedarfs ▪ Anamnese der Nahrungsaufnahme ▪ Überprüfung der körperlichen Leistungsfähigkeit
	Regelmäßige Wiederholung des Ernährungs-Assessments zur Überprüfung der Ernährungstherapie und deren Anpassung bei Bedarf.

Weisen Patientinnen und Patienten eine Mangelernährung auf, so ist ein Ernährungs-Assessment einzuleiten. Ein Mitglied des Ernährungsteams führt dazu eine Anamnese der Körperzusammensetzung und der Nahrungsaufnahme durch, bestimmt den Energie- und Nährstoffbedarf und überprüft die körperliche Leistungsfähigkeit. Eine regelmäßige Wiederholung des Assessments dient zur Überprüfung der Ernährungstherapie und führt bei Bedarf zu einer Anpassung.

Wird im Rahmen des Screenings eine Mangelernährung identifiziert, sehen die Leitlinienempfehlungen vor, dass in einem nächsten Schritt ein **Ernährungs-Assessment durch ein Mitglied des Ernährungsteams** durchzuführen ist. Es dient zur Anamnese der Körperzusammensetzung und der Nahrungsaufnahme, der Bestimmung des Energie- und Nährstoffbedarfs sowie der Überprüfung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Ergebnisse des Ernährungs-Assessments sind Grundlage für die Ausgestaltung der Ernährungstherapie.

Die Ernährungstherapie soll auf die Patientin oder den Patienten individuell zugeschnitten sein. Um die individuelle Situation einbeziehen zu können sind im Ernährungs-Assessment Ernährungsgewohnheiten, Muskelmasse, Auswirkungen der bisherigen Ernährung, mögliche Symptome einer Mangelernährung sowie die körperliche Leistungsfähigkeit zu ermitteln. Darüber hinaus kann auch die Stoffwechselsituation bzw. der Grad einer möglichen systemischen Inflammation bestimmt werden (Muscaritoli et al. 2021, Head and Neck Guideline Steering Committee 2021, Volkert et al. 2019a).

Anschließend wird der patientenindividuelle Nährstoffbedarf bzw. der benötigte Kalorien- und insbesondere der Proteinanteil bestimmt, der bei den genannten Risikogruppen in Relation zum Ausgangsgewicht stehen sollte (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021, Volkert et al. 2019a). Grundsätzlich sollte sich der Energie- und Nährstoffbedarf am Ernährungsstatus, der körperlichen Leistungsfähigkeit, dem Krankheitszustand und möglichen Verträglichkeit der Nahrungsbestandteile orientieren (Volkert et al. 2019a). Die Leitlinienempfehlungen geben hierzu eine tägliche Nährstoffzufuhr von 30 Kilokalorien pro Kilogramm Körpergewicht an (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021, Volkert et al. 2019a). Im Rahmen des Assessments kann auch

ein validiertes Instrument zur Bewertung des Ernährungszustands, wie z. B. der PG-SGA verwendet werden (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021). Bei beatmeten Patientinnen und Patienten soll hingegen durch indirekte Kalorimetrie der Energie- und Nährstoffbedarf bestimmt werden (Singer et al. 2019). Hierbei wird durch die Messung des Sauerstoffverbrauchs die benötigte Kalorienmenge berechnet (Elke et al. 2018).

Ergänzend zu den Leitlinienempfehlungen gibt es Hinweise in der weiterführenden Literatur, die im Rahmen des Ernährungs-Assessments die Erstellung eines entsprechenden patientenindividuellen Behandlungsplans vorsehen (Omidvari et al. 2013).

Die Expertinnen und Experten bekräftigen die zentrale Bedeutung des Ernährungs-Assessments und verweisen bezüglich dessen Ausgestaltung auf die Vorgaben des OPS 8-98j „Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung“. Ergänzend wird zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit die Handkraftmessung vorgeschlagen. Diese stellt eine gute Vergleichbarkeit dar und ist bei einem Großteil mangelernährter Patientinnen und Patienten anwendbar. Darüber hinaus wird angemerkt, dass die Anamnese der Körperzusammensetzung und der Nahrungsaufnahme sich nicht an generischen Richtwerten, sondern an krankheits- und patientenspezifischen Werten orientieren sollen. Gleiches gilt für die Bestimmung des Energie- und Nährstoffbedarfs. Exemplarisch wird der erhöhte Proteinbedarf von Krebspatientinnen und -patienten gegenüber anderen Patientengruppen genannt. Die stellungnehmenden Organisationen verweisen hinsichtlich der Durchführung des Ernährungs-Assessments darauf, dass dieses durch eine Diätassistentin oder einen Diätassistenten oder eine Ökotrophologin oder einen Ökotrophologen unter der Behandlungsleitung einer Ärztin oder eines Arztes mit der entsprechenden curricularen Fortbildung oder der Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“ erfolgen soll.

Im Verlauf ist eine **regelmäßige Wiederholung des Ernährungs-Assessments zur Überprüfung der Ernährungstherapie und deren Anpassung bei Bedarf** angezeigt. Wie im initialen Ernährungs-Assessment sind auch hier die Nahrungsaufnahme sowie Gewichtsveränderungen zu erfassen. Je nach Situation ist der Energie- und Nährstoffbedarf neu zu bestimmen und die Ernährungstherapie entsprechend anzupassen (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021, Muscaritoli et al. 2021, Volkert et al. 2019a).

Bezüglich der Überprüfung der therapeutischen Maßnahmen verweisen die Expertinnen und Experten auf die Anwendung der im Ernährungs-Assessment zu verwendenden Prüfgrößen. Insbesondere das Körpergewicht bzw. der BMI sowie ggf. die Handkraftmessung sind als Anhaltspunkte zu berücksichtigen.

Ernährungstherapie

Tabelle 8: Mögliche Qualitätsanforderungen (Ernährungstherapie)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderungen
Ernährungstherapie	Ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung(-risiko) unter der Anwendung von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ oraler und/oder ▪ enteraler und/oder ▪ parenteraler Ernährung.

Die Ernährungstherapie kann oral, enteral und/oder parenteral erfolgen. Zu den oralen Ernährungsformen gehören die herkömmliche Ernährung oder Sonderkostformen wie bspw. Spezialdiäten, Speisenanreicherungen durch Makro- und Mikronährstoffe. In diesem Zusammenhang ist auch die Diätberatung als Instrument des Ernährungssupports zu erwähnen. Eine enterale Ernährung (Sondenernährung) bzw. parenterale Ernährung (intravenöse Ernährung) können entweder ergänzend zur oralen Ernährung, in Kombination oder als einzelne ernährungstherapeutische Maßnahmen erfolgen (NICE 2006 zitiert durch Valentini et al. 2013). Wie auch eine stellungnehmende Organisation bemerkte, wird eine adäquate Flüssigkeitsaufnahme im Zusammenhang mit einer Ernährungstherapie als klinisch sehr bedeutsam angesehen; im Weiteren wird hierauf aber nicht näher eingegangen, da hierzu keine spezifischen Leitlinienempfehlungen vorliegen.

Tabelle 9: Stufenschema der Ernährung (NICE 2006 zitiert durch Valentini et al. 2013)

I	Normalkost; Sonderkostform; Speisenanreicherung; Diätberatung
II	I + orale bilanzierte Diäten (OBD)
III	(I, II) + supplementierende enterale/parenterale Ernährung
IV	Totale enterale Ernährung
V	Enterale Ernährung + parenterale Ernährung
VI	Parenterale Ernährung + minimale enterale Ernährung
VII	Totale parenterale Ernährung

Patientinnen und Patienten, für die die orale Aufnahme von Nahrung keine Probleme darstellt, sollten ggf. Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme erhalten (Muscaritoli et al. 2021). Ergänzend dazu kann eine Ernährungsberatung und der Einsatz oraler Nahrungsergänzungsmittel (Oral Nutrition Supplements – ONS) sowie eine Behandlung möglicher vorliegender Symptome oder Störungen, die die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen, erfolgen (Muscaritoli et al. 2021). Die ernährungsunterstützende Anwendung von ONS bzw. die Anreicherung der Nahrung kann insbesondere bei Risikogruppen wie Krebspatientinnen und -patienten und älteren Patientinnen und Patienten zur langfristigen Verbesserung der Nahrungsaufnahme dienen. Dadurch soll nicht nur

eine Gewichtsstabilisierung erreicht und das Komplikationsrisiko gesenkt, sondern auch die Wiedereinweisungsrate positiv beeinflusst werden (Volkert et al. 2019a, Weimann et al. 2021). Die Leitlinienempfehlungen weisen auch auf die Unterstützung bspw. durch das Pflegefachpersonal bei der oralen Nahrungsaufnahme hin (NICE 2017, Volkert et al. 2019a). Der Einsatz diätischer Ernährungsformen bspw. aufgrund bestimmter Erkrankungen wird bei Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung ausdrücklich nicht empfohlen. Auch von der medikamentösen Behandlung der Mangelernährung wird grundsätzlich erst einmal abgeraten. Hiervon ausgenommen ist die Substitution bestimmter Mineralstoffe oder Vitamine (Roeland et al. 2020, Muscaritoli et al. 2021).

Wird eine unzureichende orale Aufnahme von Nahrung festgestellt, die unterschiedliche Ursachen haben kann, besteht die Möglichkeit, die Patientin oder den Patienten enteral zu ernähren (Muscaritoli et al. 2021, Singer et al. 2019). Die enterale Ernährung sollte hierbei so kurz wie möglich gehalten werden (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021). Sollte dennoch eine langfristige enterale Ernährung notwendig sein, sind auf psychosoziale Auswirkungen und Belastungen durch diese zu achten und ggf. entsprechende Unterstützung anzubieten (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021, Singer et al. 2019). Generell ist die enterale Ernährung über eine Sonde möglich, deren Zugang entweder nasal oder gastrointestinal erfolgt. Dies kann sich nach dem vorliegenden Krankheitsbild, der erwarteten Dauer oder weiteren situationsabhängigen Faktoren richten (NICE 2017, Singer et al. 2019). Beispielsweise ist bei eher kurzfristiger enteraler Ernährung, welche häufig viszeralchirurgische Patientinnen und Patienten betrifft, die enterale Ernährung über eine Nasensonde angezeigt (Weimann et al. 2021).

Der Einsatz prophylaktischer enteraler Ernährung kann zur Vermeidung der Mangelernährung oder eines Risikos zur Anwendung kommen (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021). Die enterale Ernährungsform ist grundsätzlich nur für Patientinnen und Patienten geeignet, die einen funktionierenden Verdauungstrakt aufweisen (NICE 2017).

Grundsätzlich sollte die enterale Ernährung nach Möglichkeit der parenteralen Ernährung vorgezogen werden (Singer et al. 2019). Ist eine enterale Ernährung jedoch nicht ausreichend oder nicht möglich, kann die Ernährung parenteral erfolgen (Muscaritoli et al. 2021, Singer et al. 2019). Parenterale Ernährung ist insbesondere angezeigt, wenn die Sicherstellung des Ernährungszustands durch orale oder enterale Ernährung nicht ausreichend möglich ist, wenn bspw. der Zugang oder die Funktion des Gastrointestinaltrakts stark eingeschränkt ist (Muscaritoli et al. 2021, NICE 2017, Weimann et al. 2021). Eine parenterale Ernährung kann bei Bedarf auch ergänzend zu anderen ernährungstherapeutischen Maßnahmen erfolgen (NICE 2017). Die Überprüfung der Notwendigkeit einer parenteralen Ernährung sollte während der Ernährungstherapie kontinuierlich erfolgen (NICE 2017).

Übergreifend ist zu berücksichtigen, dass eine ergänzende enterale oder parenterale Ernährung eine Überernährung begünstigen kann (Singer et al. 2019). Bestand über einen längeren Zeitraum eine verminderte Nahrungsaufnahme, sollte darüber hinaus die Erhöhung der Nährstoffmenge

schrittweise erfolgen, um ein mögliches Re-Feeding-Syndrom zu vermeiden (Muscaritoli et al. 2021, Singer et al. 2019).

Die Expertinnen und Experten weisen grundsätzlich darauf hin, dass das übergeordnete Ziel der Ernährungstherapie immer die Ermöglichung und Förderung der natürlichen oralen Nahrungsaufnahme sein sollte. Gewährleistet diese eine ausreichende Versorgung der Patientin oder des Patienten mit Nährstoffen nicht, kann eine Kombination mit weiteren Ernährungsformen (ONS, enterale oder parenterale Ernährung) hilfreich sein. Insgesamt ist die Berücksichtigung der Ressourcen, Ernährungsgewohnheiten und psychosozialen Situation der Patientinnen und Patienten für den Erfolg der Ernährungstherapie von Bedeutung.

Ernährungsberatung

Tabelle 10: Mögliche Qualitätsanforderungen (Ernährungsberatung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderungen
Ernährungsberatung	Angebot einer therapiebegleitenden Ernährungsberatung zur Edukation der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen.

Das **Angebot einer therapiebegleitenden Ernährungsberatung zur Edukation der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen** ist ein wesentlicher Baustein der Behandlung von Mangelernährung (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021, Muscaritoli et al. 2021). Regelmäßige Termine (bspw. wöchentlich) zur Ernährungsberatung, die durch eine Ernährungsfachkraft durchgeführt werden, wirken sich insbesondere auf Patientengruppen mit erhöhtem Risiko, wie z. B. Krebspatientinnen und -patienten, positiv aus (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021). Auch andere Risikogruppen wie ältere Patientinnen und Patienten profitieren von einer Ernährungsberatung, da hierdurch ihre Nahrungsaufnahme und der Ernährungszustand insgesamt verbessert werden (Volkert et al. 2019a). Im Rahmen der Ernährungsberatung werden ernährungsbezogene Informationen vermittelt, um das Bewusstsein der Patientinnen und Patienten für ihre Ernährung zu stärken (Volkert et al. 2019a).

Bezieht man die oben genannten, auf internationalen Leitlinienempfehlungen basierenden Aussagen auf das deutsche Gesundheitssystem, ist die Ernährungsberatung nach Aussagen der Expertinnen und Experten und stellungnehmender Organisationen grundsätzlich durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte durchzuführen. Dabei sind Ärztinnen und Ärzte mit der Qualifikation Ernährungsmedizin, aber auch entsprechend qualifizierte andere Fachkräfte mit einem anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Ernährung wie Diätassistentinnen bzw. Diätassistenten, Ökotrophologinnen bzw. Ökotrophologen und Ernährungswissenschaftlerinnen bzw. Ernährungswissenschaftler, die die erforderlichen speziellen Fachkenntnissen und Therapieerfahrungen haben, zu nennen. Die Ernährungsberatung soll während des stationären Aufenthalts alle betroffenen Patientinnen und Patienten in den Behandlungsprozess partizipativ einbeziehen und hierbei informieren und beraten. Somit kann die Ernährungsfachkraft auch als „Lotse“ bzw. Initi-

ator des Ernährungs-Assessments und der Ernährungstherapie agieren, während die Verantwortung der Ernährungstherapie insgesamt durch das gesamte Ernährungsteam zu verantworten ist. Bei bestimmten Patientinnen und Patienten bspw. mit einer Demenzerkrankung ist die Umsetzung der Ernährungsberatung nicht oder eingeschränkt möglich. Um dem Rechnung tragen und um die Nachhaltigkeit der Ernährungsberatung und auch der Ernährungstherapie sicherzustellen, können auch Angehörige bzw. Pflegende in die Ernährungsberatung einbezogen werden.

Entlassung

Tabelle 11: Mögliche Qualitätsanforderungen (Entlassung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderungen
Entlassung	Planung der ernährungstherapeutischen Versorgung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung.

Ist der Ernährungszustand einer Patientin oder eines Patienten soweit stabil und kann dieser entlassen werden, bedarf es **der Planung der ernährungstherapeutischen Versorgung nach der Entlassung**. In den Leitlinienempfehlungen soll eine poststationäre Nachbetreuung durch die Diätassistentin oder den Diätassistenten organisiert werden (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021). Hierbei ist als Mindestanforderung eine poststationäre Betreuung in den ersten sechs Wochen vorgesehen, in denen alle zwei Wochen eine Diätassistentin oder ein Diätassistent die Nachbehandlung durchführt (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021). Insgesamt wird eine poststationäre Nachbetreuung von bis zu sechs Monate vorgeschlagen, wobei aufgrund sich veränderter Situationen (bspw. einer Verschlechterung der Grunderkrankung) oder einer ambulant durchgeführten enteralen Ernährung eine Nachbetreuung über sechs Monate hinaus erforderlich werden kann (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021). Da es sich hierbei um Leitlinienempfehlungen für den australischen Gesundheitssektor handelt, ist die Übertragbarkeit der Empfehlungen auf das deutsche Gesundheitswesen nicht uneingeschränkt möglich. Im Kontext des deutschen sektoral organisierten Gesundheitssystems ist nach dem Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in diesem Zusammenhang der Entlassplan und insbesondere der Entlassbrief von Bedeutung. Der Entlassbrief richtet sich an die weiterversorgenden Ärztinnen und Ärzte mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen, in dem alle relevanten Informationen wie bspw. Epikrise, weiteres Prozedere/Empfehlungen oder verordnete Arzneimittel weitergegeben werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022).

Zur Entlassung der Patientinnen und Patienten verweisen die Expertinnen und Experten und stellungnehmende Organisationen darauf, dass bei Bedarf die poststationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten geplant werden sollte. Diese sollte durch Ernährungsfachkräfte wie Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ökotrophologinnen und Ökotrophologen oder Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler mit der entsprechenden Weiterbildung in

Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten erfolgen. Die Diagnosestellungen, erfolgte Prozeduren und die Ernährungsanamnese sind hierzu in einem Entlassbrief zusammengetragen, wobei anzugeben ist, welche ernährungstherapeutischen Interventionen fortzuführen sind. Auch das Gewicht bzw. der BMI bei stationärer Aufnahme und Entlassung sollte im Entlassbrief enthalten sein. Des Weiteren muss der Entlassbrief auch Informationen über die nach der Entlassung weiterzuführenden, therapeutischen Maßnahmen beinhalten. Auch ein Pflegeüberleitungsbogen kann beim Informationstransfer unterstützen. Darüber hinaus ist es hilfreich, die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige bzw. Pflegenden über den weiteren Therapieverlauf zu informieren und zu beraten und ggf. schriftliche Informationen auszuhändigen.

3.1.5 Versorgungspfad

In Abbildung 2 ist basierend auf den im vorangehenden Abschnitt dargelegten möglichen Qualitätsanforderungen ein entsprechender Versorgungspfad visualisiert.

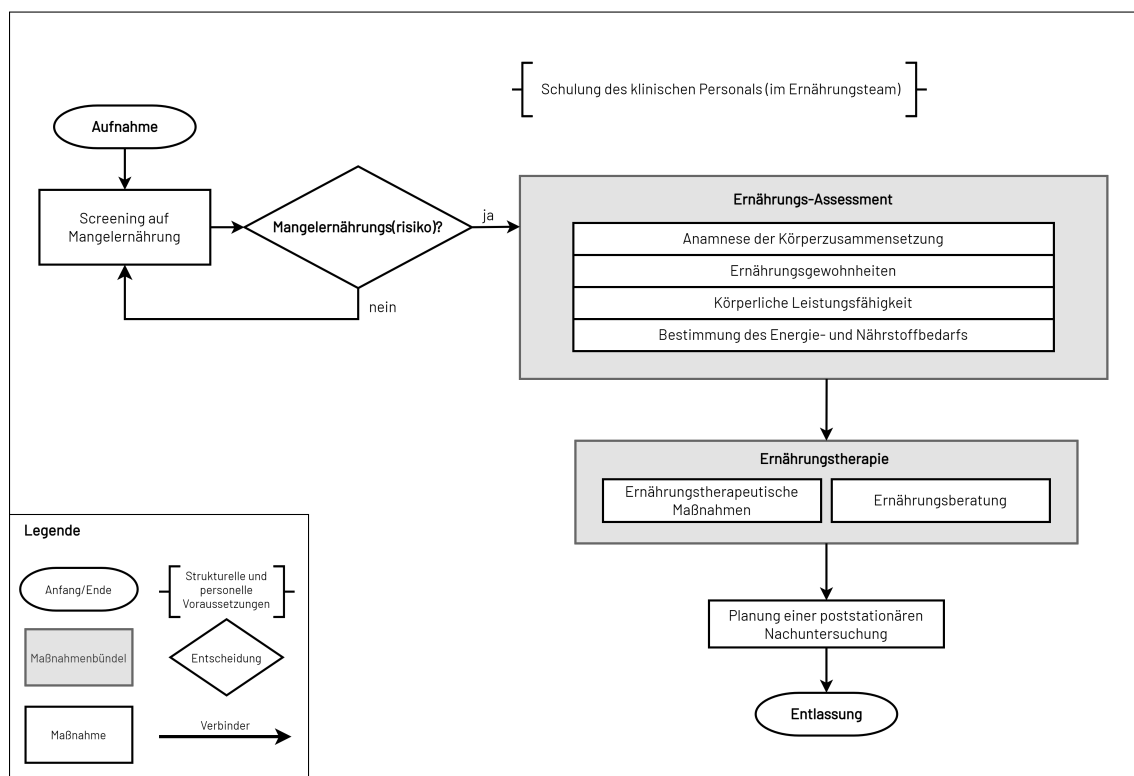


Abbildung 2: Versorgungspfad (Mangelernährung)

3.1.6 Endpunkte

Die Leitlinienempfehlungen adressieren die Struktur- und Prozessqualität. Um darüber hinaus für die Patientinnen und Patienten unmittelbar relevante Merkmale der Ergebnisqualität zu identifizieren, wurden in einem ersten Schritt die Ergebnisse der Vorrecherche und später die weiteren Wissensbestände (siehe Abbildung 1) herangezogen. Ergänzend wurden auch die Einschätzungen

der Expertinnen und Experten berücksichtigt. Hieraus ergeben sich nachfolgende patientenrelevante Endpunkte für den Leistungsbereich:

- Gewicht
- Physische Leistungsfähigkeit

Gewicht

Das Ziel bei Behandlung der Mangelernährung bzw. des Mangelernährungsrisikos ist im ersten Schritt die Stabilisierung des Körperzustands bzw. des Körpergewichts, perspektivisch ist auch eine Zunahme des Körpergewichts im Fokus. Dies geht auch aus den Leitlinienempfehlungen hervor, die sich in der Regel am Endpunkt Gewicht ausrichten. Dazu sollen ernährungstherapeutische Interventionen wie orale, enterale und parenterale Ernährung angewandt werden, um durch eine adäquate Nährstoffzufuhr ein bestimmtes Körpergewicht zu erreichen (Muscaritoli et al. 2021, Singer et al. 2019). Auch in der klinischen Therapie dient das Gewicht als Referenz für die therapeutische Entwicklung bzw. den Therapieerfolg. Die Expertinnen und Experten geben bezüglich der Ergebnisqualität die Erfassung des Körpergewichts als ausschlaggebenden Indikator an, um therapeutische Veränderungen oder Verbesserungen sowie die Therapieziele zu erfassen. In der Literatur wird ebenfalls die Veränderung des Gewichts für den Erfolg ernährungstherapeutischer Maßnahmen herangezogen (Baldwin et al. 2016, Baldwin et al. 2021).

Physische Leistungsfähigkeit

Patientinnen und Patienten, die mangelernährt sind oder ein Mangelernährungsrisiko aufweisen, sind aufgrund des damit einhergehenden Energie- und Nährstoffmangels in der körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt (Soeters und Schols 2009). Bezüglich dieser Auswirkungen zeigen Studienergebnisse, dass ernährungstherapeutische Maßnahmen einen Effekt auf die physische Leistungsfähigkeit haben. Patientinnen und Patienten mit einer Mangelernährung profitieren von ernährungsbezogenen Interventionen, die hierdurch auch eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit bewirken (Avenell et al. 2016, Baldwin et al. 2016). Auch die Leitlinienempfehlungen referieren auf den Endpunkt physikalische Leistungsfähigkeit, der eine Spezifizierung des patientenbezogenen körperlichen Zustands darstellt (Muscaritoli et al. 2021, Volkert et al. 2019a). Außerdem unterstreichen die Expertinnen und Experten die Relevanz der physikalischen Leistungsfähigkeit, um detaillierte Ergebnisse über die Ernährungssituation zu erhalten.

3.1.7 Empfohlene Evaluationskennziffern

In den beiden nachfolgenden Tabellen werden die vorangehend berichteten möglichen Qualitätsanforderungen (Tabelle 12) und patientenrelevanten Endpunkte (Tabelle 13) dargestellt und ausgewiesen, inwieweit hiervon entsprechende Evaluationskennziffern abgeleitet wurden.

Tabelle 12: Entwicklung von Evaluationskennziffern ME (mögliche Qualitätsanforderungen)

Mögliche Qualitätsanforderung	Evaluationskennziffer (Eval-KNZ)
Behandlung der Mangelernährung durch geschultes Personal.	Ja: Eval-KNZ ME-01
Die Patientinnen und Patienten werden mit einem standardisierten Instrument auf (ein) Mangelernährung(-srisiko) untersucht.	Ja: Eval-KNZ ME-02
Ernährungs-Assessment bei Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung (-srisiko) durch ein Mitglied des Ernährungsteams: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnese der Körperzusammensetzung ▪ Bestimmung des Energie- und Nährstoffbedarfs ▪ Anamnese der Nahrungsaufnahme ▪ Überprüfung der körperlichen Leistungsfähigkeit 	Ja: Eval-KNZ ME-03
Ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung(-srisiko) unter der Anwendung von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ oraler und/oder ▪ enteraler und/oder ▪ parenteraler Ernährung. 	Ja: Eval-KNZ ME-05 Ein Teil der interviewten Expertinnen und Experten weist darauf hin, dass die Durchführung der Ernährungstherapie wenig Verbesserungspotenziale aufweist und demnach nicht primär das Ziel von Qualitätsförderung durch Qualitätsverträge darstellen sollte. Folglich werden in der entwickelten Evaluationskennziffer die unterschiedlichen Formen der Ernährung erfasst, mit der Evaluationskennziffer ist aber kein unmittelbares Qualitätsziel verbunden.
Regelmäßige Wiederholung des Ernährungs-Assessments zur Überprüfung der Ernährungstherapie und deren Anpassung bei Bedarf.	Ja: Eval-KNZ ME-06
Angebot einer therapiebegleitenden Ernährungsberatung zur Edukation der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen.	Ja: Eval-KNZ ME-04
Planung der ernährungstherapeutischen Versorgung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung.	Ja: Eval-KNZ ME-07

Tabelle 13: Entwicklung von Evaluationskennziffern ME (Endpunkte)

Endpunkt	Evaluationskennziffer (Eval-KNZ)
Gewicht	Ja: Eval-KNZ ME-08 (Das Gewicht wird im Verhältnis zur Körpergröße mithilfe des Body-Mass-Index erfasst.)
Physische Leistungsfähigkeit	Ja: Eval-KNZ ME-07

Tabelle 14 gibt einen Überblick zu den für diesen Leistungsbereich entwickelten Evaluationskennziffern. Die darauffolgenden Tabellen beschreiben die Evaluationskennziffern im Einzelnen. Hierbei wird sowohl das Ziel im Sinne einer Verbesserung der Versorgungsqualität als auch die Qualitätsdimension (Struktur, Prozess, Ergebnis) benannt und ferner, ob die Evaluationskennziffer einrichtungs- oder fallbezogen zu erfassen ist.

Tabelle 14: Empfohlene Evaluationskennziffern ME (Übersicht)

Eval-KNZ	Evaluationskennziffer	Verweis
ME-01	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe	Tabelle 15
ME-02	Screening auf Mangelernährung	Tabelle 16
ME-03	Ernährungs-Assessment	Tabelle 17
ME-04	Angebot einer Ernährungsberatung	Tabelle 18
ME-05	Ernährungstherapie	Tabelle 19
ME-06	Wiederholung des Ernährungs-Assessments	Tabelle 20
ME-07	Entlassbrief	Tabelle 21
ME-08	Physische Leistungsfähigkeit	Tabelle 22
ME-09	Body-Mass-Index (BMI)	Tabelle 23

Tabelle 15: Evaluationskennziffer ME-01

Bezeichnung	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe
Ziel	Die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind, haben eine Schulung zu Aspekten der Mangelernährung wie bspw. Grundlagen der Ernährungsmedizin, ernährungsmedizinische Prävention, ernährungstherapeutische Maßnahmen sowie Therapie und Prävention von unterschiedlichen ernährungsmedizinischen Krankheitsbildern erhalten.
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind und eine Schulung erhalten haben.

Bezeichnung	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenner: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind.
Anmerkung	<p>In der weiterführenden Operationalisierung wird festgelegt,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ welche Angehörigen der Gesundheitsberufe einzubeziehen sind, ▪ welche Mindestanforderungen an Schulungsinhalte gestellt werden und ▪ inwieweit die Anteile einzelner Berufsgruppen ergänzend separat auszuweisen sind.

Tabelle 16: Evaluationskennziffer ME-02

Bezeichnung	Screening auf Mangelernährung
Ziel	Die Patientinnen und Patienten der Zielgruppe werden auf eine Mangelernährung bzw. ein Risiko für eine Mangelernährung (Screening) mittels eines standardisierten Instruments untersucht.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten, die ein standardisiertes Screening erhalten haben. ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten der Zielgruppe.

Tabelle 17: Evaluationskennziffer ME-03

Bezeichnung	Ernährungs-Assessment
Ziel	Patientinnen und Patienten mit einem auffälligem Screeningbefund erhalten ein standardisiertes Ernährungs-Assessment.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten mit auffälligem Screening, die ein standardisiertes Ernährungs-Assessment erhalten. ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten mit auffälligem Screeningbefund.

Tabelle 18: Evaluationskennziffer ME-04

Bezeichnung	Angebot einer Ernährungsberatung
Ziel	Patientinnen und Patienten mit Indikation für eine Ernährungstherapie (und/oder deren Angehörige/Pflegende) wird ein Angebot zur Ernährungsberatung gemacht.
Qualitätsdimension	Prozess

Bezeichnung	Angebot einer Ernährungsberatung
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten mit Indikation für eine Ernährungstherapie (und/oder deren Angehörige/Pflegende), die ein Angebot für eine Ernährungsberatung erhalten haben. ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten mit Indikation für eine Ernährungstherapie.

Tabelle 19: Evaluationskennziffer ME-05

Bezeichnung	Ernährungstherapie
Ziel	<p>Die Evaluationskennziffer verfolgt kein unmittelbares Qualitätsziel, sondern erfasst die unterschiedlichen Formen der Ernährung (NICE 2006 zitiert durch Valentini et al. 2013):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normalkost; Sonderkostform; Speisenanreicherung 2. 1 + orale bilanzierte Diäten (OBD) 3. (1+2) + supplementierende enterale/parenterale Ernährung 4. Totale enterale Ernährung 5. Enterale Ernährung + parenterale Ernährung 6. Parenterale Ernährung + minimale enterale Ernährung 7. Totale parenterale Ernährung
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<p>Berücksichtigte Formen der Ernährung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orale Ernährung (Normalkost; Sonderkostform; Speisenanreicherung) ▪ Orale Ernährung + orale bilanzierte Diäten (OBD) ▪ Orale Ernährung + orale bilanzierte Diäten (OBD) + supplementierende enterale/parenterale Ernährung ▪ Totale enterale Ernährung ▪ Enterale Ernährung + parenterale Ernährung ▪ Parenterale Ernährung + minimale enterale Ernährung ▪ Totale parenterale Ernährung <p>Für jede Form der Ernährung wird berechnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten und bei denen die Form der Ernährung zutrifft. ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten.
Anmerkung	Es handelt sich um eine Evaluationskennziffer, die mehrere Kennzahlen beinhaltet, die im Rahmen der Auswertung in einer Gesamtschau betrachtet werden.

Bezeichnung	Ernährungstherapie
	Entgegen des Stufenschemas der Ernährung nach NICE 2006 zitiert durch Valentini et al. 2013 (2006) wird die Diätberatung in der Evaluationskennziffer exkludiert, da diese keine unmittelbare Form der Ernährung darstellt und darüber hinaus in der Evaluationskennziffer ME-04 „Angebot einer Ernährungsberatung“ gesondert berücksichtigt wird.

Tabelle 20: Evaluationskennziffer ME-06

Bezeichnung	Wiederholung des Ernährungs-Assessments
Ziel	Bei Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten, wird das Ernährungs-Assessment regelmäßig wiederholt.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	Arithmetisches Mittel der fallbezogenen Verhältnisse (Ratio) von durchgeführten Assessments (Anzahl von Ernährungs-Assessments) zu stationären Behandlungstagen (Anzahl an Tagen einschließlich des Tages des initialen Ernährungs-Assessments bis zum Tag der Entlassung).
Anmerkung	Die Berücksichtigung der Anzahl an stationären Behandlungstagen im Sinne der Risikoadjustierung wird empirisch anhand der Auswertungsdaten in der Auswertung geprüft. Hintergrund ist, dass die in den Leitlinienempfehlungen geforderte Regelmäßigkeit nicht abschließend definiert werden konnte, aufgrund der Experteninterviews jedoch anzunehmen ist, dass zusätzliche Assessments nach bereits längerem Aufenthalt in geringerer Frequenz zu erwarten sind, ohne dass dies eine mangelnde Behandlungsqualität widerspiegelt.

Tabelle 21: Evaluationskennziffer ME-07

Bezeichnung	Entlassbrief
Ziel	Bei Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten haben, werden in den Entlassbriefen mindestens nachfolgende ernährungsbezogene Informationen aufgenommen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewicht bei Entlassung ▪ Verlauf und Maßnahmen der Ernährungstherapie ▪ Ernährungsbezogene Handlungsempfehlungen für die Versorgung nach der Entlassung
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten haben und die einen Entlassbrief enthalten haben, in dem die ernährungsbezogenen Informationen enthalten sind.

Bezeichnung	Entlassbrief
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten haben.

Tabelle 22: Evaluationskennziffer ME-08

Bezeichnung	Physische Leistungsfähigkeit
Ziel	Bei Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten, wird die physische Leistungsfähigkeit erhalten oder verbessert.
Qualitätsdimension	Ergebnis
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	Arithmetisches Mittel der fallbezogenen Verhältnisse (Ratio) der Differenz der Handkraftmessung zu den Zeitpunkten initiales Ernährungs-Assessment und Tag vor der Entlassung bei Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten, zu stationären Behandlungstagen.
Anmerkung	Die Berücksichtigung der Anzahl an stationären Behandlungstagen im Sinne der Risikoadjustierung wird empirisch anhand der Auswertungsdaten geprüft. Hintergrund ist, dass den Expertinnen und Experten zufolge, eine weitere Zunahme der physischen Leistungsfähigkeit nach bereits längerem Aufenthalt in geringerem Maße zu erwarten ist, ohne dass dies eine mangelnde Behandlungsqualität widerspiegelt.

Tabelle 23: Evaluationskennziffer ME-09

Bezeichnung	Body-Mass-Index (BMI)
Ziel	Bei Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten, wird der BMI erhalten oder verbessert.
Qualitätsdimension	Ergebnis
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	Arithmetisches Mittel der fallbezogenen Verhältnisse (Ratio) der Differenz des BMI zu den Zeitpunkten initiales Ernährungs-Assessment und Tag vor der Entlassung bei Patientinnen und Patienten, die eine Ernährungstherapie erhalten, zu stationären Behandlungstagen.
Anmerkung	Die Berücksichtigung der Anzahl an stationären Behandlungstagen im Sinne der Risikoadjustierung wird empirisch anhand der Auswertungsdaten geprüft. Hintergrund ist, dass den Expertinnen und Experten zufolge eine weitere Zunahme des BMI nach bereits längerem Aufenthalt in geringerem Maße zu erwarten ist, ohne dass dies eine mangelnde Behandlungsqualität widerspiegelt.

3.1.8 Limitationen

Im Rahmen möglicher Limitationen aus Sicht der Evaluation ist zu beachten, dass Patientinnen und Patienten mit einer Mangelernährung unterschiedliche Ursachen in der Entstehung des Krankheitsbildes aufweisen bzw. unterschiedliche Ursachen ein Risiko auf Mangelernährung bedingen (siehe Abschnitt 3.1.1). Daher findet die Behandlung von betroffenen Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen statt, hierbei insbesondere in der Onkologie, Geriatrie, Viszeralchirurgie und Intensivmedizin. Durch die Unterschiede in den betroffenen Patientenkollektiven der einzelnen Fachdisziplinen zeigen sich auch Unterschiede in der Ernährungstherapie mit Blick auf die Art und die Dauer von ernährungstherapeutischen Maßnahmen, die im Mittelpunkt stehen. Diese Unterschiedlichkeit spiegelt sich auch in den jeweiligen Zielgruppen der eigeschlossenen Leitlinien wieder und damit auch in den enthaltenen Leitlinienempfehlungen. Auffällig hierbei ist, dass die extrahierten Leitlinienempfehlungen spezifisch für die Behandlung von onkologischen und geriatrischen Patientinnen und Patienten umfangreicher ausfiel als für viszeralchirurgische und intensivmedizinische Patientinnen und Patienten. Der hierdurch entstandene Fokus kann in der Konsequenz bedeuten, dass die möglichen Qualitätsanforderungen und die empfohlenen Evaluationskennziffern tendenziell eher auf onkologische und geriatrische Patientinnen und Patienten referenzieren.

Im vorliegenden Leistungsbereich muss vor der Anwendung möglicher Maßnahmen aus der definierten Zielgruppe (siehe Abschnitt 3.1.3) erst die entsprechende Behandlungsgruppe identifiziert werden. In der Evaluation geschieht dies in der Nullwertmessung (Vorhergruppe) nach dem bisherigen Vorgehen in der Versorgung, in der Interventionsmessung (Nachher-Gruppe) unter Einfluss der Vereinbarungen des Qualitätsvertrags, hierbei also bspw. mittels systematischem Screening. Durch die unterschiedlichen Vorgehensweisen kann es zu Verzerrung beim Vorher-Nachher-Vergleich in der Evaluation aufgrund ungleicher Zusammensetzung der Vergleichsgruppen kommen (Selektionsbias). Diese können nur bedingt durch eine entsprechende Risikoadjustierung berücksichtigt werden.

Als weitere Limitation ist zu berücksichtigen, dass die Erfassung der physischen Leistungsfähigkeit (ME-08) mittels Handkraftmessung bei bestimmten Patientinnen und Patienten eingeschränkt bzw. nicht möglich ist. Beispielsweise weisen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass bei bewusstlosen Intensivpatientinnen und -patienten eine Handkraftmessung grundsätzlich nicht durchgeführt werden kann. Auch kann bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ein Response-Bias vermutet werden und dies insbesondere bei Vorliegen einer demenziellen Erkrankung. In der Evaluation kann dies nur insofern berücksichtigt werden, als dass bei Patientinnen und Patienten, bei denen die Handkraftmessung nicht durchgeführt werden kann, dies in der Dokumentation erfasst wird. Des Weiteren ist es möglich, dass es trotz der Behandlung einer stationären Mangelernährung zu einer Abnahme der physischen Leistungsfähigkeit durch die Grunderkrankung kommen kann.

Die Endpunkte physische Leistungsfähigkeit (ME-08) und Gewicht (ME-07) geben Auskunft über den Körperzustand der Patientin oder des Patienten. Ziel hierbei ist es, den Körperzustand im Rahmen der Therapie der Mangelernährung zu erhalten bzw. zu stabilisieren und soweit möglich zu verbessern. Durch die beiden Endpunkte werden die Maßnahmen der Mangelernährung meist erst langfristig beobachtbar, also eine Gewichtszunahme bzw. ein Anstieg des BMI oder eine verbesserte physische Leistungsfähigkeit, da mögliche Wirkungen von Interventionen sich in der Regel verzögert auf die Endpunkte auswirken. Das bedeutet, dass kürzere stationäre Aufenthalte weniger Potenzial haben sich auf die Endpunkte auszuwirken im Vergleich zu längeren. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, werden die Ergebnisse (BMI, Handkraftmessung) in Bezug zur Behandlungsdauer gesetzt. Darüber hinaus wäre eine längerfristige Betrachtung der Entwicklung dieser beiden Endpunkte wünschenswert. Diese werden allerdings nicht durch Routinedaten erfasst. Darüber hinaus wird eine poststationäre Erhebung der Endpunkte nicht angestrebt, da u. a. Einschränkungen in der Reliabilität durch unterschiedliche Messinstrumente (insbesondere Waagen) und Messende (Ärztin, Arzt, Patientin, Patient) vermutet werden. Ebenso ist die flächendeckende Verfügbarkeit der Möglichkeit einer Handkraftmessung eingeschränkt.

3.2 Multimodale Schmerztherapie (MS)

In den nachfolgenden Abschnitten wird zunächst der *Hintergrund* des Leistungsbereichs "Multimodale Schmerztherapie" erläutert, um einen Überblick über den Leistungsbereich zu geben und seine Relevanz zu verdeutlichen. Anschließend werden die *Ziele*, die Qualitätsverträge in diesem Leistungsbereich verfolgen, kurz skizziert. Für weitere Informationen können die Ausführungen in den Tragenden Gründen (G-BA 2022c) herangezogen werden. Im darauffolgenden Abschnitt wird die adressierte *Zielgruppe* aus Sicht des IQTIG auf Basis der tragenden Gründe definiert. Danach werden *mögliche Qualitätsanforderungen* beschrieben, die aus den Empfehlungen der systematisch recherchierten Leitlinien synthetisiert wurden, sowie die für diesen Leistungsbereich patientenrelevanten *Endpunkte*. Darauf aufbauend werden die vom IQTIG *empfohlenen Evaluationskennziffern* zur Messung der Versorgungsqualität vorgestellt. Abschließend werden *Limitationen* dieses Leistungsbereichs aus Sicht der Evaluation diskutiert.

3.2.1 Hintergrund

In Deutschland sind chronische Schmerzen eine weitverbreitete Gesundheitsstörung (Häuser et al. 2014). Bereits seit mehreren Jahren postulieren Schmerzmedizinerinnen und -mediziner, dass chronische Schmerzen zu einer eigenen Schmerzkrankheit führen können (Häuser et al. 2013), wie es die International Classification of Diseases in der 11. Fassung (ICD-11) perspektivisch vorsieht (WHO 2019). Chronischen Schmerzen werden hierbei als Schmerzen verstanden, die über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten kontinuierlich oder wiederkehrend auftreten. In diesem Zustand kann der Schmerz zu einem zentralen Fokus des Denkens und Handelns werden und seine ursprüngliche Funktion als Warnung für körperliche Störungen verlieren. Der Schmerz kann sich verselbstständigen und zu einem eigenständigen Problem werden (Bucher 2017).

Chronische Schmerzen entstehen durch komplexe Wechselwirkungen von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren (Bucher 2017). In der deutschen Bevölkerung geht man von einer Prävalenz chronischer Schmerzen von rund 10 % bis 20 % aus. Das bedeutet, dass rund 8 bis 16 Millionen Bürgerinnen und Bürger an chronischen Schmerzen leiden, wobei die häufigste Ursache eine Erkrankung des Bewegungsapparates ist (Deutsche Schmerzgesellschaft [kein Datum]-c). Rund zwei Drittel der deutschen Bevölkerung leiden innerhalb eines Jahres mindestens einmal an Rückenschmerzen, wobei ein Sechstel davon von chronischen Schmerzen betroffen ist (von der Lippe et al. 2021).

Häufig werden chronische Schmerzen als altersbedingte Erkrankung beschrieben. In zahlreichen Studien wird darauf verwiesen, dass chronische Schmerzen in den höheren Altersgruppen häufiger auftreten (Schwan et al. 2019, Häuser et al. 2013, Larsson et al. 2017). Chronische Schmerzen treten dennoch nicht ausschließlich in älteren Bevölkerungsgruppen auf. Auch Kinder und Jugendliche können daran leiden. Obwohl in den vergangenen Jahren auch in diesen Altersgruppen ein Anstieg von chronischen Schmerzen beobachtet wurde, ist das Erkrankungsrisiko im Vergleich zu erwachsenen Personen deutlich geringer (Zernikow 2021).

Neben den körperlichen Auswirkungen haben chronische Schmerzen auch Auswirkungen auf die Teilhabe der Patientinnen und Patienten. Betrachtet man die psychosozialen Auswirkungen von chronischen Schmerzen, wirken sich diese auf das alltägliche Leben sowie soziale Interaktionen negativ aus. Mangelnde Aktivitäten, die Einschränkung der Teilnahme am öffentlichen Leben und ein möglicher negativer Einfluss auf das Familienleben belasten die Betroffenen, wodurch neben den chronischen Schmerzen weitere Begleiterkrankungen entstehen können (Deutsche Schmerzgesellschaft [kein Datum]-c). Darüber hinaus geben rund 50 % der Betroffenen an, dass chronische Schmerzen entweder einen direkten Einfluss auf ihren Beschäftigungsstatus haben, also u. a. zu Krankschreibungen oder einer Berufsunfähigkeit führen (Deutsche Schmerzgesellschaft [kein Datum]-c). Dies kann im weiteren Verlauf zu Arbeitsausfällen sowie Frühberentungen führen und stellt neben der eingeschränkten Lebensqualität der Betroffenen auch eine gesellschaftliche und ökonomische Herausforderung dar (Dietl und Korczak 2011).

Um der Krankheitslast Rechnung zu tragen, wurde die Behandlung chronischer Schmerzen bereits in einigen krankheitsspezifischen Leitlinien adressiert. Insbesondere ist hier die nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Nicht spezifischer Kreuzschmerz“ zu nennen, die ein multimodales Therapieprogramm zur Behandlung chronischer Schmerzen empfiehlt (BÄK et al. 2017). Multimodale Therapiekonzepte sollten die multifaktoriellen Ursachen von chronischen Schmerzen durch verschiedene Therapieansätze adressieren. Insbesondere aktivierende Therapien im Zusammenspiel mit psychologischen Maßnahmen erzielen im Vergleich zu Monotherapien deutlich bessere Behandlungsergebnisse bei der Reduzierung von Schmerzen und körperlichen Einschränkungen (Kamper et al. 2014). Diesbezüglich untersuchten Kamper et al. (2014) die Effektivität eines multidisziplinären biopsychologischen Rehabilitationsprogramms zur Behandlung von Rückenschmerzen im Vergleich zur üblichen Versorgung mit u. a. physikalischen Behandlungen. Das

multidisziplinäre Programm bestand dabei aus einer Kombination aus physikalischen und psychologischen Therapien sowie pädagogischen und sozialen Maßnahmen, die im Vergleich zur nicht-multimodalen üblichen Behandlung positivere Auswirkungen auf Schmerzen, körperliche Einschränkungen und das soziale oder arbeitsbezogene Verhalten verzeichnen (Kamper et al. 2014). Darüber hinaus soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit von den relevanten Fachdisziplinen gefördert werden. Zusammenfassend werden derartige Ansätze als interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) bezeichnet. Charakteristisch an der IMST ist die Breite an therapeutischen Maßnahmen und eingebundenen Berufsgruppen, die zusammen eine Schmerzreduktion erzielen und somit die Wiederaufnahme und Erleichterung von Alltags- oder beruflichen Tätigkeiten erreichen sollen. Darüber hinaus sollen körperliche Schwächen, die Verringerung von Bewegungsängsten und die Veränderung des Risikoverhaltens bzw. der Umgang mit Schmerzen erreicht werden (Maxeiner und Leweke 2016).

Nach Ansicht der interviewten Expertinnen und Experten besteht in Deutschland ein grundlegendes Verbesserungspotenzial in der Umsetzung der IMST. Insbesondere die unterschiedlichen Patientengruppen, die für eine Behandlung durch eine IMST in Frage kommen, erschweren eine generelle Standardisierung des Therapiekonzepts. Deshalb sind allgemeine strukturelle und prozessuale und auch personelle Grundvoraussetzungen im stationären Bereich zu schaffen, um dem Rechnung zu tragen.

Im Zusammenhang mit der IMST ist auch der OPS-Kode 8-918 „Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ (IMST) von Bedeutung. Der OPS-Kode ermöglicht es, die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzzuständen zu kodieren und abzurechnen. Als Voraussetzung führt der Komplexkode neben personellen Strukturvorgaben wie dem Einsatz eines Schmerz-Teams auch Vorgaben zur Diagnostik, Therapie und Überprüfung des Behandlungsverlaufs auf. Zur Überprüfung und Anpassung der Schmerzbehandlung sind tägliche Visiten und Teambesprechungen sowie wöchentliche Teambesprechungen des Schmerz-Teams vorgesehen.

Im Rahmen des Innovationsfonds sind zwei Projekte mit einem Bezug zum Leistungsbereich „Multimodale Schmerztherapie“ relevant: Das Versorgungskonzept „Rise-uP“⁶ fokussiert sich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen, die durch Edukation, Eigenaktivität und unter Einbeziehung multimodaler Therapiekonzepte verbessert werden sollen. Das Innovationsfondprojekt „PETRA“⁷ (Personalisierte Therapie bei Rheumatoider Arthritis) basiert auf dem Modell der Psychoneuroimmunologie (PNI) und zielt darauf ab, die Behandlung von Rheumatoider Arthritis (RA) zu personalisieren und zu verbessern.

⁶ <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/rise-up-ruecken-innovative-schmerztherapie-mit-e-health-fuer-unsere-patienten.72> (abgerufen am: 20.04.2023).

⁷ <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/petra-personalisierte-therapie-bei-rheumatoider-arthritis-ra-basierend-auf-dem-modell-der-psychoneuroimmunologie-pni.190> (abgerufen am: 20.04.2023).

3.2.2 Ziele der Qualitätsverträge

Ziele, die mit potenziellen Vereinbarungen in Qualitätsverträgen im Leistungsbereich „Multimodale Schmerztherapie“ angestrebt werden, finden sich in den Tragenden Gründen (G-BA 2022c). Hierbei wird als übergeordnetes Ziel der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (IMST) die Förderung der Exzellenz im Hinblick auf eine verbesserte Versorgungsqualität in den stationären Einrichtungen formuliert, wodurch die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die die therapeutischen Ziele erreichen, erhöht werden soll. Weiteres Ziel der IMST ist die Wiederherstellung der Arbeits- und Alltagsfähigkeit der Patientinnen und Patienten. Erreicht werden soll dies durch den Abbau körperlicher Schwächen und die Verringerung oder Beseitigung der Bewegungsangst sowie des Risikoverhaltens. Damit Patientinnen und Patienten wieder Alltagssituationen und -tätigkeiten ausüben können steht therapeutisch insbesondere die Aktivierung durch gesundheitssportliche Aktivitäten im Vordergrund. Des Weiteren sollen Patientinnen und Patienten neben dem Umgang mit der Schmerzsymptomatik auch in der Einnahme von Schmerzmedikationen geschult werden. Fester Bestandteil solcher Schulungen ist die Aufklärung über potenzielle Risiken und die Prävention von Polypharmazie, wobei die langfristige Entwöhnung bzw. Reduktion von Schmerzmedikationen besonders im Fokus steht. Das übergeordnete Ziel der Edukation ist die Stärkung bzw. Förderung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten.

3.2.3 Zielgruppe

Die adressierte Zielgruppe umfasst erwachsene Patientinnen und Patienten, die unter chronischen Schmerzen leiden und eine stationär durchgeführte IMST erhalten sollen.

3.2.4 Mögliche Qualitätsanforderungen

Mithilfe der in Kapitel 2 beschriebenen Vorgehensweise wurden für den Leistungsbereich „Multimodale Schmerztherapie“ elf mögliche Qualitätsanforderungen herausgearbeitet, die sich in die fünf nachfolgenden Qualitätsaspekte zusammenfassen lassen.

- Anforderungen an das Personal
- Schmerz-Assessment
- Medikamentöse Therapie
- Re-Evaluierung der Schmerztherapie
- Entlassung

Nachfolgend werden strukturiert nach den Qualitätsaspekten die möglichen Qualitätsanforderungen beschrieben.

Anforderungen an das Personal

Tabelle 24: Mögliche Qualitätsanforderungen (Anforderungen an das Personal)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Anforderungen an das Personal	Durchführung der Behandlung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie durch ein interdisziplinäres Schmerz-Team.
	Behandlung und Beratung durch spezialisiertes Personal.

Der Qualitätsaspekt „Anforderungen an das Personal“ umfasst im Rahmen der IMST die Durchführung der Behandlung durch ein interdisziplinäres Schmerz-Team sowie die Behandlung und Beratung der Schmerzpatientinnen und -patienten durch entsprechend spezialisiertes Personal. Ziel der Qualitätsanforderungen dieses Qualitätsaspekts ist es, die strukturellen Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung der IMST in stationären Einrichtungen zu schaffen. Zur Sicherung einer hohen Versorgungsqualität bei chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten bedarf es eines Schmerz-Teams, das sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammensetzt. Darüber hinaus sollten die Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Einrichtung adäquat geschult werden, um die Umsetzung der IMST zu gewährleisten.

Anhand der extrahierten Leitlinienempfehlungen lässt sich als mögliche Qualitätsanforderung die **Durchführung der Behandlung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie durch ein interdisziplinäres Schmerz-Team** zusammenfassen. Die Koordination des Teams sollte hierbei von adäquat ausgebildetem Personal übernommen werden (Rocket et al. 2022), wobei keine spezifische Profession oder Fachrichtung für diese Aufgabe empfohlen wird. Die Leitlinienempfehlungen betonen auch die Verantwortung des Schmerz-Teams für bedarfsgerechte Assessments und ein angemessenes Schmerzmanagement. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sollte das Schmerz-Team aus verschiedenen Berufsgruppen bestehen, die kollaborativ zusammenarbeiten (Rocket et al. 2022). Die Leitlinienempfehlungen geben an, dass ein Schmerz-Team aus einer Apothekerin/einem Apotheker, einer Physiotherapeutin/einem Physiotherapeuten, einer Psychologin/einem Psychologen, einer Psychiaterin/einem Psychiater und einer Fachärztin/einem Facharzt für Suchtmedizin bestehen sollte (Rocket et al. 2022). Da die Ausführungen sich auf das britische Gesundheitssystem beziehen kann zwar die Zusammenarbeit innerhalb eines Schmerz-Teams im Allgemeinen auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen werden. Die Zusammensetzung des Teams kann jedoch aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstruktur und der beruflichen Qualifikationen nicht direkt übertragen werden.

Der Expertenstandard Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) enthält ebenfalls keine explizite Empfehlung zur Zusammensetzung eines Schmerz-Teams. Stattdessen betont der Expertenstandard die Rolle von Pflegefachkräften bei der Behandlung von Schmerzpatienten. Allgemein soll die Einrichtung eine interprofessionelle Verfahrensregelung für das Schmerzmanagement haben und die Umsetzung von interprofessionellen medikamentösen und therapeutischen Behandlungen gewährleisten. Die Pflegefachkraft hat dabei die

Aufgabe, die Maßnahmen des interprofessionellen Schmerz-Teams zu koordinieren und die Durchführung der geplanten Maßnahmen sicherzustellen (DNQP 2019).

Bei der ergänzenden orientierenden Suche von Literatur konnten nur für bestimmte Krankheiten spezifische Zusammensetzungen von Schmerz-Teams identifiziert werden.

In den durchgeführten Experteninterviews wurde auf die Anforderungen des OPS-Kodes 8-918 hingewiesen, der vorgibt, dass an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schmerzen mindestens zwei Fachdisziplinen beteiligt sein sollten, wobei mindestens eine der Disziplinen aus den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychologie/Psychotherapie stammen sollte. Im Zusammenspiel aus den Vorgaben der internationalen Leitlinien und des OPS-Kodes sowie den ergänzenden Empfehlungen der Expertinnen und Experten sowie stellungnehmender Organisationen ergibt sich zur Besetzung des Schmerz-Teams: mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“, eine Pflegefachkraft bzw. Pflegefachkraft für spezielle Schmerzpflege (Pain Nurse). Darüber hinaus eine Psychologin oder ein Psychologe, eine Physiotherapeutin oder ein Physiotherapeut und eine Ergotherapeutin oder ein Ergotherapeut mit entsprechender schmerzmedizinischer Fort-/Weiterbildung zusammensetzen. Eine Vertreterin oder Vertreter des Sozialdiensts kann ebenfalls Mitglied des Schmerz-Teams sein.

Zusammenfassend empfehlen die Leitlinienempfehlungen darüber hinaus die **Behandlung und Beratung durch spezialisiertes Personal** (Rocket et al. 2022). Hierbei sollen Mitarbeitende, die für die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten zuständig sind, versiert sein in der Erkennung, Bewertung und Behandlung von Schmerzen sowie in der Erstellung und Pflege von patientenindividuellen Behandlungsplänen. Um diese Kompetenzen zu erlangen, ist es wichtig, dass den Mitarbeitenden Zugang zu beruflichen Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Verfügung steht (Rocket et al. 2022). Insbesondere Ärztinnen und Ärzte sollten akkreditierte Schulungen erhalten. Um die Teilnahme an Schulungen zu erleichtern, sollten die dafür notwendigen zeitlichen Rahmenbedingungen in der Einrichtung geschaffen werden. Wenn entsprechende Fort- oder Weiterbildungen nicht in der Einrichtung angeboten werden können, sollten sie extern zur Verfügung gestellt werden (Rocket et al. 2022).

Folgt man den Empfehlungen des Expertenstandards Pflege des DNQP sollte die Einrichtung über qualifizierte Pflegefachkräfte verfügen, die in der Planung und Koordination der IMST geschult sind. Darüber hinaus sollten Pflegekräfte über Kenntnisse in der Umsetzung von nicht-medikamentösen und medikamentösen Schmerztherapien sowie der Behandlung von Nebenwirkungen verfügen und in der Lage sein, schmerzvermeidendes Verhalten zu erkennen. Die Leitlinienempfehlungen betonen auch die Bedeutung der Informationsvermittlung, Schulung und Beratung der Patientinnen und Patienten zu schmerzrelevanten Themen, welche von Pflegefachkräften durchgeführt werden können (DNQP 2019).

Sowohl den Leitlinien als auch der weiterführenden Literatur konnten keine evidenzbasierten generischen Schulungskonzepte zur IMST entnommen werden.

Die Expertinnen und Experten und stellungnehmende Organisationen empfehlen, dass Einrichtungen Fort- und Weiterbildungen zur Behandlung von chronischen Schmerzpatienten anbieten oder ermöglichen sollten. Hierbei wird auf das Weiterbildungsangebot der Bundesärztekammer „spezielle Schmerztherapie“ für Medizinerinnen und Mediziner, „spezielle Schmerzpsychotherapie“ der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie e. V. für Psychologinnen und Psychologen und auf die Fort- und Weiterbildungsangebote der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. für Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflegepersonal verwiesen. Die Angebote sollen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Grundlagenwissen über die Prävalenz, Entstehung und Verbreitung chronischer Schmerzen vermitteln sowie die Diagnostik, Therapie und Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten, die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Behandlung spezieller Patientengruppen und verfahrensspezifische Ansätze zur Therapie chronischer Schmerzen schulen. Ziel aus Sicht der Expertinnen und Experten sollte sein, qualitätsgesicherte Schulungen anzubieten, um die unterschiedlichen Berufsgruppen mit einem individuell auf die Behandlung chronischer Schmerzen spezialisierten Qualifikationsprofil auszustatten. Insbesondere Schulungen zur medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie sowie zum Umgang mit spezifischen Schmerzsituationen der Patientinnen und Patienten sollten dabei Priorität haben.

Schmerz-Assessment

Tabelle 25: Mögliche Qualitätsanforderungen (Schmerz-Assessment)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Schmerz-Assessment	Schmerzanamnese
	Erstellung eines patientenindividuellen Behandlungsplans durch das Schmerz-Team mit Therapiezielen und entsprechenden therapeutischen Maßnahmen.
	Berücksichtigung von therapeutischen Einschränkungen bei psychischen Erkrankungen und bei Substanzmittelabhängigkeiten.
	Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu den geplanten therapeutischen Maßnahmen.
	Berücksichtigung der Anforderungen an eine partizipative Entscheidungsfindung.

Wenn bei chronischen Schmerzpatienten nach der stationären Aufnahme die Notwendigkeit einer Schmerztherapie identifiziert wird oder diese der Grund der Aufnahme ist, wird zunächst ein Schmerz-Assessment durchgeführt. Dabei wird durch eine Schmerzanamnese der Schmerz beurteilt, der Schmerzauslöser bzw. die Ursache des Schmerzes bestimmt und die körperliche und psychische Verfassung begutachtet. Da chronische Schmerzen ein komplexes Krankheitsbild darstellen, wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, der die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen für den stationären Aufenthalt enthält. Es ist dabei wichtig, therapeutische Einschränkungen bei psychischen Erkrankungen und Substanzstörungen zu berücksichtigen. Ein

weiteres Ziel der IMST besteht darin, die Patientinnen und Patienten über die geplanten therapeutischen Maßnahmen aufzuklären und sie in den Behandlungsprozess und insbesondere in die Erstellung des Behandlungsplans im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Im Rahmen des Schmerz-Assessments erfolgt gemäß den Leitlinienempfehlungen zunächst eine möglichst standardisierte **Schmerzanamnese**, die die Schmerzsituation erfasst und die Auswirkungen der Schmerzen auf das alltägliche Leben thematisiert (NICE 2022). Zudem wird eine Diagnose gestellt, die sowohl primäre als auch sekundäre chronische Schmerzsyndrome berücksichtigt.

Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich bei dem chronischen primären Schmerzsyndrom um einen chronischen Schmerz in einer oder mehreren Körperregionen, der durch verschiedene Faktoren bedingt wird und mit emotionalen Belastungen oder funktionalen Behinderungen einhergehen kann. Im Gegensatz dazu beziehen sich chronische sekundäre Schmerzsyndrome auf Schmerzen, die zunächst als Begleitsymptom einer anderen Krankheit auftreten und sich im Verlauf als eigenständige Erkrankung manifestieren (Nicholas et al. 2019).

Im Rahmen des Schmerz-Assessments wird eine Schmerzanamnese mittels eines Patientengesprächs durchgeführt, um vergangene oder aktuelle schmerzverursachende Verletzungen oder Begleiterkrankungen zu erfassen. Dabei sollten Patientinnen und Patienten aktiv in den Prozess eingebunden werden, indem sie die Auswirkungen chronischer Schmerzen auf ihr tägliches, berufliches und familiäres Leben schildern. Es sollte auch der Lebensstil berichtet und reflektiert werden, der chronische Schmerzen bedingen und beeinflussen kann. Dabei sind verschiedene Faktoren wie das Sozialleben, das psychische und physische Wohlbefinden, Traumata, die finanzielle Situation sowie ggf. der vergangene oder aktuelle Substanzmissbrauch im Rahmen der Anamnese zu berücksichtigen (NICE 2022). Ergänzend sind auch ethnische und kulturelle Faktoren zu beachten und wie diese sich möglicherweise auf die Schmerzsituationen auswirken (NICE 2022). Darüber hinaus sollte beachtet werden, wie die Person ihren Zustand beschreibt, wie sie mit Schmerzen umgeht und welche Maßnahmen für die Person in der Schmerzkontrolle hilfreich sind (NICE 2022).

Gemäß dem Expertenstandard Pflege können auch Pflegefachkräfte, die als Schmerzexpertinnen und Schmerzexperten ausgebildet sind, die Schmerzanamnese durchführen. Die erfolgreiche Umsetzung erfordert jedoch die Verfügbarkeit geeigneter Instrumente und Dokumentationsmaterialien, die eine systematische und standardisierte Erfassung unterstützen. Instrumente für die Durchführung einer standardisierten Anamnese lassen sich in ein- und multidimensionale sowie in Assessmentinstrumente zur Fremdeinschätzung unterscheiden. Zur eindimensionalen Selbsteinschätzung der Schmerzintensität besteht bspw. die Möglichkeit des Einsatzes einer Numerischen Rating-Skala (NRS) oder Verbalen Rating-Skala (VRS). Weitere multidimensionale Instrumente, die in der Anamnese von Schmerzen angewendet werden können, sind z. B. der Short-

Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) oder der Brief Pain Inventory (BPI). Sind Patientinnen und Patienten durch ihre Erkrankung bzw. ihren Zustand nicht in der Lage zu kommunizieren, so erfolgt eine Fremdeinschätzung von Schmerzen bspw. durch eine Behavioural Pain-Scale (BPS) (DNQP 2019).

Die befragten Expertinnen und Experten bestätigen, dass eine ausführliche Schmerzanamnese einen wesentlichen Bestandteil des Schmerz-Assessments darstellt. Die Durchführung der Anamnese erfolgt interprofessionell durch schmerztherapeutisch geschulte Fachkräfte. Die Schmerzanamnese ermöglicht nicht nur eine genaue Beschreibung von primären und sekundären chronischen Schmerzen, sondern auch die Identifikation von schmerzverursachenden Faktoren und die Berücksichtigung der individuellen psychosozialen Lebenssituation der Patientin oder des Patienten.

Basierend auf der Schmerzanamnese erfolgt die **Erstellung eines patientenindividuellen Behandlungsplans durch das Schmerz-Team mit Therapiezielen und entsprechenden therapeutischen Maßnahmen**. Der Expertenstandard Pflege empfiehlt, dass Pflegefachkräfte aktiv an der Erstellung und Überprüfung des individuellen Behandlungsplans beteiligt werden. Dieser Plan sollte im Rahmen eines Patientengesprächs unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, Prioritäten, Ziele und der Motivation der Patientin bzw. des Patienten erstellt werden. Dabei sind die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen der Patientin bzw. des Patienten zu berücksichtigen (DNQP 2019). Es sollten auch bereits selbstständig eingeübte und praktizierte Maßnahmen seitens der Patientinnen und Patienten in die Gestaltung des Behandlungsplans einfließen, die zur Verbesserung der Schmerzsituation beitragen (NICE 2022). Im Rahmen des Gesprächs ist die Patientin bzw. der Patient auch über die Therapieinhalte zu informieren und in der Einhaltung der geplanten therapeutischen Maßnahmen zu bestärken (NICE 2022).

Im Behandlungsplan sind verschiedene Maßnahmen festzulegen, insbesondere aktivierende und psychologische Maßnahmen. Dazu gehören physiotherapeutische, ergotherapeutische und psychotherapeutische Maßnahmen sowie ergänzende pharmakologische Therapien oder bestimmte Prozeduren wie Trigger-Point-Injektionen (Busse et al. 2017). Grundsätzlich sollen nicht-medikamentöse Therapien den Vorzug vor medikamentösen Therapien erhalten oder gegebenenfalls in Kombination angewendet werden. Eine alleinige Anwendung von medikamentösen Therapien sollte vermieden werden (Busse et al. 2017). Patientinnen und Patienten können zudem angeleitete aktivierende Gruppenübungen angeboten werden, um ihre Selbstmanagementkompetenzen zu fördern (NICE 2022). Einige Leitlinienempfehlungen raten auch von bestimmten Maßnahmen zur Behandlung chronischer Schmerzen aufgrund fehlender Evidenz ab (NICE 2022). Dazu gehören transkutane elektrische Nervenstimulation, Ultraschalltherapien, Bio-Feedback-Therapien sowie Interferenztherapien (NICE 2022).

Die befragten Expertinnen und Experten empfehlen die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans im Rahmen des Schmerz-Assessments, wie es die Empfehlungen der Leitlinien sowie

der OPS-Kode 8-918 vorsehen. Hierbei stehen die physische und psychische Verfassung sowie die individuellen Bedürfnisse der chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten im Vordergrund. Es wird ein Therapieansatz befürwortet, der nicht-medikamentöse, aktivierende und insbesondere auch ergänzend Psychotherapie mit ggf. pharmakologischen Therapien kombiniert. Der Schwerpunkt der therapeutischen Maßnahmen soll auf der Schmerzreduktion bzw. Verbesserung der Schmerzsituation der Patientinnen und Patienten liegen. Es wird empfohlen, den Behandlungsplan in schriftlicher Form und verständlicher Weise der Patientin bzw. dem Patienten zur Verfügung zu stellen.

Psychiatrische Störungen, insbesondere Substanzmittelabhängigkeiten, haben das Potenzial, den Behandlungserfolg einer IMST zu beeinträchtigen oder zu gefährden. Aus diesem Grund sollte eine **Berücksichtigung von therapeutischen Einschränkungen bei psychischen Erkrankungen und bei Substanzmittelanhängigkeiten** im Rahmen des Schmerz-Assessments fester Bestandteil sein. Die Leitlinienempfehlungen weisen darauf hin, dass in Fällen von gleichzeitig bestehenden psychischen Erkrankungen oder Substanzmittelabhängigkeiten je nach Situation eine vorrangige oder parallele Behandlung dieser Erkrankungen erfolgen sollte (Busse et al. 2017, VA/DoD 2022). Die Leitlinienempfehlungen betonen dies insbesondere für Patientinnen und Patienten, die an einer Substanzmittelanhängigkeit oder Verhaltensstörung leiden oder davon gefährdet sind (VA/DoD 2022). Grundsätzlich gilt, dass eine (psychische) Stabilisierung der Patientinnen und Patienten erfolgt sein sollte, bevor eine IMST in Erwägung gezogen wird (Busse et al. 2017). Vor diesem Hintergrund empfehlen die Leitlinien, dass chronische Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten im Schmerz-Assessment auf psychologische Störungsbilder untersucht werden (VA/DoD 2022). Bei der schrittweisen Reduzierung von Opioiden ist es von Vorteil, wenn die Einrichtung mit Leistungserbringern in der ambulanten Versorgung kooperiert, die auf die Reduzierung von Opioiden spezialisiert sind, um Fortschritte nach der Entlassung weiterzuführen (Rocket et al. 2022).

Die Expertinnen und Experten bestätigen, dass bestimmte psychologische Störungsbilder und Substanzmittelabhängigkeiten möglicherweise die Durchführbarkeit von IMST beeinträchtigen können. Daher ist es bei dieser Patientengruppe oft notwendig, zuerst eine psychologische Therapie durchzuführen.

Aufgrund der verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten einer IMST ist die **Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu den geplanten therapeutischen Maßnahmen** für den Therapieerfolg maßgeblich. Die Leitlinienempfehlungen betonen die Bedeutung der Informationsvermittlung, der ärztlichen Aufklärung und der Beratung von Patientinnen und Patienten über therapeutische Maßnahmen. Im Rahmen des Schmerz-Assessments sollten Patientinnen und Patienten sowie gegebenenfalls Angehörige bzw. Pflegende über die Wahrscheinlichkeit eines wiederkehrenden Schmerzes sowie über die Schwankungen chronischer Schmerzsymptome informiert werden. Darüber hinaus sollte auch die Erfolgswahrscheinlichkeit der IMST und mögliche Therapieverläufe Gegenstand sein, einschließlich der Möglichkeit von wiederkehrenden oder sich verschlimmernden Schmerzen während der Behandlung sowie der Verbesserung der

Lebensqualität trotz unveränderter Schmerzen (NICE 2022). Bei der Erstellung des Behandlungsplans sollten potenzielle Vorteile, Risiken und therapeutische Unsicherheiten erläutert werden. Im Zusammenhang mit medikamentösen Therapieformen sollte auf eine verantwortungsbewusste Anwendung hingewiesen werden, um mögliche Substanzabhängigkeiten zu vermeiden (VA/DoD 2022).

Eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Patientenaufklärung besteht darin, Patientinnen und Patienten, die bereits mit Medikamenten behandelt werden, die keine oder nur eine schwache Evidenzgrundlage für die Behandlung chronischer Schmerzen aufweisen, über das Fehlen der Evidenz für die Anwendung, mögliche Risikofaktoren und Alternativen zu informieren. Es sollte in Betracht gezogen werden, diese Medikamente mit schwacher Evidenz für eine IMST abzusetzen. Beispiele für solche Medikamente sind Antidepressiva, Opioide, Gabapentinoide, Ketamin oder Benzodiazepine (NICE 2022).

Ergänzend können Informationsbroschüren o. ä. über spezielle therapeutische Anwendungen wie bspw. Periduralanästhesie oder Arzneimittelinfusionen bereitgestellt werden. Rocket et al. (2022) betonen hierbei, dass die Information über bestimmte Maßnahmen individuell auf die Patientin bzw. den Patienten zugeschnitten sein und während der gesamten IMST begleitend erfolgen sollte. Ziel ist hierbei, den Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, selbstständig Entscheidungen über ihre Therapie zu treffen und ihr Selbstmanagement während der Behandlung zu stärken (NICE 2022).

In der weiterführenden Literatur werden Kriterien genannt, die bei der Vermittlung von Informationen zu berücksichtigen sind. Insgesamt sollte Beachtung finden, dass die Informationen für die betroffenen Patientinnen und Patienten verständlich und interpretierbar sind. Die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten bei der Erstellung von Informationsmaterial ist hierbei zielführend (Hurley et al. 2018).

Der Expertenstandard Pflege betont die Rolle der Pflegefachkraft bei der Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen als Ergänzung zu anderen Berufsgruppen. Ziel ist es, die Selbstmanagementkompetenz der Patientinnen und Patienten im Einklang mit den im Behandlungsplan vereinbarten therapeutischen Zielen zu stärken. Die Informationsvermittlung und Beratung der Schmerzpatientinnen und -patienten sollte eng mit den anderen beteiligten Berufsgruppen des Schmerz-Teams abgestimmt werden. Wenn ein spezifischer Bedarf an Information oder Beratung besteht, sollten Pflegefachkräfte, die zu Schmerzexpertinnen und -experten ausgebildet sind, einbezogen werden (DNQP 2019).

Die Befragung von Expertinnen und Experten ergibt die Unterstützung für die Integration der Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten über geplante therapeutische Maßnahmen als Teil des Schmerz-Assessments. Neben allgemeinen Informationen über therapeutische und medikamentöse Maßnahmen sollten Patientinnen und Patienten auch bereits über poststationäre Maßnahmen informiert und vorbereitet werden, wobei insbesondere bei älteren Personengruppen die Angehörigen einbezogen werden sollten. Neben der Informationsvermittlung im

Schmerz-Assessment wird auch die Bedeutung von therapiebegleitender Information und Aufklärung betont. Ein Mitglied des Schmerz-Teams sollte die therapiebezogene Information koordinieren. Allgemeine therapiebezogene Informationen können auch von Pflegefachkräften vermittelt werden, wobei bei komplexen Sachverhalten das über den Sachverhalt Auskunft gebende Mitglied des Schmerz-Teams hinzugezogen werden sollte.

Wie bereits in der Gestaltung des Behandlungsplans, der Schmerzanamnese und der therapiebezogenen Information und Aufklärung ausgeführt, sollten Patientinnen und Patienten in den Prozess der IMST aktiv eingebunden sein. Hierbei sind die **Anforderungen an eine partizipative Entscheidungsfindung** im Schmerz-Assessment, aber auch therapiebegleitend **zu berücksichtigen**. Die Leitlinienempfehlungen betonen, dass eine professionelle Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und den Behandelnden aufgebaut werden soll, um Wissensasymmetrien abzubauen und gemeinsame Entscheidungen zu ermöglichen (NICE 2022). Die Beziehung zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe im Schmerz-Team und der Patientinnen und Patienten ist hierbei kooperativ und unterstützend (NICE 2022). Partizipative Entscheidungsfindung wird in der Literatur als Ansatz beschrieben, bei dem Patientinnen und Patienten gemeinsam mit den Angehörigen der Gesundheitsberufe Entscheidungen über die Maßnahmen der Behandlung treffen. Dabei werden die individuellen Bedürfnisse, Werte und Präferenzen der Patientinnen und Patienten in den Entscheidungsprozess miteinbezogen. Die partizipative Entscheidungsfindung setzt also auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Patientinnen und Patienten und den Angehörigen der Gesundheitsberufe, bei der gemeinsam entschieden wird, welche medizinischen Optionen am besten zur individuellen Situation und den Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten passen (Bieber et al. 2016, Klemperer 2000). Auch der Expertenstandard Pflege unterstreicht neben der multiprofessionellen Zusammenarbeit des Schmerz-Teams die Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten und ggf. den Angehörigen (DNQP 2019).

Die Expertinnen und Experten bekräftigen die Wichtigkeit der partizipativen Entscheidungsfindung bei der Planung therapeutischer Maßnahmen. Insbesondere bei der Erstellung des Behandlungsplans sowie bei der Überprüfung und Anpassung der Therapie sollte dieser Ansatz berücksichtigt werden.

Medikamentöse Therapie

Tabelle 26: Mögliche Qualitätsanforderungen (Medikamentenmanagement)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Medikamentöse Therapie	Medikamentenmanagement

Durch das **Medikamentenmanagement** soll die Durchführung der medikamentösen Therapie mindestens im Rahmen des Schmerz-Assessments und der Re-Assessments überprüft und dem

Bedarf der Patientinnen und Patienten angepasst sowie potenzielle Risiken wie Substanzmittelabhängigkeiten vorgebeugt werden.

Die Leitlinienempfehlungen betonen die Bedeutung einer bedarfsgerechten Anwendung von Schmerzmedikamenten in der Therapie von chronischen Schmerzen (Rocket et al. 2022). Bezüglich der Anwendung bestimmter Schmerzmedikamente wird darauf verwiesen, dass diese nur unter bestimmten Voraussetzungen in der Behandlung chronischer primärer Schmerzen anzuwenden sind (NICE 2022). Schmerzpatientinnen und -patienten sollten demnach initial keine Antiepileptika, Antipsychotika, Benzodiazepine, Corticosteroid, Trigger-Point Injektionen, Ketamin, nichtsteroidale Antirheumatika, Opioide, Paracetamol und lokale Anästhetika erhalten (NICE 2022). Werden Antidepressiva in der Behandlung chronischer primärer Schmerzen angewandt, ist im Rahmen des Medikamentenmanagements über die therapiebezogenen Vorteile aufzuklären. Die Leitlinie verweist dabei auf die Nennung positiver Effekte, wie z. B. die Auswirkung auf die Lebensqualität, den Schlaf und die psychologische Entlastung. Werden Antidepressiva aber ohne eine entsprechende Diagnose wie bspw. eine Depression eingenommen, ist deren Anwendung unter den zuvor genannten Vor- und Nachteilen zu erörtern (NICE 2022).

Erzielt eine nicht-opioide Schmerzmedikation keine positiven Ergebnisse, so kann die Möglichkeit einer Anwendung von Opioiden in Betracht gezogen werden. Werden Opioide angewandt, sollte die eingesetzte Dosierung in Bezug zur Wirkung stetig überwacht werden. Es ist mit einer möglichst geringen Dosis zu beginnen und die Anwendung so kurz wie möglich zu halten (VA/DoD 2022). Dies ist auch bei der Verschreibung von Opioiden zu berücksichtigen (VA/DoD 2022). In Deutschland sind hierbei die Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung zu beachten. Bleibt eine Verbesserung der Schmerzsituation aus, sind Opioide wieder abzusetzen (Busse et al. 2017). Bei Patientinnen und Patienten mit unkontrollierten Schmerzen oder starken Nebenwirkungen kann eine Opioidrotation in Erwägung gezogen werden (Busse et al. 2017).

Vor dem Einsatz von Opioiden sollte die Patientin bzw. der Patient auf psychische Störungsbilder und mögliche Substanzmittelabhängigkeiten untersucht werden (VA/DoD 2022). Opioide sollten bei Schmerzpatientinnen und -patienten, die eine entsprechende Diagnose aufweisen, nur unter bestimmten Voraussetzungen eingesetzt werden (Busse et al. 2017, VA/DoD 2022).

Das langfristige Ziel der IMST ist aber die Entwöhnung oder zumindest eine Reduktion von Opioiden. Besonders Patientinnen und Patienten, bei denen vorherige Entwöhnungsversuche erfolglos waren, sollten während der IMST bei der Reduktion der Medikation unterstützt werden (Busse et al. 2017). Die Leitlinienempfehlungen sehen vor, dass die Dosis des Opioids im Verlauf der Therapie auf das niedrigste wirksame Niveau reduziert werden sollte. Wenn Patientinnen und Patienten während der medikamentösen Entwöhnung unerwünschte Nebenwirkungen aufweisen, ist ein Abbruch der Opioid-Therapie in Betracht zu ziehen (Busse et al. 2017). Die Leitlinienempfehlungen beziehen sich hierbei auf das Gesundheitssystem der USA, in dem die Einnahme von Opioiden deutlich höher ist als in Deutschland. Aber auch in Deutschland wurde in den letzten Jahren einen Anstieg verzeichnet (Bublak und Patzer 2022, Glaeske 2022).

Der Expertenstandard Pflege fokussiert hinsichtlich des Medikamentenmanagements die Sicherstellung und Dokumentation der medikamentösen Therapie durch die Pflegefachkräfte. Dabei wird auch auf das Erkennen und die Prävention von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen nach Rücksprache im Schmerz-Team hingewiesen (DNQP 2019).

Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten dient das Medikamentenmanagement der Planung, Durchführung und Anpassung der medikamentösen Therapie sowie der Identifikation möglicher Nebenwirkungen und Risiken wie mögliche Substanzmittelabhängigkeiten. Ziel ist insbesondere die schrittweise Reduktion der Schmerzmedikation unabhängig von einer Opioid-Medikation oder Nicht-Opioid-Medikation. Patientinnen und Patienten sollten im Rahmen der IMST an eine geringe Mindestdosis eines für sie indizierten Schmerzmedikaments herangeführt werden.

Re-Evaluierung der Schmerztherapie

Tabelle 27: Mögliche Qualitätsanforderungen (Re-Evaluierung der Schmerztherapie)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Re-Evaluierung der Schmerztherapie	Therapiebegleitende regelmäßige Überprüfung der Schmerztherapie, deren Maßnahmen bei Bedarf durch das Schmerz-Team angepasst werden.

Die regelmäßige Re-Evaluierung im Sinne einer therapiebegleitenden regelmäßigen Überprüfung der Schmerztherapie, deren Maßnahmen bei Bedarf durch das Schmerz-Team angepasst werden, ist ein wichtiger Bestandteil, um die Wirksamkeit und Verträglichkeit der angewandten Maßnahmen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen (Rocket et al. 2022). Den Empfehlungen der Leitlinien folgend, ist zu berücksichtigen, dass sich die initiale Diagnose, die während des Schmerz-Assessments gestellt wurde, im Verlauf der Therapie ändern kann (NICE 2022). Deshalb ist bei der Re-Evaluierung vor allem auf die aktuelle Schmerzsymptomatik einzugehen (NICE 2022). Wenn sich die Schmerzintensität ändert oder neue Symptome auftreten sollte in erster Linie eine Überprüfung des Behandlungsplans erfolgen (NICE 2022). Der Expertenstandard Pflege sieht bei der kontinuierlichen Überprüfung der IMST die regelmäßige Beurteilung der Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen durch die Pflegefachkraft vor. Hierbei sollte die aktuelle Schmerzsituation der Patientin oder des Patienten als Maßstab genommen werden, um den Erfolg der Behandlung zu beurteilen und individuelle Therapieziele im Behandlungsplan anzupassen (DNQP 2019).

Eine Festlegung der Häufigkeit der Re-Evaluierung kann jedoch aufgrund der individuellen Unterschiede in Patientencharakteristika und Therapieoptionen nicht generell festgelegt werden. In Bezug auf bestimmte medikamentöse Therapien wie eine Periduralanalgesie oder kontinuierliche Lokalanästhetikuminfusionen werden in der Regel tägliche Visiten empfohlen (Rocket et al. 2022), während bei einer Opioid-Therapie eine Bewertung innerhalb von 30 Tagen empfohlen wird (VA/DoD 2022).

Die Expertinnen und Experten betonen die Bedeutung der fortlaufenden Re-Evaluierung der therapeutischen Maßnahmen und schließen sich damit den Leitlinienempfehlungen grundsätzlich an. Eine regelmäßige Überprüfung sollte gemäß einem festgelegten Prüfungsrhythmus erfolgen, der aufgrund der Heterogenität der Patientengruppe nicht einheitlich definiert werden kann. Es wird jedoch empfohlen, die Schmerzintensität und die individuellen Therapieziele der Patientinnen und Patienten regelmäßig von qualifizierten Fachkräften kontrollieren zu lassen. Anpassungen des Behandlungsplans sollten in den Sitzungen des Schmerz-Teams erfolgen und an die aktuelle Schmerzsituation der Schmerzpatientin bzw. des Schmerzpatienten angepasst werden.

Entlassung

Tabelle 28: Mögliche Qualitätsanforderungen (Entlassung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Entlassung	Planung von schmerztherapeutischen Maßnahmen für die nachgelagerte ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten.
	Erstellung und Aushändigung eines Patientenbriefs an die Patientinnen und Patienten, der die erfolgten Therapien sowie Therapieempfehlungen beinhaltet.

Die Entlassung aus dem stationären Bereich stellt eine entscheidende Schnittstelle für die weitere Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten dar, die eine IMST erhalten haben. Die Planung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung kann dazu beitragen, dass eine kontinuierliche Versorgung gewährleistet wird und es nicht zu Therapieabbrüchen kommt. Ein Patienten- sowie ein Entlassbrief sind dabei wichtige Dokumente, um die erfolgten Therapien und Therapieempfehlungen zu dokumentieren und weiterzugeben. Diese sollten die verordneten Medikamente, die Dosierung und die Art der Anwendung, die Nebenwirkungen und Risiken sowie durchgeführte und geplante weitere nicht-medikamentöse Therapieschritte enthalten. Dadurch können auch die weiteren an der Versorgung beteiligten Personen wie Hausärztinnen und Hausärzte oder ambulante Pflegedienste über die Behandlung informiert und unterstützt werden.

Im Rahmen der Entlassung steht in erster Linie die **Planung von therapeutischen Maßnahmen für die nachgelagerte ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten** im Mittelpunkt. Die Aufgabe besteht darin, den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung angemessen zu gestalten (Rocket et al. 2022). Gemäß den Leitlinienempfehlungen sollten stationäre und ambulante Akteurinnen und Akteure im Idealfall miteinander kommunizieren, um die Planung und Umsetzung therapeutischer Maßnahmen zu koordinieren und die poststationäre Versorgung zu sichern (Rocket et al. 2022). Diese Aufgabe stellt das sektorale deutsche Gesundheitssystem jedoch vor eine Herausforderung.

Die Expertinnen und Experten empfehlen eine strukturierte Planung der ambulanten Versorgung im stationären Bereich, die vom Schmerz-Team durchgeführt werden sollte. Obwohl die sektorale Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung eine Kooperation erschwert, würde

diese die Versorgung nach einer stationären IMST verbessern, da der Übergang oft mit Therapieabbrüchen verbunden ist. Ein umfassender Entlassbrief ist notwendig und sollte detaillierte Informationen über die erbrachten Leistungen und eingesetzten Schmerzmedikamente sowie einen Medikamentenplan, benötigte Hilfsmittel und fortzusetzende therapeutische Maßnahmen enthalten.

Die Expertinnen und Experten betonen auch die Wichtigkeit, Patientinnen und Patienten über den weiteren Verlauf ihrer Behandlung zu informieren. Diese Information kann bspw. in einem Abschlussgespräch erfolgen. Es wird empfohlen, einen weiteren Termin entweder im stationären oder ambulanten Setting zu vereinbaren, um Kontinuität bei der Überprüfung der therapeutischen Maßnahmen zu gewährleisten. Um die Übergabe sowie die Fortführung der Behandlung zu erleichtern, könnten digitale Kommunikationsmöglichkeiten zwischen dem stationären und ambulanten Bereich hilfreich sein.

Um die Entlassung von Schmerzpatientinnen und -patienten patientenzentriert zu gestalten sowie im Übergang in das ambulante Setting Informationsverluste zu vermeiden, ist die **Erstellung und Aushändigung eines Patientenbriefs an die Patientinnen und Patienten, der insbesondere die erfolgten Therapien sowie Therapieempfehlung beinhaltet**, empfohlen. Die Leitlinienempfehlungen sehen die Bereitstellung von Broschüren oder Merkblättern vor, welche die weitere Schmerzbehandlung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus thematisieren (Rocket et al. 2022). Diese Patienteninformationen können auch die Anleitung zur Einnahme von Schmerzmedikamenten sowie Informationen zur Beschaffung der benötigten Medikamente enthalten. Des Weiteren sind Patientinnen und Patienten auf die alltäglichen Auswirkungen bei der Einnahme von Schmerzmedikamenten hinzuweisen (Rocket et al. 2022).

In Abgrenzung zu Entlassbriefen, die sich insbesondere an die nach dem Krankenhausaufenthalt weiterversorgenden Ärztinnen und Ärzte richten, richten sich Patientenbriefe an die Patientinnen und Patienten selbst, aber auch an deren Angehörige oder Pflegende. Ziel von Entlassbriefen, die sich an den Vorgaben des § 9 des Rahmenvertrags Entlassmanagement richten, ist eine bedarfsgerechte Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen, in dem alle relevanten Informationen wie bspw. Epikrise, weiteres Prozedere/Empfehlungen oder verordnete Arzneimittel weitergegeben werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022), während Patientenbriefe durch eine patientengerechte Information die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten anstreben (G-BA [kein Datum]). Patientengerechte Information meint in diesem Zusammenhang insbesondere eine laienverständliche Aufbereitung der durchgeführten und geplanten Therapien mittels einfacher Sprache und zur Förderung der Verständlichkeit die Vermittlung zusätzlicher Hintergrundinformationen. Hierbei sind auch die Anforderungen an eine evidenzbasierte Gesundheitsinformation zu berücksichtigen (G-BA [kein Datum], Lühnen et al. 2017).

An dieser Stelle sprechen sich die Expertinnen und Experten dafür aus, den Patientinnen und Patienten bei der Entlassung einen Patientenbrief auszuhändigen. Dies kann auch im Rahmen eines möglichen Abschlussgesprächs erfolgen. Der Patientenbrief soll dazu dienen, die erbrachten medizinischen Leistungen nachvollziehen zu können und alltagsorientierte Handlungsempfehlungen für die Zeit nach der Entlassung bereitzustellen, die nachgelesen und angewendet werden können. Für die Ausgestaltung der Informationen wird auf die Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformationen verwiesen (Lühnen et al. 2017). Des Weiteren wird auch auf das Projekt PASTA des Innovationsfonds hingewiesen, das sich ebenfalls mit Patientenbriefen bei Entlassung aus dem stationären Setting beschäftigt.⁸

3.2.5 Versorgungspfad

In Abbildung 3 ist basierend auf den im vorangehenden Abschnitt dargelegten möglichen Qualitätsanforderungen ein entsprechender Versorgungspfad visualisiert.

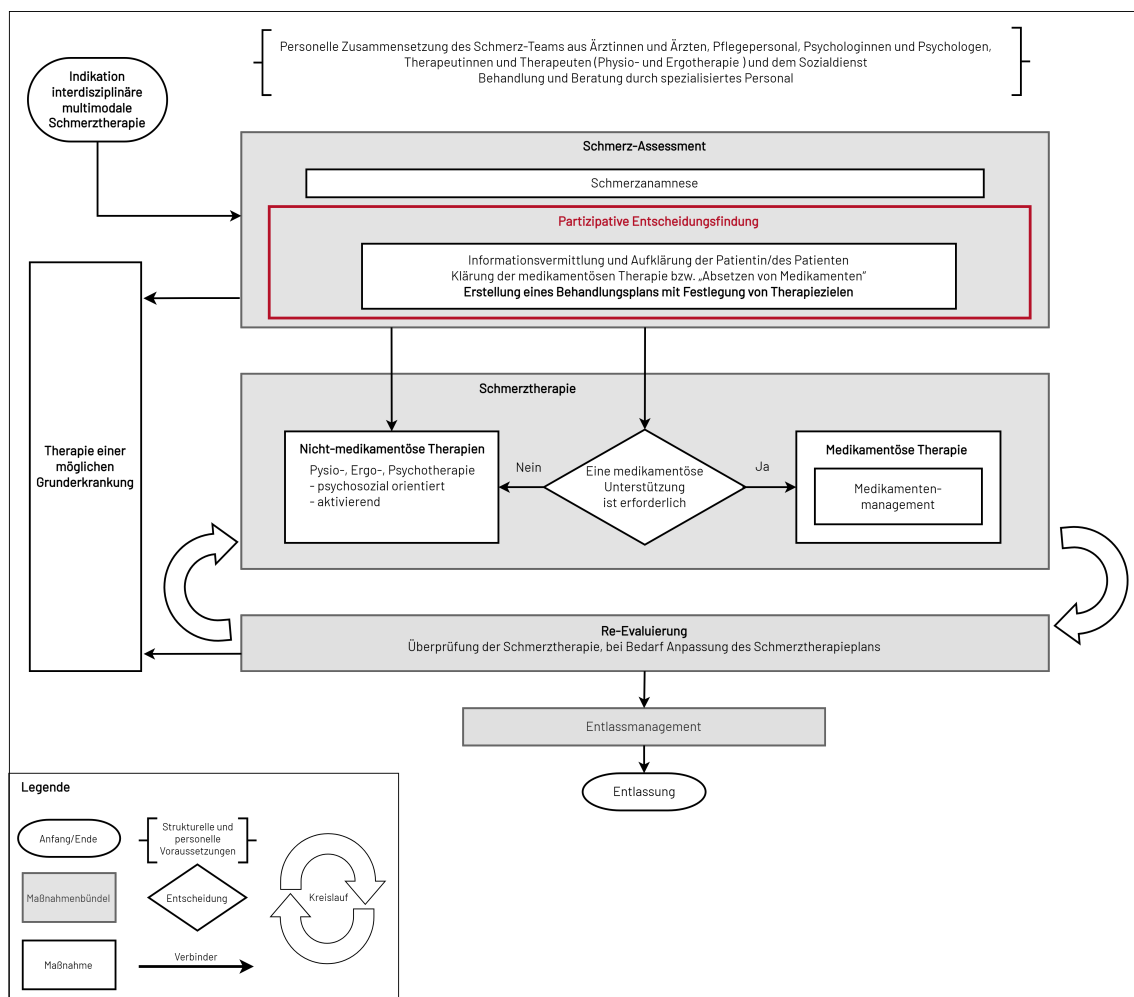


Abbildung 3: Versorgungspfad (Multimodale Schmerztherapie)

⁸ <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/pasta-patientenbriefe-nach-stationaeren-aufenthalten.113> (abgerufen am: 20.04.2023).

3.2.6 Endpunkte

Die Leitlinienempfehlungen adressieren die Struktur- und Prozessqualität. Um darüber hinaus für die Patientinnen und Patienten unmittelbar relevante Merkmale der Ergebnisqualität zu identifizieren, wurden in einem ersten Schritt die Ergebnisse der Vorrecherche und später die weiteren Wissensbestände (siehe Abbildung 1) herangezogen. Ergänzend wurden auch die Einschätzungen der Expertinnen und Experten berücksichtigt. Hieraus ergeben sich nachfolgende patientenrelevante Endpunkte für den Leistungsbereich:

- Schmerz bzw. Schmerzintensität
- schmerzassoziierte Lebensqualität

Zusätzlich wird in Studien als möglicher Ergebnisparameter auch der Arbeitsstatus verwendet, um die Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten in den Arbeitsalltag und somit einen möglichen langfristigen Therapieerfolg zu bewerten. Die Literatur berichtet hierzu, dass die Erfassung des Arbeitsstatus bisher nicht standardisiert durchgeführt wurde und bei Vergleichen zwischen Monotherapien und multimodalen Therapien nur teilweise Verbesserungen nachvollziehbar sind (Kamper et al. 2014, Hayden et al. 2005). Darüber hinaus kann nach Aussagen der Expertinnen und Experten im Rahmen der IMST die Verantwortung des Leistungserbringers für den Arbeitsstatus nur eingeschränkt nachvollzogen werden, was neben individuellen Faktoren wie der Qualifikation auch insbesondere den unterschiedlichen Gegebenheiten lokaler Arbeitsmärkte zuzuschreiben ist. So kann nach den Expertinnen und Experten bspw. eine hohe regionale Arbeitslosenquote unabhängig von den therapeutischen Maßnahmen zu einer negativen Re-Work-Rate führen. Deshalb wird der Arbeitsstatus als solcher nicht weiter berücksichtigt, allerdings ist die hiermit assoziierte Arbeitsfähigkeit Teil der schmerzassoziierten Lebensqualität, die als Endpunkt nachfolgend skizziert wird.

Schmerz und Schmerzintensität

In der Versorgung chronischer Schmerzen sind die Schmerzfreiheit bzw. Schmerzreduktion, der verbesserte Umgang mit Schmerzen, eine Funktionsverbesserung und die Verbesserung der Lebensqualität langfristige Ziele. Auch die Leitlinienempfehlungen sowie die Ausführungen des Expertenstandards Pflege richten ihre Empfehlungen vorwiegend am Endpunkt Schmerz aus. Hierbei sollen insbesondere nicht-medikamentöse aktivierende Therapien sowie ergänzend psychotherapeutische Ansätze und medikamentöse Therapien eine Schmerzreduktion bewirken (NICE 2022, Busse et al. 2017). Auch die Expertinnen und Experten verweisen bei der Ergebnisqualität auf die Erfassung von Schmerz, um mögliche therapeutische Veränderungen und die Erreichung von Therapiezielen zu erfassen. Die Schmerzintensität detektiert demnach Schmerzreduktionen und steht damit für die Verbesserung der Schmerzsituation und den Erfolg einer IMST.

Turk et al. (2003) haben sich mit der Identifikation möglicher messbarer Endpunkte von chronischen Schmerzen näher beschäftigt. Die Erfassung von Schmerzen zu einem bestimmten Zeit-

punkt eignet sich demnach auch für die Messung chronischer Schmerzen. Zu gleichen Erkenntnissen kommen Dworkin et al. (2008), wobei hier die Betrachtung der Intensität der Schmerzen hervorgehoben wird (Dworkin et al. 2008). Die Domäne „Schmerzintensität“ ist in verschiedenen Erhebungsinstrumenten Bestandteil zur Erfassung und Spezifizierung chronischer Schmerzen, wie bspw. im IMMPACT oder im Deutschen Schmerzfragebogen (Deckert et al. 2016).

Schmerzassoziierte Lebensqualität

Chronische Schmerzpatientinnen und -patienten sind aufgrund der Schmerzen in ihrer gewohnten Lebensführung insgesamt eingeschränkt (Hadi et al. 2019). Studienergebnisse weisen darauf hin, dass chronische Schmerzen die Aktivitäten des alltäglichen Lebens wie bspw. Freizeitaktivitäten oder Schlaf beeinträchtigen und darüber hinaus auch Auswirkungen auf soziale Bindungen haben können, wodurch Betroffene zunehmend isoliert oder ausgegrenzt werden können. Des Weiteren können Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und hiermit zusammenhängende Ängste einer Berufsunfähigkeit sowie eine Stigmatisierung durch Dritte angeführt werden (Froud et al. 2014). Deshalb kann als langfristiges Ziel von Interventionen zur Therapie von chronischen Schmerzen neben der Schmerzreduktion auch die Verbesserung der psychischen Verfassung, der wahrgenommenen Schmerzsituation und -symptome, die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie das Auftreten unerwünschter Schmerzereignisse benannt werden (Turk et al. 2003). Zusammenfassend betrachtet bildet demnach die schmerzassoziierte Lebensqualität einen Endpunkt von Schmerzinterventionen ab. Mögliche Dimensionen sind in diesem Zusammenhang allgemeine Aspekte der Lebensqualität, die körperliche und emotionale Funktionsfähigkeit, die Arbeitsfähigkeit sowie weitere subjektive Einschätzungen der Patientinnen und Patienten zu Therapieerfolgen, zu therapeutischen Maßnahmen, zu Symptomen und zur Motivation (Fisher et al. 2019, Monticone et al. 2015, Kamper et al. 2014, Kaiser et al. 2018).

Nach Aussagen der Expertinnen und Experten kann insbesondere die Berücksichtigung von Aspekten der Lebensqualität Ergebnisse der Schmerzintensität ergänzen, um ein vollständigeres Bild über die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten wiederzugeben.

3.2.7 Empfohlene Evaluationskennziffern

In den beiden nachfolgenden Tabellen werden die vorangehend berichteten möglichen Qualitätsanforderungen (Tabelle 29) und patientenrelevanten Endpunkte (Tabelle 30) dargestellt und ausgewiesen, inwieweit hiervon entsprechende Evaluationskennziffern abgeleitet wurden.

Tabelle 29: Entwicklung von Evaluationskennziffern MS (mögliche Qualitätsanforderungen)

Mögliche Qualitätsanforderung	Evaluationskennziffer (Eval-KNZ)
Durchführung der Behandlung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie durch ein interdisziplinäres Schmerz-Team.	Ja: Eval-KNZ MS-01

Mögliche Qualitätsanforderung	Evaluationskennziffer (Eval-KNZ)
Behandlung und Beratung durch spezialisiertes Personal.	Ja: Eval-KNZ MS-02
Schmerzanamnese	Ja: Eval-KNZ MS-03
Erstellung eines patientenindividuellen Behandlungsplans durch das Schmerz-Team mit Therapiezielen und entsprechenden therapeutischen Maßnahmen.	Ja: Eval-KNZ MS-03, Eval-KNZ MS-04
Berücksichtigung von therapeutischen Einschränkungen bei psychischen Erkrankungen und bei Substanzmittelabhängigkeiten .	Ja: Eval-KNZ MS-04
Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu den geplanten therapeutischen Maßnahmen.	Ja: Eval-KNZ MS-04
Berücksichtigung der Anforderungen an eine partizipative Entscheidungsfindung.	Ja: Eval-KNZ MS-04
Medikamentenmanagement	Ja: Eval-KNZ MS-03
Therapiebegleitende regelmäßige Überprüfung der Schmerztherapie, deren Maßnahmen bei Bedarf durch das Schmerz-Team angepasst werden.	Ja: Eval-KNZ MS-05
Planung von schmerztherapeutischen Maßnahmen für die nachgelagerte ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten.	Ja: Eval-KNZ MS-06
Erstellung und Aushändigung eines Patientenbriefs an die Patientinnen und Patienten, der die erfolgten Therapien sowie Therapieempfehlungen beinhaltet.	Ja: Eval-KNZ MS-06

Tabelle 30: Entwicklung von Evaluationskennziffern MS (Endpunkte)

Endpunkt	Evaluationskennziffer (Eval-KNZ)
Schmerz bzw. Schmerzintensität	Ja: Eval-KNZ MS-07
Schmerzassoziierte Lebensqualität	Ja: Eval-KNZ MS-08

Tabelle 31 gibt einen Überblick zu den für diesen Leistungsbereich entwickelten Evaluationskennziffern. Die darauffolgenden Tabellen beschreiben die Evaluationskennziffern im Einzelnen. Hierbei wird sowohl das Ziel im Sinne einer Verbesserung der Versorgungsqualität als auch die Qualitätsdimension (Struktur, Prozess, Ergebnis) benannt und ferner, ob die Evaluationskennziffer einrichtungs- oder fallbezogen zu erfassen ist.

Tabelle 31: Empfohlene Evaluationskennziffern MS (Übersicht)

Eval-KNZ	Evaluationskennziffer	Verweis
MS-01	Einsatz eines interdisziplinären Schmerz-Teams	Tabelle 32
MS-02	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe	Tabelle 33
MS-03	Schmerz-Assessment	Tabelle 34
MS-04	Erstellung eines Behandlungsplans	Tabelle 35
MS-05	Überprüfung der Schmerztherapie	Tabelle 36
MS-06	Patientenbrief bei Entlassung	Tabelle 37
MS-07	Schmerzintensität	Tabelle 38
MS-08	Schmerzassoziierte Lebensqualität	Tabelle 39

Tabelle 32: Evaluationskennziffer MS-01

Bezeichnung	Einsatz eines interdisziplinären Schmerz-Teams
Ziel	Die Einrichtung bildet zur Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der IMST interdisziplinäre Schmerz-Teams. Hierin arbeiten folgende Professionen kontinuierlich im Behandlungsverlauf der Patientinnen und Patienten zusammen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin/Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“ ▪ Pflegefachkraft bzw. Pflegefachkraft für spezielle Schmerzpflege (Pain Nurse) ▪ Psychologin/Psychologe ▪ Physiotherapeutin/-therapeut ▪ Ergotherapeutin/-therapeut ▪ ggf. Sozialdienst
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Angabe der Einrichtung, ob interdisziplinäre Schmerz-Teams zur Durchführung der IMST eingesetzt werden.

Tabelle 33: Evaluationskennziffer MS-02

Bezeichnung	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe
Ziel	Die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind, haben eine Schulung zu Aspekten der IMST wie bspw. Grundlagen der Schmerzmedizin, schmerzmedizinische Diagnostik, Therapie und Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten, die inter-

Bezeichnung	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe
	professionelle Zusammenarbeit, die Behandlung spezieller Patientengruppen und verfahrensspezifische Ansätze zur Therapie chronischer Schmerzen erhalten.
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind und eine Schulung erhalten haben. ▪ Nenner: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind.
Anmerkung	<p>In der weiterführenden Operationalisierung wird festgelegt,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ welche Angehörigen der Gesundheitsberufe einzubeziehen sind, ▪ welche Mindestanforderungen an Schulungsinhalte gestellt werden und ▪ inwieweit die Anteile einzelner Berufsgruppen ergänzend separat auszuweisen sind.

Tabelle 34: Evaluationskennziffer MS-03

Bezeichnung	Schmerz-Assessment
Ziel	<p>Bei Patientinnen und Patienten der Zielgruppe wird ein standardisiertes Schmerz-Assessment durchgeführt, das insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine Schmerzanamnese und ▪ die Erstellung eines Behandlungsplans beinhaltet.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten der Zielgruppe, bei denen ein vollständiges Schmerz-Assessment durchgeführt wurde. ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten der Zielgruppe.

Tabelle 35: Evaluationskennziffer MS-04

Bezeichnung	Erstellung eines Behandlungsplans
Ziel	<p>Die Einrichtung verfügt über einen Standard (bspw. SOP, Checkliste) zur Erstellung des Behandlungsplans, der mindestens nachfolgende leitlinienbasierte Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berücksichtigung der Anforderungen an eine partizipative Entscheidungsfindung ▪ Festlegung von Therapiezielen ▪ Festlegung von geeigneten therapeutischen Maßnahmen

Bezeichnung	Erstellung eines Behandlungsplans
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu den geplanten therapeutischen Maßnahmen ▪ Berücksichtigung von therapeutischen Einschränkungen bei psychischen Erkrankungen und bei Substanzmittelabhängigkeiten
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Angabe der Einrichtung, ob sie über einen entsprechenden Standard verfügt.

Tabelle 36: Evaluationskennziffer MS-05

Bezeichnung	Überprüfung der Schmerztherapie
Ziel	Bei Patientinnen und Patienten, die eine IMST erhalten, findet eine regelmäßige Re-Evaluierung (inkl. Medikamentenmanagement bei medikamentöser Therapie) statt.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	Arithmetisches Mittel der fallbezogenen Verhältniszahlen (Ratio) von Schmerz-Assessment und Re-Evaluierungen (Schmerz-Assessment und Anzahl an Re-Evaluierungen) zu stationären Behandlungstagen (Anzahl an Tagen einschließlich des Tages des initialen Schmerz-Assessments bis zum Tag der Entlassung).
Anmerkung	Die Berücksichtigung der Anzahl an stationären Behandlungstagen im Sinne der Risikoadjustierung wird empirisch anhand der Auswertungsdaten in der Auswertung geprüft. Hintergrund ist, dass die in den Leitlinienempfehlungen geforderte Regelmäßigkeit nicht abschließend definiert werden konnte, aufgrund der Experteninterviews jedoch anzunehmen ist, dass zusätzliche Assessments nach bereits längerem Aufenthalt in geringerer Frequenz zu erwarten sind, ohne dass dies eine mangelnde Behandlungsqualität widerspiegelt.

Tabelle 37: Evaluationskennziffer MS-06

Bezeichnung	Patientenbrief bei Entlassung
Ziel	<p>Bei der Entlassung erhalten Patientinnen und Patienten einen Patientenbrief, der laienverständlich* und unter Berücksichtigung der Anforderungen an eine evidenzbasierte Gesundheitsinformation* mindestens nachfolgende Inhalte enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ stationärer Behandlungsverlauf (u. a. Diagnosen, Therapien) ▪ empfohlene therapeutische Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung

Bezeichnung	Patientenbrief bei Entlassung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bestehende Planungen für die nachgelagerte ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten (Kontakte/Ansprechpartnerinnen und -partner, weitere Termine zur Vorstellung) ▪ weiterführende Informationen <p>* bspw. G-BA ([kein Datum]), Lühnen et al. (2017)</p>
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl an Patientinnen und Patienten, die einen entsprechenden Patientenberief bei der Entlassung erhalten haben. ▪ Nenner: Anzahl an entlassenen Patientinnen und Patienten.

Tabelle 38: Evaluationskennziffer MS-07

Bezeichnung	Schmerzintensität
Ziel	Die Schmerzintensität der Patientinnen und Patienten zwischen dem initialen Schmerz-Assessment und drei Monate (Von Korff et al. 2020) nach dem initialen Schmerz-Assessment stabilisiert oder reduziert sich.
Qualitätsdimension	Ergebnis
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	Arithmetisches Mittel der fallbezogenen Differenzen der Schmerzintensität zwischen dem initialen Schmerz-Assessment und drei Monate nach dem initialen Schmerz-Assessment.
Anmerkung	Zur Erfassung der schmerzassoziierten Lebensqualität wird die deutschsprachige Version der Graded Chronic Pain Scale (Von Korff et al. 1992) eingesetzt, vorbehaltlich der Klärung lizenzrechtlicher Aspekte im Rahmen der weiterführenden Operationalisierung.

Tabelle 39: Evaluationskennziffer MS-08

Bezeichnung	Schmerzassoziierte Lebensqualität
Ziel	Die schmerzassoziierte Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zwischen dem initialen Schmerz-Assessment und drei Monate (Von Korff et al. 2020) nach dem initialen Schmerz-Assessment stabilisiert oder erhöht sich.
Qualitätsdimension	Ergebnis
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	Arithmetisches Mittel der fallbezogenen Differenzen der schmerzassoziierten Lebensqualität zwischen dem initialen Schmerz-Assessment und drei Monate nach dem initialen Schmerz-Assessment.

Bezeichnung	Schmerzassoziierte Lebensqualität
Anmerkung	Zur Erfassung der schmerzassoziierten Lebensqualität wird die deutschsprachige Version der Graded Chronic Pain Scale nach (Von Korff et al. 1992) eingesetzt, vorbehaltlich der Klärung lizenzrechtlicher Aspekte im Rahmen der weiterführenden Operationalisierung.

3.2.8 Limitationen

Die der Evaluationskennziffer MS-04 zugrundeliegende mögliche Qualitätsanforderung bedeutet bestimmte Anforderungen an die Inhalte zur Erstellung eines Behandlungsplans, die bei jeder Patientin und jedem Patienten zu berücksichtigen sind. Da eine fallbezogene Erfassung der Einhaltung der Anforderungen aufwendig erscheint und die Beurteilung der Erfüllung der Anforderungen Interpretationsspielräume durch die Dokumentierenden zulässt, werden unter Verweis auf die Praktikabilität und Objektivität der Messung (IQTIG 2022b: 129 ff.) die Anforderungen durch das Vorhandensein eines Standards in der Einrichtung einrichtungsbezogen erfasst. Die einrichtungsbezogene Erfassung geht im Vergleich zu einer fallbezogenen Erfassung mit einem Informationsverlust einher, da hierbei nur eine interne Vorgabe zur Umsetzung der Anforderungen, jedoch nicht die tatsächliche Umsetzung der Anforderungen erfasst werden.

Im Rahmen möglicher Limitationen aus Sicht der Evaluation ist zu beachten, dass die Evaluationskennziffern MS-07 und MS-08 neben der Schmerzintensität bzw. schmerzassoziierte Lebensqualität während des stationären Aufenthalts im initialen Schmerz-Assessment auch die Schmerzintensität bzw. schmerzassoziierte Lebensqualität drei Monate nach dem initialen Schmerz-Assessment berücksichtigen. Da die Patientinnen und Patienten einer IMST in der Regel nach zwei bis drei Wochen aus dem stationären Bereich entlassen werden, werden sowohl die stationäre aber auch die ambulante Versorgung in den Messungen nach drei Monaten abgebildet. Demensprechend werden die Evaluationskennziffern durch einen bekannten, jedoch im Rahmen der Evaluation nicht kontrollierbaren Faktor, beeinflusst, der nicht alleinig dem stationären Leistungserbringer und somit auch nicht dem Qualitätsvertrag zuschreibbar ist.

3.3 Geburten/Entbindung (GE)

In den nachfolgenden Abschnitten wird zunächst der *Hintergrund* des Leistungsbereichs „Geburten/Entbindung“ erläutert, um einen Überblick über den Leistungsbereich zu geben und seine Relevanz zu verdeutlichen. Anschließend werden die *Ziele*, die Qualitätsverträge in diesem Leistungsbereich verfolgen, kurz skizziert. Für weitere Informationen können die Ausführungen in den Tragenden Gründen (G-BA 2022c) herangezogen werden. Im darauffolgenden Abschnitt wird die adressierte *Zielgruppe* aus Sicht des IQTIG auf Basis der Tragenden Gründe definiert. Danach werden *mögliche Qualitätsanforderungen* beschrieben, die aus den Empfehlungen der systematisch recherchierten Leitlinien synthetisiert wurden, sowie die für diesen Leistungsbereich pati-

entenrelevanten *Endpunkte*. Darauf aufbauend werden die vom IQTIG empfohlenen *Evaluationskennziffern* zur Messung der Versorgungsqualität vorgestellt. Abschließend werden *Limitationen* dieses Leistungsbereichs aus Sicht der Evaluation diskutiert.

3.3.1 Hintergrund

In Deutschland wurden im Jahr 2021 insgesamt 798.912 Kinder geboren (Zahl der Lebendgeborenen Kinder: 795.492) (Destatis 2022a). Davon kamen 95 % der Kinder in stationären Einrichtungen zur Welt (IQTIG 2022c, Destatis 2022a). Die überwiegende Mehrheit der Kinder (92 %) wurden mit einem Gestationsalter von 37 bis 41 vollendeten Schwangerschaftswochen reif geboren (IQTIG 2022c). Das Durchschnittsalter der Mutter bei der Geburt lag im Jahr 2021 bei 31,8 Jahren, das des Vaters bei 34,7 Jahren (Destatis 2022b). Durchschnittlich bringt nach Angaben aus dem Jahr 2021 jede Frau in Deutschland 1,58 Kinder zur Welt (Destatis [kein Datum]).

Gesetzlich versicherte Schwangere haben grundsätzlich Anspruch auf eine ambulante oder stationäre Entbindung (§ 24f SGB V). Die geburtshilflichen Versorgungsstrukturen sind in Deutschland vielfältig, daher können Geburten in verschiedenen Settings bzw. unter verschiedenen Rahmenbedingungen stattfinden. Eine Geburt kann in einem Krankenhaus, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt erfolgen. Ebenfalls stehen Schwangeren Einrichtungen, die unter der Leitung einer Hebamme, eines Entbindungspflegerers oder eines Arztes bzw. einer Ärztin stehen, für eine Geburt zur Verfügung (§ 24f SGB V). Im stationären Kontext wurde in Deutschland im Jahr 2021 eine geburtshilfliche Versorgung von 616 Krankenhäusern an 662 Standorten angeboten (IQTIG 2022c).

Die an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Einrichtungen unterliegen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL)⁹. Diese legt zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität von Früh- und Reifgeborenen vier Versorgungsstufen mit verbindlichen Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Aufnahme- und Zuweisungskriterien fest (Tabelle 40), die die Krankenhäuser der jeweiligen Versorgungsstufe erfüllen müssen. Der Versorgungsstufe 1 gehören 27 % der versorgenden Einrichtungen an. Diese betreuen fast die Hälfte (49 %) der Geburten. Perinatalzentren Level 2 (7 %) und Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt (19 %) begleiten 9 % bzw. 14 % der Geburten. Mit 47 % der Einrichtungen bilden Geburtskliniken die mengenmäßig größte Versorgungsstufe. 28 % der stationären Geburten werden in ihnen betreut (Heller 2022).

Die durch die QFR-RL hinsichtlich der jeweiligen Versorgungsstufe bestehenden Anforderungen an die beteiligten Einrichtungen definieren unter anderem die ärztliche (geburtshilfliche und neonatologische), hebammenhilfliche sowie pflegerische Versorgung, die Infrastruktur (räumliche

⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 17. Mai 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/> (abgerufen am: 03.03.2023)

Lokalisation und Geräteausstattung). Außerdem die Anforderungen an die Qualitätssicherung, sowie die Aufnahme- und Zuweisungskriterien der Schwangeren zur jeweiligen Versorgungsstufe anhand des Risikoprofiles der Schwangeren oder des Kindes (QFR-RL).

Tabelle 40: Zusammenfassung der Regelungen der unterschiedlichen Versorgungsstufen gemäß QFR-RL

Versorgungsstufe	Regelungen der QFR-RL
1	Perinatalzentren des Levels 1 sind zur Versorgung von Schwangeren, die die Aufnahme- und Zuweisungskriterien der Versorgungsstufen 2-4 erfüllen, berechtigt. Zusätzlich dürfen sie Schwangere mit einer zu erwartenden Frühgeburt, bei einem Schätzwicht des Kindes unter 1.250 Gramm und einem Gestationsalter unter 29 + 0 Schwangerschaftswochen aufnehmen. Ebenfalls obliegt ihnen die Versorgung von Drillingsgeburten vor 33 + 0 Schwangerschaftswochen und Mehrlingsgeburten mit über drei Mehrlingen. Auch Schwangere mit pränatal diagnostizierten Erkrankungen (aufseiten von Mutter oder Kind), bei denen eine spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen notwendig ist, werden in Einrichtungen des Levels 1 versorgt.
2	Perinatalzentren Level 2 sind zur Versorgung von Schwangeren, die die Aufnahme- und Zuweisungskriterien der Versorgungsstufen 3-4 erfüllen sowie zur Versorgung von Schwangeren bei zu erwartender Frühgeburt des Kindes mit einem Geburtsgewicht von 1.250 bis 1.499 Gramm oder einem Gestationsalter von 29 + 0 bis 31 + 6 Schwangerschaftswochen berechtigt. Ihnen obliegt ebenfalls die Versorgung Schwangerer mit insulinpflichtigem Diabetes, bei denen eine Gefährdung des Fetus bzw. des Neugeborenen wahrscheinlich ist, die Versorgung von Schwangeren mit wachstumsretardierten Feten (unterhalb des 3. Perzentils) und Schwangerer mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen (z. B. HELLP-Syndrom).
3	Einrichtungen mit perinatalem Schwerpunkt sind berechtigt, neben der Versorgung Schwangerer ab 36 + 0 Schwangerschaftswochen ohne zu erwartende Komplikationen und Risiken (siehe Aufnahme und Zuweisungskriterien der Versorgungsstufe 4) auch Schwangere mit zu erwartender Frühgeburt bei einem Schätzwicht des Kindes von mindestens 1.500 Gramm und einem Gestationsalter von 32 + 0 bis einschließlich 35 + 6 Schwangerschaftswochen zu versorgen. Gleichfalls werden Schwangere mit einem wachstumsretardierten Fetus, dessen Gestationsalter bezogen auf das Gewicht zwischen dem 3. und 10. Perzentil liegt, sowie Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Erkrankung ohne zu erwartende Gefährdung von Fetus oder Neugeborenem versorgt.
4	Geburtskliniken sind zur Aufnahme und Versorgung Schwangerer ab 36 + 0 Schwangerschaftswochen ohne zu erwartende Komplikationen und Risiken berechtigt. Sobald eines der Kriterien zur Aufnahme in eine höhere Versorgungsstufe vorliegt, sind sie verpflichtet, eine dementsprechende Verlegung zu prüfen und nach Möglichkeit vorzunehmen.

Grundsätzlich stellt die Geburt einen physiologischen Prozess dar. Hertle et al. (2021) konstatieren in diesem Zusammenhang, dass durch den Fokus auf mögliche Risiken viele Schwangerschaften und Geburten in den letzten Jahrzehnten eine zunehmende Medikalisierung und Pathologisierung erfuhren (Hertle et al. 2021). Auch Autorinnen im Rahmen des Expertenstandards in der Pflege zur

Förderung der physiologischen Geburt weisen auf einen hohen Anteil an Schwangeren mit einem erhöhten Schwangerschaftsrisiko oder Risiko für die Geburt hin. Dies unterstreiche die Bedeutung einer sorgfältigen Bewertung derselben, um festzustellen, inwieweit die erhobenen Risikobefunde klinisch relevant sind und eine spezifische Überwachung oder Behandlung erfordern. In der kontinuierlichen Unterstützung der Schwangeren während der Geburt sehen die Autorinnen das Potenzial, mögliche Interventionen zu minimieren und eine physiologische Geburt zu fördern (DNQP/Verbund Hebammenforschung 2014).

Die physiologische Geburt wird in der Literatur nicht einheitlich definiert. Das American College of Nurse-Midwives, die Midwives Alliance of North America und die National Association of Certified Professional Midwives definieren eine physiologische Geburt als eine natürliche, spontane und ungehinderte Geburt, bei der die physiologischen Prozesse, die bei der Geburt auftreten, durch den Körper der Mutter und das Kind, selbst reguliert werden. Bei einer physiologischen Geburt werden keine medizinischen oder technischen Eingriffe vorgenommen, sofern keine medizinische Notwendigkeit besteht ([Anonym] 2013).

Zur Erkennung möglicher gesundheitlicher Risiken werden Schwangere hinsichtlich ihres Risikoprofils und der sich hieraus ergebenden Maßnahmen zur Überwachung auf Grundlage der Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)¹⁰ eingestuft. Als Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf gelten solche, die durch aktuelle Befunde und/oder anamnestische Besonderheiten nach individueller ärztlicher Beurteilung mit einem erhöhten Risiko für Leben oder Gesundheit von Mutter und/oder Kind zu rechnen haben. Befunde in der aktuellen Schwangerschaft, die zu einem besonderen Überwachungsbedarf führen, sind Schwangerschaften mit erhöhten Blutdruckwerten, Anämien, Diabetes mellitus, uterinen Blutungen, pathologischer Kindslage, Diskrepanzen zwischen Uterus- bzw. Kindgröße und Schwangerschaftsdauer, Geburtsterminüberschreitungen, unklarem Geburtstermin oder einer Entzündung des Nierenbeckens (Pyelonephritis) sowie Mehrlingsschwangerschaften und drohende Frühgeburten (Mutterschafts-Richtlinien).

Anamnestische Besonderheiten sind darüber hinaus (Mutterschafts-Richtlinien):

- schwere Allgemeinerkrankungen (z. B. erhebliche Adipositas, Leber-, Nierenerkrankungen)
- Zustand nach Totgeburt oder Geburt eines Kindes mit Schädigung
- wiederholte Aborte oder Frühgeburten
- Schwangerschaft nach einer Sterilitätsbehandlung
- vorherige Uterusoperationen (z. B. Sectio, Fehlbildungen, Myom)
- Komplikationen bei vorangegangenen Geburten (z. B. vorzeitiger Plazentalösung, Placenta praevia, Gerinnungsstörungen, Thrombose, Dammrissverletzungen)

¹⁰ Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien). In der Fassung vom 10. Dezember 1985, zuletzt geändert am 16. September 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/> (abgerufen am: 16.03.2023).

- vorangegangene Geburt von hypertrophen Kindern (Geburtsgewicht über 4.000 Gramm), hypotrophen Kindern (Small-for-gestational-age (SGA)-Kinder) und/oder Mehrlingen.

Auch das Alter der Schwangeren ist ausschlaggebend für die Risikobewertung. Ein besonderer Überwachungsbedarf gilt bei Erstgebärenden unter 18 oder über 35 Jahren, Mehrfachgebärenden über 40 Jahren und Vielgebärenden mit mehr als vier Kindern (Mutterschafts-Richtlinien).

Im Jahr 2021 wurden bei 80 % der Schwangeren, die zur Geburt in einer stationären Einrichtung erschienen und einen Mutterpass hatten, Geburtsrisiken festgestellt. Die meisten in diesem Zusammenhang dokumentierten Risiken bezogen sich auf familiäre Belastungen wie Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische bedingte Erkrankungen und psychische Erkrankungen (33 %), Allergien (28 %), Alter der Schwangeren über 35 Jahre (24 %), schwere Erkrankungen des Herzens, der Leber oder der Niere (21 %), Zustand nach Sectio caesarea (20 %) und Adipositas (16 %) (IQTIG 2022c).

Bei diesen Schwangerschaften sind je nach Bedarf neben den üblichen Schwangerschafts- und Screening-Untersuchungen in Abhängigkeit der Risiken kürzere Untersuchungsintervalle und/oder ergänzende Untersuchungen zur Abklärung von Auffälligkeiten möglich. Zu diesen zusätzlichen Untersuchungen zählen bspw. häufigere Ultraschalluntersuchungen, tokografische Untersuchungen vor der 28. Schwangerschaftswoche bei Verdacht auf vorzeitige Wehen, Kardiotokografie-Untersuchungen (CTG-Untersuchungen), Amnioskopien, Untersuchungen an fetaler DNA aus mütterlichem Blut zur Frage des Vorliegens einer Trisomie 13, 18 oder 21, Fruchtwasseruntersuchungen nach Amniozentesen und die Untersuchung von transzervikal gewonnenem Chorionzottergewebe oder transabdominal gewonnenem Plazentagewebe (Mutterschafts-Richtlinien).

Um während des physiologischen Geburtsprozesses mögliche Risiken zu erkennen und Komplikationen vorzubeugen bzw. ihnen entgegenzuwirken sind im stationären Setting weitreichende diagnostische Maßnahmen und therapeutische Interventionen möglich. Diagnostischen Maßnahmen können bspw. die Durchführung einer (kontinuierlichen) Kardiotokografie (CTG) oder einer Fetalblutanalyse sein. Mögliche Interventionen sind die Verabreichung von Wehenmitteln zur Einleitung oder sub partu bei Wehenschwäche, Periduralanästhesie zur Linderung des Geburtsschmerzes (PDA), Amniotomie, Episiotomie, vaginal-operative Geburtsverfahren wie Saugglockengeburt (Vakuumgeburt) und Zangengeburt (Forcepsgeburt) sowie Kaiserschnittgeburt (Sectio caesarea) (DGGG/DGHWi 2020).

Kaiserschnittgeburten – im Folgenden Sectiones genannt – werden im deutschsprachigen Raum in primäre und sekundäre Sectiones unterteilt. Eine primäre Sectio ist dergestalt definiert, dass zum Zeitpunkt der Kaiserschnittgeburt der Geburtsbeginn noch nicht eingesetzt hat, also weder muttermundwirksame Wehen noch ein Blasensprung bisher aufgetreten sind. Bei einer sekundären Sectio hat der Geburtsprozess vor der Durchführung der Sectio begonnen (DGGG et al. 2020). Für die Entscheidung zu einer Sectio können absolute und relative Indikationen oder der Wunsch der Schwangeren führen. Als absolute und relative Gründe für eine Sectio gelten medizinische Indikationen (z. B. vorzeitige Plazentalösung, (drohende) Uterusruptur, Placenta praevia, Querlage

des Kindes, absolutes oder relatives Missverhältnis von kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, pathologische Herzfrequenzmessung), bei denen durch die Durchführung einer Sectio die positiven Effekte auf Leben und Gesundheit von Mutter und/oder Kind gegenüber den negativen Folgen überwiegt. Ein Grund für einen Sectio-Wunsch seitens der Mutter kann bspw. in der Angst vor einer vaginalen Geburt begründet sein (DGGG/DGHWi 2020).

Als diagnostische Interventionen wurde bei 96 % der Kinder ein Aufnahme-CTG im Krankenhaus durchgeführt. Bei 39 % dieser Geburten erfolgte im weiteren Geburtsverlauf eine intermittierende Erhebung der kindlichen Herzfrequenz, alle anderen erhielten eine kontinuierliche CTG-Überwachung bis zur Geburt oder Desinfektion bei Sectio. Zur Überwachung der fetalen Gesundheit unter der Geburt wurde bei 5 % eine Blutgasanalyse des Fetalblutes durchgeführt (IQTIG 2022c).

Laut Bundesauswertung (Perinatalmedizin: Geburtshilfe 2021) wurden im stationären Setting 60 % der Kinder durch eine Spontangeburt und 33 % mittels Sectio geboren. 43 % der Sectiones erfolgten primär, 49 % sekundär, 9 % der Sectiones wurden nicht näher beschrieben. Bei weiteren 7 % der Kinder erfolgte die Geburt durch einen vaginal-operativen Eingriff; hiervon 96 % durch Sauglockengeburt und 4 % durch den Einsatz einer Geburtszange. Eine medikamentöse Geburtseinleitung erfolgte bei 21 % der Geburten und eine Wehentherapie sub partu bei 26 %. Bei 15 % der Schwangeren mit vaginaler Geburt wurde eine Episiotomie durchgeführt und bei 29 % der Gebärenden trat sub partu ein Dammriss auf (IQTIG 2022c).

Insgesamt ist in den letzten Jahren der Einsatz von geburtshilflichen Interventionen angestiegen (Destatis 2023a, DNQP/Verband Hebammenforschung 2014). Konkrete Zahlen können insbesondere für Sectio-Geburten dargelegt werden (Destatis 2023a). Berechnet auf alle Geburten (stationär und ambulant) ergab sich für das Jahr 2021 eine bundesweite Sectio-Rate von 31 %. Zwischen 1991 (Sectio-Rate: 15 %) und 2008 (Sectio-Rate: 30 %) hat sich die Anzahl der Sectiones in Deutschland verdoppelt und liegt seither relativ konstant zwischen 29 und 32 % (Destatis 2021b). Innerhalb Deutschlands gibt es bei der Sectio-Rate regionale Unterschiede. Im Vergleich der Bundesländer hatte Sachsen mit 26 % die niedrigste und das Saarland mit 36 % die höchste Sectio-Rate (Destatis 2023a). Eine im Jahr 1985 publizierte Untersuchung der WHO gab in diesem Zusammenhang eine Orientierung zur Sectio-Rate. Sie postuliert einen Schwellenwert von 10-15 % (WHO 1985). Seit 2015 hält die WHO nicht mehr strikt hieran fest, sondern befürwortet eine Sectio bei medizinischer Indikation und argumentiert, dass auf Bevölkerungsebene eine Sectio-Rate über 10 % nicht mit einer Verringerung der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit einhergeht (Betran et al. 2016). Zur Anzahl der Geburten ohne (medizinische) Interventionen liegen kaum Informationen vor, da diese nicht systematisch erfasst werden. Ältere Schätzungen liegen bei 5 % bis 10 % aller Geburten (BMBF 2011).

Grundsätzlich können Interventionen sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind haben. Beispielsweise konnte keine Evidenz für einen Nutzen der Verwendung eines Aufnahme-CTG bei Schwangeren mit einem niedrigen Risiko gefunden werden

(Devane et al. 2017). Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich durch ein Aufnahme-CTG bei Schwangeren mit einem niedrigen Risiko die Sectio-Rate erhöht (Devane et al. 2017). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass in den meisten OECD-Ländern ein weiterer Anstieg der Sectorate über 10 % nicht mit einem weiteren Absenken der Mütter-, Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeitsrate einhergeht (Ye et al. 2014). Weitere Untersuchungen zeigen, dass Sectio-Geburten auch weitere kurz- und langfristige Auswirkungen auf Mutter (z. B. allgemeine Operationsrisiken, höhere Komplikationen bei Folgeschwangerschaften) und Kind (z. B. Schnittverletzungsrisiko, höhere Wahrscheinlichkeit eines niedrigen Apgar-Score, Asthma, Übergewicht) haben können (DGGG et al. 2020). Und auch eine PDA kann neben dem positiven Effekt der schmerzlindernden Wirkung auch negative Nebenwirkungen mit sich bringen (z. B. niedriger Blutdruck, Fieber, Juckreiz) und den Geburtsverlauf beeinträchtigen. So kann es zu einem protrahierten Geburtsverlauf kommen sowie einem erhöhten Risiko für eine vaginal-operative Geburt (gesundheitsinformation.de 2022, Kibuka und Thornton 2017). Darüber hinaus gibt es Hinweise dafür, dass eine frauenzentrierte und möglichst kontinuierliche Geburtsunterstützung zu einer Verringerung der Sectio-Rate, der Rate für vaginal-operative Geburten und der Verwendung von Analgetika führt. Gleichzeitig hat sie einen positiven Einfluss auf das subjektive Geburtserleben der Gebärenden (Bohren et al. 2017). Im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wird daher die Förderung einer Geburt mit möglichst wenigen, gut begründeten Interventionen (interventionsarme Geburt) als eines der Ziele festgehalten (gesundheitsziele.de 2017).

3.3.2 Ziele der Qualitätsverträge

Ziele, die mit potenziellen Vereinbarungen in Qualitätsverträgen im Leistungsbereich „Geburt/Entbindung“ angestrebt werden, finden sich in den Tragenden Gründen (G-BA 2022c). Übergeordnetes Ziel ist die Gewährleistung einer sicheren Geburt für Mutter und Kind. Strukturelle und prozessuale Anforderungen sollen in diesem Zusammenhang dafür Sorge tragen, gefährdende Situationen rechtzeitig zu erkennen und zielgenau zu handeln. Hierbei sollen nur die Interventionen und Maßnahmen eingesetzt werden, die in der jeweiligen Situation indiziert sind (interventionsarme Geburt). Darüber hinaus soll durch die Einhaltung höherwertiger Qualitätsanforderungen insgesamt die Ergebnisqualität nachhaltig verbessert werden.

3.3.3 Zielgruppe

Die adressierte Zielgruppe umfasst Schwangere mit einer Geburt im stationären Setting. Es sind hierbei alle geplanten vaginalen Geburten von Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm eingeschlossen. Reifgeborene sind Neugeborene, die zwischen 37 + 0 und 41 + 6 Schwangerschaftswochen entbunden werden. Es sind sowohl Einlings- als auch Mehrlingsgeburten eingeschlossen.

3.3.4 Mögliche Qualitätsanforderungen

Mithilfe der in Kapitel 2 beschriebenen Vorgehensweise wurden für den Leistungsbereich „Geburt/Entbindung“ 23 mögliche Qualitätsanforderungen herausgearbeitet, die sich in die zwölf nachfolgenden Qualitätsaspekte zusammenfassen lassen.

- Schulung Personal
- Information und Beratung
- Anamnese und klinische Beurteilung
- Betreuungsdichte, personelle Betreuung
- Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren
- Betreuung der Schwangeren während der Geburt
- Kontrolle der fetalen Herzfrequenz
- Vermeidung von nicht indizierten routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen
- Schmerzbewältigung
- Prävention Geburtsverletzung
- Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtsphase
- Bonding

Nachfolgend werden strukturiert nach den Qualitätsaspekten die möglichen Qualitätsanforderungen beschrieben. Dabei werden die Qualitätsmerkmale beschrieben, welche sich auf die beschriebene Zielgruppe insgesamt beziehen. Mögliche Qualitätsanforderungen für Schwangere mit zusätzlichen Risikokonstellationen wie Gestationsdiabetes mellitus, Diabetes mellitus oder Adipositas können Anhang E.3 entnommen werden und sind nicht weiter ausgeführt.

Schulung Personal

Tabelle 41: Mögliche Qualitätsanforderungen (Schulung Personal)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Schulung Personal	(Mindestens) jährliche Neugeborenen-Reanimationsschulung auf Grundlage der Empfehlungen des European Resuscitation Council (ERC) für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die nicht regelmäßig kritisch deprimierte Neugeborene versorgen.
	Schulung zur kultursensiblen und frauenzentrierten Kommunikation mit Schwangeren.

Gemäß den Leitlinienempfehlungen erhalten alle an der Geburt beteiligten Akteurinnen und Akteure, die nicht regelmäßig Neugeborene mit klinisch relevanten Atemauffälligkeiten betreuen, **(mindestens) jährlich eine qualitätsgesicherte Schulung zur Neugeborenen-Reanimation.** Hierzu gehören insbesondere Hebammen, Geburtshelferinnen und -helfer, Kinderärztinnen und -ärzte sowie Anästhesistinnen und Anästhesisten. Der Schulungsinhalt sollte sich an den Empfehlungen des ERC (Reanimationsleitlinien) orientieren (DGGG/DGHWi 2020). Zu den empfohlenen Ausbildung- und Trainingsinhalten nach ERC gehört unter anderem simulationsbasiertes

Teamtraining, regelmäßige Praxis und Training, unmittelbares Feedback zu technischen Fähigkeiten sowie zielgerichtetes und konstruktives Debriefing zur Verbesserung der Teamperformance. In den Reanimationsleitlinien wird eine mindestens jährliche Schulung propagiert (Madar et al. 2021).

Die Expertinnen und Experten und eine stellungnehmende Organisation betonen die Bedeutung einer fortlaufenden Fortbildung im Bereich der Neugeborenen-Reanimation und heben als Trainingsinhalt die Durchführung von Simulationstraining für das gesamte geburtshilfliche Team hervor.

Um eine adäquate Betreuung der Schwangeren und ihrer Begleitung zu ermöglichen, geben die Leitlinienempfehlungen weiter vor, dass die Kommunikation mit den Schwangeren und ihrer jeweiligen Begleitung sowie die ihnen zur Verfügung gestellten Informationen an ihren spezifischen Bedürfnissen angepasst zu erfolgen haben. Dies beinhaltet bspw. eine Sprach-, Kultur- und Religions-sensibilität sowie das Berücksichtigen von speziellen Bedarfen, bei Analphabetismus, Lernschwierigkeiten oder Behinderungen (DGGG/DGHWi 2020). Abgeleitet von diesen Empfehlungen wird eine **Schulung zur kultursensiblen und frauenzentrierten Kommunikation mit Schwangeren** empfohlen.

In den Experteninterviews wird hierzu angemerkt, dass ein allumfassendes kultur- und religions-sensibles Wissen schwerlich vom betreuenden Personal erreicht werden kann. Es ist aber möglich auf sensible Weise die persönlichen, kulturellen sowie religiösen Besonderheiten zu erfragen und adäquat im Umgang unter den bestehenden Möglichkeiten zu berücksichtigen.

Information und Beratung

Tabelle 42: Mögliche Qualitätsanforderungen (Information und Beratung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Information und Beratung	<p>Allgemeine Beratung und Information der Schwangeren vor der Geburt über:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die möglichen Geburtsorte/-settings ▪ Betreuungsmöglichkeiten in den verschiedenen Geburtsphasen ▪ verschiedene Geburtsmodi ▪ Möglichkeit, Nutzen und Risiken einer konservativen oder medikamentösen Schmerzbewältigung
	<p>Bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung sind durchzuführen und zu dokumentieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfragen der fetalen Bewegungen ▪ Erfassen des Befindens der Schwangeren ▪ Erfassen der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ Informieren über die Latenzzeit und den Umgang mit Wehenschmerz ▪ Informieren über Unterstützungsmöglichkeiten, Zuständigkeiten und Kontaktmöglichkeiten

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ partizipative Planung des weiteren Vorgehens ▪ Abklärung und Beratung über eine mögliche Risikoschwangerschaft
	Information und Beratung der Schwangeren bei Auftreten von Komplikationen (vorzeitiger Blasensprung, protrahierte Eröffnungsphase, Indikation Fetalblutanalyse, Mekonium im Fruchtwasser).

Der Qualitätsaspekt „Information und Beratung“ beinhaltet die Aufklärung und eine allgemeine Beratung und Information der Schwangeren vor der Geburt und bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung. Ebenfalls wird auf spezifische Beratungs- und Informationsbedürfnisse beim Auftreten von Komplikationen eingegangen. Ziel ist, eine umfassende Information und Beratung der Schwangeren und ggf. von Begleitpersonen sowie Schwangere zu einer informierten Entscheidungsfindung zu befähigen. Darüber hinaus soll die gesetzliche Aufklärungspflicht gewahrt werden.

Die **allgemeine Beratung und Information der Schwangeren vor der Geburt** haben nach den Leitlinienempfehlungen frühzeitig und auf Grundlage evidenzbasierter Informationen zu erfolgen. Sie dient zur Unterstützung einer informierten Entscheidungsfindung der Schwangeren in Bezug zu den Möglichkeiten im Rahmen der Geburt.

Thematisch umfasst die allgemeine Beratung und Information die Wahlmöglichkeiten bezüglich einer Geburt im klinischen oder außerklinischen Setting und der möglichen Versorgungsmodelle (z. B. Hausgeburten, Geburtshäuser, Hebammenkreißsäle, Krankenhäuser). Außerdem gibt es Empfehlungen zu möglichen Geburtsmodi mit den jeweils verknüpften Betreuungs- und Versorgungsmöglichkeiten (z. B. Verfügbarkeit von ärztlichem Personal, Möglichkeiten eines (medikamentösen) Schmerzmanagements) und den sich hieraus ergebenden Sicherheiten und Risiken für Mutter und Kind.

Ebenfalls zu thematisieren ist die Möglichkeit einer vaginalen Geburt bei Mehrlingen, bei Beckenendlage des Kindes, der Zustand nach vorheriger Sectio caesarea oder weiterer geburtlicher Besonderheiten (DGGG/DGHWi 2020). Schwangere mit einer Risikokonstellation in der Schwangerschaft oder für die Geburt sind entsprechend des jeweiligen Risikos hinsichtlich eines geeigneten Geburts- und Versorgungssettings aufzuklären, zu informieren und zu beraten (Ensenauer et al. 2019, DDG 2021, DDG/DGGG-AGG 2018). Zudem sind die einzelnen Geburtsphasen mit ihren Spezifika zu erläutern. Dies schließt den Umgang mit dem eigenen Pressdrang während der Austrittsphase und das mögliche Vorgehen in der Nachgeburtsperiode mit ein. Hierbei ist über Nutzen und Risiken von abwartendem und aktiven Management der Nachgeburtsphase zu informieren. Jegliche dargebrachte Information und Kommunikation hat für Laien verständlich, objektiv, an den Bedürfnissen der Schwangeren orientiert, sprach-, kultur- und religionssensibel zu erfolgen (DGGG/DGHWi 2020).

Die allgemeine Beratung ist während der Schwangerschaft durchzuführen, ein idealer Zeitpunkt konnte weder der Literatur entnommen, noch von den Expertinnen und Experten eindeutig benannt werden. Ergänzend wurde aber in den Interviews ausgeführt, dass die allgemeine Beratung und Information der Schwangeren nicht zwingend im stationären Bereich stattfinden muss, sondern bereits in der ambulanten Versorgung erfolgen kann. Bei nicht erfolgter ambulanter Information und Beratung sollte diese aber soweit möglich spätestens beim ersten Kontakt in der Klinik durchgeführt werden.

Zusätzlich zur allgemeinen Beratung in der Schwangerschaft hat im Rahmen der **Erst-/Aufnahmeuntersuchung eine Information und Beratung** der Schwangeren zu erfolgen. Hierbei ist nach den Leitlinienempfehlungen das allgemeine Befinden der Schwangeren zu erfassen sowie über die Latenzphase und die Zeichen des Geburtsbeginnes und den Umgang mit Wehenschmerz zu informieren. Die fetalen Bewegungen und mögliche diesbezügliche Veränderungen sind zu erfragen. Darüber hinaus hat eine partizipative Planung des weiteren Vorgehens unter Berücksichtigung der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren zu erfolgen. Die Schwangere ist über Unterstützungsmöglichkeiten, Zuständigkeiten und Kontaktmöglichkeiten zu informieren. Letztere Aspekte sind insbesondere relevant, wenn die Schwangere nach der Untersuchung noch nicht aufgenommen, sondern bspw. wieder nach Hause geschickt wird (DGGG/DGHWi 2020).

Die Expertinnen und Experten empfehlen, dass Schwangere während ihrer Schwangerschaft in der ambulanten Betreuung oder spätestens bei der Anmeldung in der Klinik vor der Geburt auf mögliche Risiken untersucht werden sollten, um ihnen speziell auf ihre Situation abgestimmte Informationen, Beratung und Aufklärung zu geben und damit sie gegebenenfalls weitere Informationen einholen oder Bedenkzeit für ihre Entscheidungen haben. Dadurch können sie fundierte Entscheidungen in Bezug auf den Geburtsort und -modus treffen und ihre Geburt besser planen. Darüber hinaus sind Schwangere über mögliche nicht-pharmakologische und pharmakologische Schmerzlinderungsmethoden zu informieren.

Neben allgemeiner Informationen ist die Schwangere auch bei **Auftreten von Komplikationen vor und während der Geburt über diese zu informieren** sowie über weiterführende mögliche (medizinische) Maßnahmen zur Behandlung der Komplikationen. Mögliche Komplikationen können ein vorzeitiger Blasensprung, eine protrahierte Eröffnungsphase oder gesundheitliche Probleme des Kindes sein.

Die Leitlinienempfehlungen legen bei vorzeitigem Blasensprung dar, dass die Schwangere hinsichtlich der maternalen und fetalen Infektionsrisiken zu informieren ist. Gleichfalls ist, wenn nach 24 Stunden keine Wehen eingetreten sind, der Schwangeren hinsichtlich des Geburtsortes zu raten, eine Klinik mit neonataler Versorgung aufzusuchen und postpartal mindestens zwölf Stunden dort zu verweilen (DGGG/DGHWi 2020).

Bei protrahiertem Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase bei intakter Fruchtblase ist eine Amnio-otomie in Erwägung zu ziehen. Hierbei ist die Schwangere über die Durchführung und die daraus

resultierenden Folgen (verstärkte Wehentätigkeit und schnellere Geburtsbeendigung) aufzuklären. Ebenfalls wird empfohlen, bei Erwägung einer Oxytocin-Gabe über die Wirkung von Oxytocin aufzuklären und über die Auswirkungen auf die Geburt zu informieren (DGGG/DGHWi 2020).

Um Aufschluss hinsichtlich der fetalen Gesundheit zu erhalten, die über die Kontrolle der fetalen Herzfrequenz durch Auskultation oder mittels CTG hinausgeht, kann der Schwangeren bei Indikation eine Fetalblutanalyse angeboten werden. Hierbei ist sie über die Gründe der Untersuchung, deren Durchführung, die damit verbundenen Risiken und die Konsequenzen der verschiedenen möglichen Ergebnisse zu informieren. Gleichfalls sind ihr die Konsequenzen darzulegen, falls die Fetalblutanalyse nicht erfolgreich durchgeführt werden kann (DGGG/DGHWi 2020).

Bei Auftreten von Mekonium im Fruchtwasser sind die Mutter und ihre Begleitung über die Befunde zu informieren und ihnen die daraus resultierenden Auswirkungen darzulegen. Hierbei sind die Symptome, die als Warnzeichen für kindliche Komplikationen gelten, zu erläutern und aufzuzeigen, welche Schritte bei Auftreten unternommen werden müssen. Mögliche, dann zu kontaktierende Ansprechpartnerinnen und -partner sind zu nennen (DGGG/DGHWi 2020).

Im Rahmen der Experteninterviews wurde angemerkt, dass sich bei Auftreten von Komplikationen das Entscheidungsfindungsmodell von einer partizipativen Entscheidung hin zu einer informierten Entscheidung (informed consent) verschieben kann. Dennoch sollte auch in dieser Situation versucht werden, der betroffenen Schwangeren, nachdem sie alle notwendigen Informationen erhalten hat, genügend Zeit einzuräumen, um eine angemessene Entscheidung zu treffen. Es wurde darüber hinaus darauf hingewiesen, dass eine nicht weiter kommentierte Information zu möglichen Komplikationen während der Geburt bspw. in Aufnahmebögen möglicherweise dazu führen kann, dass sich Schwangere verunsichert und ängstlich fühlen.

Anamnese und klinische Beurteilung

Tabelle 43: Mögliche Qualitätsanforderungen (Anamnese und klinische Beurteilung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Anamnese und klinische Beurteilung	<p>Die Erstbeurteilung umfasst eine Anamnese und eine klinische Beurteilung (inkl. der Einschätzung über das Vorliegen einer Risikoschwangerschaft); dabei sind zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ pränatal erhobene Befunde und Eintragungen im Mutterpass ▪ Wehentätigkeit (Frequenz, Dauer und Stärke) ▪ empfundene Schmerzstärke ▪ vaginale Blutung, Schleim- und Fruchtwasserabgang ▪ kindlichen Vitalität und Lage im Mutterleib ▪ maternale Vitalzeichen ▪ Ergebnisse der Urinuntersuchung (Urinteststreifen)

Bei Geburtsbeginn oder Verdacht auf Geburtsbeginn stellt sich die Schwangere in der Klinik vor. In diesem Rahmen sind nach den Leitlinienempfehlungen eine **Anamnese und initiale klinische Untersuchung** durchzuführen sowie die Wünsche und Erwartungen der Schwangeren bezüglich der Geburt zu erheben. Anlässlich der Anamnese sind alle bereits erhobenen Befunde und Eintragungen aus dem Mutterpass zu erfassen. Ergänzend ist die Dauer, Stärke und Frequenz der Wehen sowie die damit verbundene Schmerzstärke zu erfragen. Ebenfalls ist nach dem Vorhandensein von vaginalen Blutungen, Schleim- oder Fruchtwasserabgang sowie den Kindsbewegungen der letzten 24 Stunden zu fragen. Die verschiedenen Möglichkeiten einer Schmerzlinderung sind darzulegen (DGGG/DGHWi 2020).

Bei der klinischen Beurteilung sind neben den maternalen Vitalzeichen (Herzfrequenz, Blutdruck, Temperatur) die Wehen in Dauer und Frequenz, die Fundushöhe, die Lage des Fetus, die Poleinstellung und der Höhenstand des Kindes zu überprüfen. Der Urin der Schwangeren ist durch einen Urinteststreifen zu untersuchen. Zusätzlich ist die kindliche Vitalität zu überprüfen.

Wenn eine vaginale Untersuchung bei der klinischen Beurteilung erforderlich ist, um hilfreiche Informationen für den weiteren Geburtsablauf zu erhalten, ist diese mit gebührender Vorsicht durchzuführen. Die Gründe für die vaginale Untersuchung und die Ergebnisse mit den daraus resultierenden Bewertungen sind der Schwangeren zu erläutern (DGGG/DGHWi 2020).

In den Experteninterviews wurde hervorgehoben, dass an dieser Stelle eine erstmalige bzw. eine erneute Risikobewertung der Schwangeren durchzuführen ist. Auf dieser Grundlage sind die weiteren Schritte der Geburt zu planen bzw. eine bereits bestehende Planung ggf. anzupassen. Die Anamnese und klinische Beurteilung ist laut Expertinnen und Experten nicht ausschließlich einer Berufsgruppe zuzuschreiben. Es wurde sich dafür ausgesprochen, dass die klinische Beurteilung und Anamnese von verschiedenen Berufsgruppen (erfahrenen Hebammen und ärztlichem Klinikpersonal), je nach thematischem Schwerpunkt und Befund durchgeführt werden kann.

Betreuungsdichte, personelle Betreuung

Tabelle 44: Mögliche Qualitätsanforderungen (Betreuungsdichte, Personelle Betreuung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Betreuungsdichte, Personelle Betreuung	Gewährleistung einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase durch eine Hebamme entsprechend den Bedürfnissen der Schwangeren.
	Verlegung in ärztlich geleitete Geburtshilfe bei bestimmten maternalen oder fetalen Indikationen.
	Hinzuziehen von ärztlichem Fachpersonal bei bestimmten Indikationen.

Der Qualitätsaspekt „Betreuungsdichte, personelle Betreuung“ adressiert sowohl eine kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme ab der aktiven Eröffnungsphase als auch das Hinzuziehen einer ärztlichen Fachkraft bzw. die Verlegung der Geburt in ärztliche Leitung bei entsprechender Indikation.

Während der vaginalen Geburt eines Kindes wird eine sowohl bedarfs- als auch bedürfnisorientierte Betreuung und Unterstützung der Schwangeren angestrebt. Die Leitlinienempfehlungen sehen hierfür die **Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme** vor. Der Hebamme obliegen in diesem Zusammenhang insbesondere die geburtshilflichen, nicht-ärztlichen Betreuungsmaßnahmen der Schwangeren, die Bereitstellung von Informationen sowie die emotionale Unterstützung und Fürsprache für die Schwangere. Die Unterstützung der Schwangeren durch eine Hebamme ist kontinuierlich von ein und derselben Hebamme entsprechend den Bedürfnissen der Schwangeren unter Berücksichtigung bestehender Arbeitszeitmodelle zu gewährleisten. Sie ist während der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase angezeigt. Bezüglich des Betreuungsumfangs wird eine Anwesenheit der Hebamme im Geburtszimmer zwischen 80 % bis 100 % festgehalten. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung den Bedürfnissen der Schwangeren nach einer kontinuierlichen Betreuung entspricht und im Ergebnis eine intervenionsarme Geburt fördert (DGGG/DGHWi 2020).

Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Eins-zu-eins-Betreuung sich nicht starr nach einer prozentualen Anwesenheit im Geburtszimmer orientieren sollte. Anzustreben wäre eine an den Bedürfnissen der Schwangeren orientierte Betreuung, hierbei ist sicherzustellen, dass die betreuende Hebamme für die Schwangere jederzeit erreichbar ist. Ergänzt wurde ebenfalls, dass die Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme nicht durch das Hinzuziehen eines Arztes oder einer Ärztin zur Geburt entfällt.

Wenn sich die Schwangere nicht in einer Einrichtung mit ärztlich geleiteter Geburtshilfe befindet und sich Auffälligkeiten (auf maternaler oder fetaler Seite) ergeben, die als Risikofaktoren für die Geburt gewertet werden müssen, hat eine **Verlegung in eine ärztlich geleitete Geburtshilfe** zu erfolgen. Verlegungspflichtige Auffälligkeiten aufseiten der Mutter sind bspw. ein vorzeitiger Blasensprung über 24 Stunden vor Wehenbeginn, signifikante Mengen an Mekonium im Fruchtwasser, eine Herzfrequenz von über 120 Schlägen pro Minute nach einer einmaligen Kontrolle im Abstand von 30 Minuten, ein auffälliger Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg bei einmaliger Messung ebenso wie ein systolischer Blutdruck ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg bei zwei Messungen im Abstand von 30 Minuten. Ebenfalls zu einer Verlegung führt eine Proteinurie im Urin in Verbindung mit einem einmalig erhöhten Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg und/oder diastolisch ≥ 90 mmHg. Eine maternale Temperatur von über 38°C sowie vaginale Blutungen, die keine Zeichnungsblutungen sind, gelten gleichfalls als Verlegungsgründe. Auch Schwangere mit Schmerzen, die nicht mit normalen Wehen vereinbar sind und eine bestehende Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordert, sind laut Leitlinie verlegungspflichtig (DGGG/DGHWi 2020).

In den Leitlinienempfehlungen werden ergänzend mögliche fetale Gründe für eine Verlegung der Geburt in eine ärztlich geleitete Geburtshilfe dargelegt. Als Gründe werden beispielhaft die Abnahme von Kindsbewegungen innerhalb der letzten 24 Stunden, Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenz (Dezelerationen, einer Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM) oder der Verdacht auf Größen- oder Lageproblematiken (SGA, intrauterine Wachstumsretardierung, fetale Makrosomie, Beckenend-, Quer- oder Schräglage) dargelegt. Weitere verlegungsrelevante Auffälligkeiten sind ein stehender oder frei ballotierender Kopf bei Erstgebärenden, eine vorliegende Nabelschnur sowie der Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramion (DGGG/DGHWi 2020).

Die Entscheidung der Verlegung der Schwangeren in eine ärztlich geleitete Geburtshilfe ist immer vor dem Hintergrund des aktuellen Geburtsfortschritts zu treffen. Zu prüfen ist, ob eine Verlegung oder die Fortführung der Geburt an Ort und Stelle vorteilhafter für die maternale und kindliche Gesundheit ist (DGGG/DGHWi 2020).

Das Hinzuziehen **ärztlichen Fachpersonals zur Geburt** wird in den Leitlinienempfehlungen bei Komplikationen oder Verzögerungen im Geburtsverlauf empfohlen. Als mögliche maternale Gründe werden beispielhaft ein diagnostizierter protrahierter Verlauf in der aktiven Eröffnungs- oder Austrittsphase sowie Komplikationen wie postpartale Blutungen, eine Plazentaretention, ein maternaler Kreislaufkollaps oder eine Verschlechterung des maternalen Gesundheitszustandes aus anderen Gründen benannt. Als fetale Gründe, die zum Hinzuziehen eines Arztes oder einer Ärztin zur Geburt führen, werden beispielhaft Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenz in Form von prolongierten Dezelerationen bei einer Herzfrequenz von unter 100 SpM über einen Zeitraum von mindestens 3 Minuten benannt (DGGG/DGHWi 2020).

In den Experteninterviews wurde ergänzt, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme eine zusätzliche Betreuung durch ärztliches Fachpersonal nicht ausschließt.

Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren

Tabelle 45: Mögliche Qualitätsanforderungen (Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren	Ermöglichung der Begleitung der Schwangeren durch eine oder mehrere Personen ihrer Wahl zur Geburtsunterstützung.
	Information über die Möglichkeit, während der Geburt zu essen und zu trinken.
	Motivation zu Bewegung und (freien) Wahl der Geburtsposition.
	Angebot einer nicht medikamentösen Gebärunterstützung auf Wunsch der Schwangeren oder bei ineffektivem Pressen.

Unter dem Qualitätsaspekt „Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren“ werden mögliche Qualitätsanforderungen subsummiert, die externe und nicht pharmakologische allgemeine Unterstützungsmöglichkeiten beinhalten. Dazu zählen die Geburtsbegleitung der Schwangeren durch

Klinikexterne, von der Schwangeren frei gewählten Personen, die Ermöglichung während der Geburt zu essen und zu trinken, körperliche Bewegung, eine freie Wahl der Geburtsposition sowie verbale Geburtsunterstützung.

Die Leitlinienempfehlungen sehen vor, den Schwangeren zu **ermöglichen, von Personen ihrer Wahl** während der Geburt begleitet und unterstützt zu werden (DGGG/DGHWi 2020).

Auch Schwangeren, die keine Risikofaktoren für eine Vollnarkose aufweisen und keine Opiode erhalten haben, ist es zu **ermöglichen, auf Wunsch während der Geburt zu essen und zu trinken**; isotonische Getränke sind Wasser vorzuziehen. Diese verhindern eine Übersäuerung des Blutes und erzeugen keine zusätzliche Magenfüllung. Als Nahrungsempfehlung wird leichte, faserarme Kost benannt. Diese Empfehlungen gelten nur für Schwangere mit einem geringen Risiko für Geburtskomplikationen (DGGG/DGHWi 2020). Empfehlungen für Schwangere mit erhöhtem oder hohem Risikopotenzial sind in den Leitlinienempfehlungen nicht gegeben. Und auch in der orientierenden Literaturrecherche können keine Vorgaben für diese Personengruppe identifiziert werden (Singata et al. 2013).

Darüber hinaus sind der Schwangeren **Bewegungsmöglichkeiten während der Wehen und Geburt** zur Verfügung zu stellen bzw. anzubieten. Die Schwangere ist zur Bewegung zu motivieren und bei der Einnahme der (selbst gewählten) Geburtsposition zu unterstützen. Während der Austrittsphase wird empfohlen, die Rückenlage zu meiden (DGGG/DGHWi 2020).

Bei **ineffektivem Pressen oder auf Wunsch der Gebärdenden ist eine Geburtsunterstützung anzubieten**. Dies trifft vor allem auf Schwangere mit übermäßigem Distress und Schwangere mit einer protrahierten Austrittsphase zu. Diese Unterstützung kann gemäß den Leitlinienempfehlungen aus Zuspruch, der Motivation zu einem Positionswechsel oder der Blasenentleerung bestehen. Ebenfalls ist bei Gabe von Analgetika zu evaluieren, inwiefern eine adäquate Analgesie besteht oder notwendig sein könnte (DGGG/DGHWi 2020).

In den Expertengesprächen wurde darauf hingewiesen, dass die Anzahl der Unterstützungspersonen nicht auf eine Person beschränkt bleiben muss. Auch wurde bezüglich der Bereitstellung von Getränken und Nahrung darauf hingewiesen, dass diese Unterstützung auch durch die Hebammen bzw. die Klinik erfolgen kann, falls die Schwangere oder ihre Begleitung nicht selbst für ihre Verpflegung und Versorgung mit Getränken gesorgt hat. Die Möglichkeit zu essen und zu trinken trägt vor allem bei längeren Geburten zum Wohlbefinden der Schwangeren bei.

Betreuung der Schwangeren während der Geburt

Tabelle 46: Mögliche Qualitätsanforderungen (Betreuung der Schwangeren während der Geburt)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Betreuung der Schwangeren während der Geburt	Mindestens stündliche, standardisierte Beurteilung der Gesundheit von Mutter und Kind und Dokumentation der intrapartalen Ereignisse.

Die Leitlinienempfehlungen geben eine **mindestens stündliche Beurteilung des maternalen und fetalen Zustandes** vor. Bei Auffälligkeiten wird eine häufigere Beurteilung empfohlen. Während der Eröffnungsphase sind laut Leitlinienempfehlungen eine Reihe von Parametern zu dokumentieren, was entsprechende Maßnahmen impliziert:

- mütterliches Wohlbefinden
- Frequenz der Kontraktionen (alle 30 Minuten)
- mütterliche Herzfrequenz (alle 60 Minuten)
- mütterlicher Blutdruck und Temperatur (alle vier Stunden)
- Frequenz der mütterlichen Miktion
- Befunde von vaginalen Untersuchungen. Diese erfolgt nur bei fraglichem Geburtsfortschritt oder auf Wunsch der Schwangeren (Angebot alle vier Stunden)
- fetale Herzfrequenz durch intermittierende Auskultation (Niedrig-Risiko-Schwangeren) oder CTG

Bei Niedrig-Risiko-Schwangeren ist demnach, wenn möglich, eine fetale Herzfrequenz Überwachung intermittierend alle 15–30 Minuten mittels Pinard-Stethoskop oder Dopplersonographie anzubieten. Bei Verwendung einer CTG-Überwachung sind die vorhandenen CTG-Muster regelmäßig zu beurteilen und dokumentieren. Empfohlen wird bezüglich der Interpretation von CTG-Mustern eine Standardisierung für Interpretation und Dokumentation. Der FIGO-Score wird als mögliches Interpretationsinstrument erwähnt. Eine routinemäßige Interpretation mithilfe von computergestützten Systemen wird nicht empfohlen (DGGG/DGHWi 2020).

Kontrolle der fetalen Herzfrequenz

Tabelle 47: Mögliche Qualitätsanforderungen (Kontrolle der fetalen Herzfrequenz)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Kontrolle der fetalen Herzfrequenz	Überwachung der fetalen Herzfrequenz bei Aufnahme und jeder weiteren Beurteilung.
	Empfehlung einer CTG-Aufzeichnung bei maternalen oder fetalen Auffälligkeiten.

Der Qualitätsaspekt „Kontrolle der fetalen Herzfrequenz“ thematisiert sowohl die Häufigkeit als auch die unterschiedlichen Möglichkeiten der Kontrolle der fetalen Herzfrequenz während der Geburtsphasen.

Nach den Leitlinienempfehlungen ist **bei Aufnahme zur Geburt und jeder weiteren Beurteilung von Mutter und Kind die fetale Herzfrequenz auszukultieren**. In der aktiven Eröffnungsphase ist das Angebot einer intermittierenden Kontrolle der fetalen Herzfrequenz mittels Pinard-Stethoskop oder Dopplersonographie zu unterbreiten, auf eine CTG-Aufzeichnung ist bei Bestehen der Möglichkeit einer intermittierenden Auskultation zu verzichten. Diese intermittierende Auskultation ist an die Voraussetzung einer Eins-zu-eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase durch eine kompetente, geburtshilflich geschulte Person sowie eine lückenlose Dokumentation

der Herztöne und weiterer relevanter geburtshilflicher Befunde gekoppelt. Bei fehlender Möglichkeit der Erfüllung dieser Voraussetzung ist eine CTG-Überwachung vorzunehmen. Bei der Kontrolle der fetalen Herzfrequenz ist die Unterscheidung von maternaler und fetaler Herzfrequenz sicherzustellen. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren. Bei unklaren Ergebnissen oder unklarer Ableitung sind additive Maßnahmen zur Herzfrequenzmessung durchzuführen (DGGG/DGHWi 2020).

Einigkeit herrschte in den Expertengesprächen darüber, dass die fetale Herzfrequenz zu überwachen ist. Kein Konsens festgestellt werden konnte bezüglich der Frage, auf welche Weise die Überwachung durchzuführen ist. Auf Hebammenseite wurde dargelegt, dass unter Gewährleistung der Voraussetzung einer Eins-zu-eins-Betreuung die auskultatorische Methode verwendet werden kann. Fachexpertinnen und -experten mit ärztlichem Hintergrund präferierten eine Überwachung der fetalen Herzfrequenz durch Aufzeichnung der CTG-Muster. Sie legen dar, dass eine CTG-Überwachung auch dokumentarische Vorteile mit sich bringt.

Durch die Leitlinienempfehlungen wird eine **CTG-Aufzeichnung bei maternalen oder fetalen Auffälligkeiten** empfohlen. Möglichkeiten sind sowohl ein intermittierendes als auch ein kontinuierliches CTG. Indikation für ein kontinuierliches CTG bei Schwangeren mit einem niedrigen Risiko können bspw. auffällige Vitalzeichen, das Auftreten von Fieber, der Verdacht auf eine Infektion, untypische Schmerzen, Mekonium im Fruchtwasser, vaginale Blutungen, Proteinurie, ein protrazierter Geburtsverlauf, verlängerte Kontraktionen oder eine intrapartale Wehenmittel-Gabe sein. Fetale Auffälligkeiten sind bspw. ein Baseline-Anstieg der Herzfrequenz oder bestätigte Dezelektionen. Bei einer kontinuierlichen CTG-Überwachung ist eine telemetrische Ableitung anzubieten (DGGG/DGHWi 2020).

Vermeidung von nicht notwendigen routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen

Tabelle 48: Mögliche Qualitätsanforderungen (Vermeidung von nicht notwendigen routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Vermeidung von nicht indizierten, routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen	Untersuchungen, die bei medizinischer Indikation aber nicht routinemäßig durchzuführen sind: <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei Schwangeren mit einem niedrigen Risiko: Aufnahme-CTG und CTG in der aktiven Eröffnungsphase und bei etablierter PDA ▪ routinemäßige Beurteilung der Schmerzen nach einer Schmerzskala ▪ fetales Elektrokardiogramm (EKG) mittels Kopfschwartenelektrode oder abdominaler EKG-Ableitung ▪ intrapartale fetale Sauerstoffsättigungsmessung ▪ intrapartale Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von SGA-Kindern oder bei Verdacht auf Makrosomie
	Bei unauffälligem Geburtsverlauf sind ohne medizinische Indikation keine der nachfolgenden Interventionen anzubieten bzw. zu empfehlen:

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ein aktives Management während der Geburt ▪ eine Amniotomie ▪ eine Episiotomie

Grundsätzlich weisen die Leitlinienempfehlungen darauf hin, dass bei einem regelgerechten, unauffälligen Geburtsverlauf ohne Komplikationen auf Untersuchungen und Interventionen möglichst zu verzichten ist. Untersuchungen und Interventionen sollen dann eingesetzt werden, wenn eine bestimmte Situation vorliegt, die diese indizieren.

Demnach ist eine Reihe **von Untersuchungen nicht routinemäßig durchzuführen**. So ist eine routinemäßige CTG-Überwachung bei Schwangerschaften mit einem niedrigen Risiko bei Verdacht auf Geburtsbeginn und in der aktiven Eröffnungsphase nicht empfohlen. Bei einer etablierten PDA wird eine routinemäßige CTG-Überwachung ebenfalls als nicht zwingend notwendig beschrieben. Der Nutzen einer routinemäßigen Verwendung von Schmerzskalen zur Beurteilung des maternalen Schmerzes ist nicht hinreichend belegt, weshalb hierauf verzichtet werden sollte. Ebenfalls wird aufgrund der nicht eindeutigen Evidenzlage eine Analyse des fetalen Elektrokardiogramms mittels Kopfschwartenelektroden oder abdominaler EKG-Ableitung und eine intrapartale Sauerstoffsättigungsmessung mithilfe einer Sonde nicht routinemäßig empfohlen. Auch eine intrapartale Ultraschalluntersuchung zur Erkennung von SGA-Kindern und Kindern mit Verdacht auf Makrosomie wird nach den Leitlinienempfehlungen als Routineuntersuchung abgelehnt. Als Begründung wird bei SGA-Kindern angeführt, dass die intrapartale, sonografische Gewichtsmessung keinen Einfluss auf den Geburtsmodus oder das kindliche Outcome hat. Ähnliches gilt bezüglich Kindern mit Verdacht auf Makrosomie. Der Geburtsmodus, die Dammrissrate oder der mütterliche Blutverlust werden durch eine intrapartale Ultraschalluntersuchung ebenfalls nicht beeinflusst (DGGG/DGHWi 2020).

Ebenfalls wird darauf hingewiesen, dass eine Reihe von **Interventionen nicht routinemäßig durchzuführen** ist. So wird die routinemäßige Durchführung einer Amniotomie in Verbindung mit und ohne Oxytocin-Gabe nicht empfohlen. Ein evidenzbasierter Nachweis für einen Nutzen bei routinemäßiger Intervention kann nach den Leitlinienempfehlungen nicht erbracht werden. Die routinemäßige Durchführung einer Episiotomie wird bei normaler vaginaler Geburt ebenfalls nicht empfohlen. Es gibt keine wissenschaftlichen Belege für Nachteile bei Spontangeburt durch den Verzicht auf routinemäßige Episiotomien. Gleichzeitig entfallen bei Verzicht auf eine routinemäßige Episiotomie die iatrogenen Verletzungen, die bei Durchführung entstehen würden. Auch auf ein aktives Management während der Geburt ist zu verzichten. Hierzu zählen routinemäßige vaginale Untersuchungen (alle zwei Stunden), die Gabe von Oxytocin sobald die Wehentätigkeit nachlässt und frühe Amniotomien, da abgesehen von einer kürzeren Latenzzeit kein Nutzen durch ein aktives Geburtsmanagement nachgewiesen werden kann (DGGG/DGHWi 2020).

Schmerzbewältigung

Tabelle 49: Mögliche Qualitätsanforderungen (Vermeidung von nicht notwendigen routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Schmerzbewältigung	Unterstützung der Schwangeren bei konservativen Maßnahmen zur Schmerzlinderung.
	Angebot einer PDA auf Wunsch der Schwangeren oder bei medizinischer Indikation.

Unter dem Qualitätsaspekt „Schmerzbewältigung“ werden sowohl konservative als auch medikamentöse schmerzlindernde Maßnahmen betrachtet.

Die Leitlinienempfehlungen legen dar, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe ihre Betreuung bezüglich der Schmerzbewältigung während der Geburt individuell, an der jeweiligen Schwangeren orientiert durchführen sollen. Als **konservative Maßnahmen zur Schmerzlinderung** gelten unter anderem Atem- und Entspannungstechniken, die Anwendung von erlernten Massagetechniken durch Begleitpersonen, das Abspielen von Musik persönlicher Wahl, die Förderung der Mobilität sowie die Unterstützung zur Einnahme bestimmter schmerzlindernder Haltungen und Bewegungen. Ebenfalls ist die Nutzung der schmerzlindernden Wirkung von warmen Bädern anzubieten (DGGG/DGHWi 2020).

Auf Wunsch der Schwangeren oder bei medizinischer Indikation ist der Schwangeren eine **PDA anzubieten**. Dies steht nicht in Verbindung mit einer Immobilisation oder dauerhaften CTG-Überwachung. Der Zeitpunkt der Analgesie ist von der Schwangeren frei wählbar. Langsamer wirkende Opioide sind allenfalls überbrückend einzusetzen aufgrund ihrer limitierten Effektivität und der atemdepressiven Wirkung bei Schwangeren. Medizinische Indikationen, die zum Angebot einer PDA führen, sind bspw. ein protrazierter Verlauf der aktiven Eröffnungsphase oder vor einer Oxytocin-Gabe (DGGG/DGHWi 2020).

Prävention Geburtsverletzung

Tabelle 50: Mögliche Qualitätsanforderungen (Prävention Geburtsverletzung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Prävention Geburtsverletzung	Angebot einer Dammschutzprophylaxe.

Zur Verringerung von Dammverletzungen wird in den Leitlinienempfehlungen das Angebot von warmen Kompressen auf dem Damm dargelegt. Diese scheinen einen positiven Einfluss auf eine Verringerung von höhergradigen Dammrissen (Dammriss Grad III und Grad IV) zu haben. Weitere präventive Maßnahmen werden im Leitlinientext aufgegriffen, zu ihrer Wirksamkeit findet sich in der Literatur aber keine eindeutige Evidenz (DGGG/DGHWi 2020).

In den Experteninterviews wurde hervorgehoben, dass die empfohlenen warmen Kompressen als Dammschutzprophylaxe nur ein Aspekt der Prävention von Geburtsverletzungen sind. Es kann hierbei ergänzt werden, dass bspw. der Verzicht auf forciertes Pressen kein Fundusdruck und das Mitschieben bei Bedarf ebenfalls Techniken zur Prävention von Geburtsverletzungen sein können.

Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtsphase

Tabelle 51: Mögliche Qualitätsanforderungen (Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtsphase)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtsphase	Unterstützung eines abwartenden Managements in der Nachgeburtsphase. Abweichungen sind aus medizinischen Gründen oder auf Wunsch der Gebärenden möglich.

Nach den Leitlinienempfehlungen sind Schwangere mit geringem Risiko für postpartale Blutungen, die sich für ein **abwartendes Management in der Nachgeburtsperiode** entscheiden, in ihrer Entscheidung zu unterstützen. Die Schwangere soll beobachtet werden und ihre allgemeine körperliche Verfassung (Hautkolorit, Atmung, Eigeneinschätzung und vaginaler Blutverlust) erhoben und dokumentiert werden.

Unter abwartendem Management wird verstanden, dass auf die Verabreichung von Uterotonika verzichtet, die Plazenta und die Eihäute spontan durch die Mutter geboren und die Nabelschnur erst nach Beendigung der Pulsation abgeklemmt wird. Die Leitlinienempfehlungen sehen vor, diese Vorgehensweise 60 Minuten zu verfolgen. Ein Wechsel von abwartendem zu aktivem Management in der Nachgeburtsphase kann jederzeit erfolgen. Der Wunsch nach Verkürzung der Nachgeburtsphase kann ein Grund aufseiten der Mutter für einen Wechsel darstellen. Medizinische Gründe liegen bspw. bei einer verzögerten Plazentalösung oder bei starkem Blutverlust der Mutter vor (DGGG/DGHWi 2020).

In den Experteninterviews wurde dargelegt, dass auch diese Phase der Geburt eine sehr individuelle Länge aufweisen kann, bei der die Mutter und das Neugeborene durch eine Hebamme betreut werden sollten.

Bonding

Tabelle 52: Mögliche Qualitätsanforderungen (Bonding)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Bonding	Unterstützung des Bonding, eines ersten Haut-zu-Haut Kontaktes, Vermeidung einer nicht notwendigen Trennung von Mutter und Kind.

Laut Leitlinienempfehlung ist in der Nachgeburtsphase das **Bonding** zwischen Mutter und Kind und ihrer Begleitung zu unterstützen. Eine Trennung von Mutter und Kind ist zu vermeiden und

medizinische und pflegerische Maßnahmen, die diese verursachen, auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Idealerweise erfolgt ein erster Haut-zu-Haut Kontakt zwischen Mutter und Kind unmittelbar postnatal durch Ablegen des nackten Kindes auf dem unbedeckten Bauch der Mutter. Der Haut-zu-Haut Kontakt ist bis zur Beendigung des ersten Stillens nach Möglichkeit nicht zu unterbrechen. Es wird darauf hingewiesen, dass dies im Widerspruch zur Kinder-Richtlinie des G-BA¹¹ zur Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1) mit orientierender Untersuchung auf angeborene Fehlbildungen und Messung von Körpergewicht und Länge steht (DGGG/DGHWi 2020). Diese soll innerhalb der ersten 30 Minuten postnatal erfolgen. Die Leitlinie empfiehlt, die Durchführung der klinischen Untersuchung bei stabilem Kind während des Haut-zu-Haut Kontaktes bei Lage des Neugeborenen auf dem Bauch der Mutter und die Längen- und Gewichtsmessung zu einem nachgelagerten Zeitpunkt innerhalb der ersten zwei Lebensstunden nachzuholen (DGGG/DGHWi 2020).

In den Experteninterviews wird die Bonding-Phase als eine bedeutsame und unverzichtbare Phase in Zusammenhang mit der Geburt beschrieben. Diese Phase sollte mit besonderer Sensibilität und Aufmerksamkeit begleitet werden, um eine positive Bindung zwischen Mutter und Kind zu fördern und langfristig zu stärken. Hierbei spielen neben der emotionalen Unterstützung auch die physische Nähe, das Stillen und die Interaktion zwischen Mutter und Kind eine wichtige Rolle. Es ist von großer Bedeutung, dass das geburtshilfliche Team dafür sorgt, dass Mutter und Kind während dieser Phase ungestört sind und in Ruhe Zeit miteinander verbringen können.

3.3.5 Versorgungspfad

In den nachfolgenden Abbildungen (Abbildung 4 bis Abbildung 6) sind basierend auf den im vorangehenden Abschnitt dargelegten möglichen Qualitätsanforderungen entsprechende Versorgungspfade getrennt nach folgenden Versorgungsabschnitten visualisiert:

- während der Schwangerschaft
- Geburt des Kindes
- Nachgeburtsphase

Im Rahmen der Evaluation der Qualitätsverträge stehen die in den Abbildungen blau gerahmten Versorgungsabschnitte im Fokus.

¹¹ Kinder-Richtlinie. In der Fassung vom 18. Dezember 2015, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 15. Dezember 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/> (abgerufen am: 20.03.2022)

Während der Schwangerschaft

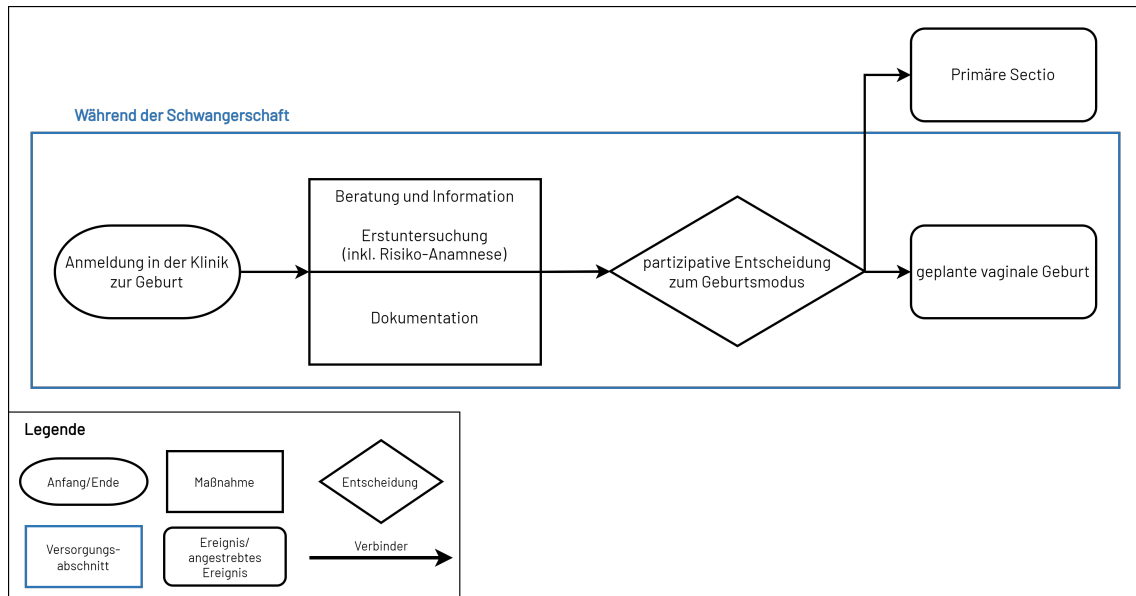


Abbildung 4: Versorgungspfad (Geburten: Während der Schwangerschaft)

Geburt des Kindes

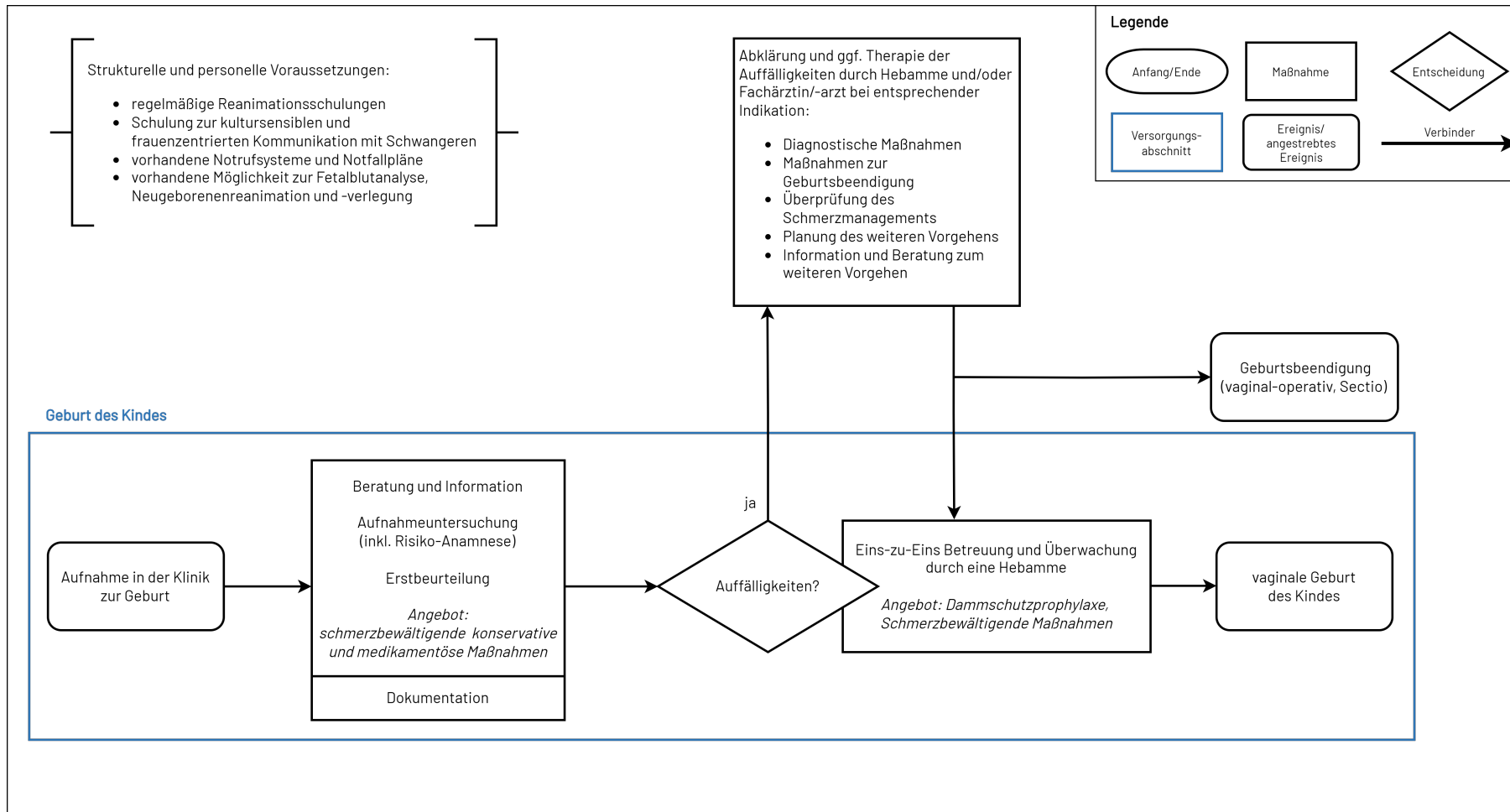


Abbildung 5: Versorgungspfad (Geburten: Geburt des Kindes)

Nachgeburtphase

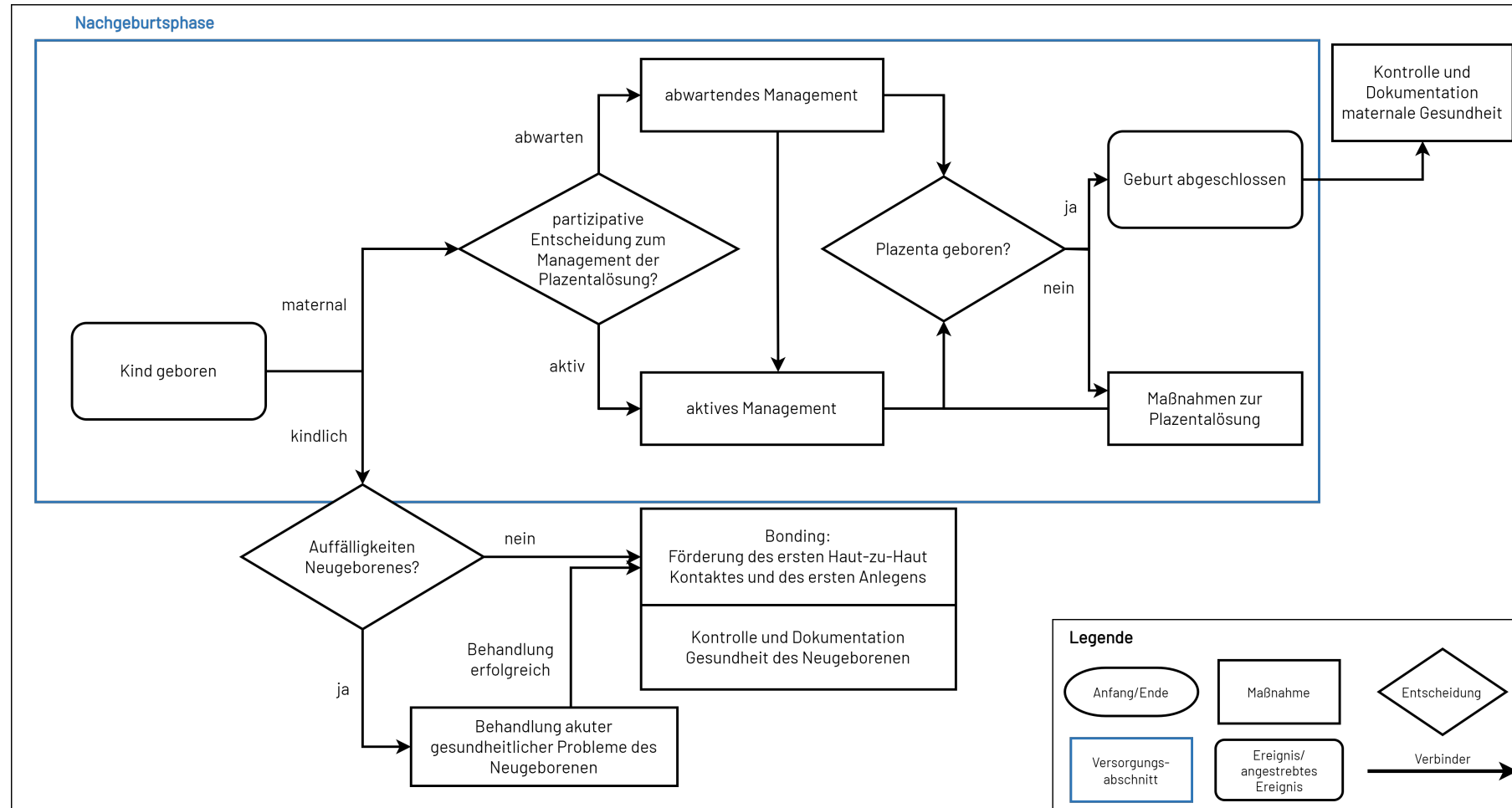


Abbildung 6: Versorgungspfad (Geburten: Nachgeburtphase)

3.3.6 Endpunkte

Die Leitlinienempfehlungen adressieren die Struktur- und Prozessqualität. Um darüber hinaus für die Patientinnen und Patienten unmittelbar relevante Merkmale der Ergebnisqualität zu identifizieren, wurden in einem ersten Schritt die Ergebnisse der Vorrecherche und später die weiteren Wissensbestände (siehe Abbildung 1) herangezogen. Ergänzend wurden auch die Einschätzungen der Expertinnen und Experten berücksichtigt. Hieraus ergeben sich nachfolgende patientenrelevante Endpunkte für den Leistungsbereich:

- Mortalität
- Gesundheit des Kindes
 - Apgar-Index
 - pH-Wert des Nabelschnurarterienblutes
 - Base-Excess-Wert
- maternaler Gesundheitszustand
 - höhergradige Dammrisse
 - Sectio
 - vaginal-operative Geburt
 - PDA
 - Episiotomie
 - Amniotomie
 - Geburt mit Verabreichung von wehenfördernden Medikamenten
- Geburtserfahrung der Mutter („maternal satisfaction“)

Mortalität

Als Müttersterblichkeit werden die Sterbefälle bezeichnet, die während der Schwangerschaft oder der Geburt bzw. bis zu 42 Tage nach der Geburt auftreten und im direkten Bezug zur Schwangerschaft oder zur Geburt stehen (BiB [kein Datum]-a). Die Müttersterblichkeit wird regelhaft zu 100.000 Geburten angegeben (BiB [kein Datum]-b). Die Säuglingssterblichkeit hat verschiedene Bezugspunkte. In der Berichterstattung ist ein Versterben nach den ersten sieben Tagen, nach dem siebten bis einschließlich 28. Tag oder nach dem 28. Tag bis einschließlich des zwölften Lebensmonats üblich (Destatis 2023b).

Im Jahr 2020 lag die Müttersterblichkeit bei unter vier gestorbenen Müttern je 100.000 Lebendgeborenen (BiB [kein Datum]-b). Im Jahre 2021 verstarben insgesamt 2.368 Säuglinge im ersten Lebensjahr, davon 1.375 Säuglinge innerhalb der ersten 7 Tage nach der Geburt, weitere 360 nach dem siebten bis einschließlich 28. Tag und 633 Kinder nach dem 28. Tag bis einschließlich des zwölften Lebensmonats (Destatis 2023b). Die Anzahl der totgeborenen Kinder betrug im Jahr 2021 3.420 (Destatis 2022a).

Gesundheit des Kindes

Die Gesundheit des Kindes im Zusammenhang mit der Geburt bezieht sich auf den Zustand des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt. Dazu gehören Aspekte wie die Vitalfunktionen (Atmung, Herzfrequenz), das Gewicht und die körperliche Entwicklung des Kindes sowie mögliche gesundheitliche Probleme wie Geburtsverletzungen, behandlungsbedürftige Erkrankungen und Fehlbildungen. Bezieht man sich auf untersuchbare und objektiv vergleichbare Merkmale der Gesundheit des Kindes im Zeitraum unmittelbar nach der Geburt lassen sich insbesondere Apgar-Index, pH-Wert des Blutes der Nabelschnurarterie und Base-Excess-Wert nennen (Kinder-RL).

Der Apgar-Index wird regelhaft eine Minute nach der Geburt sowie nach fünf und nach zehn Minuten erhoben. Der Index ist ein Bewertungssystem, bei dem die Parameter Herzfrequenz, Atmung, Reflexe, Muskeltonus und Hautfärbung des Neugeborenen bewertet werden (Kinder-RL). Für jeden dieser Parameter werden zwischen null und zwei Punkte im Rahmen der Beurteilung (Apgar 1953) durch die Hebamme, den Endbindungspfleger, die Ärztin oder den Arzt vergeben (Kinder-RL). Die Summe der ermittelten Punkte ergibt dann den Apgar-Index (Apgar 1953). Für die Bestimmung der postnatalen Gesundheit wird in der Regel der Apgar-Wert nach fünf Minuten herangezogen, da es wissenschaftlich Belege dafür gibt, dass dieser eng mit Mortalität und Morbidität zusammenhängt (Portman et al. 1990, Toh 2000).

Ein weiteres Merkmal zur Erfassung der kindlichen Gesundheit stellt die Nabelschnurarterien-pH-Wert Bestimmung dar. Sie gibt Aufschluss über eine mögliche kindliche Hypoxämie sub partu und wird zur Feststellung einer möglichen Azidose genutzt (Krause 2022).

Der Base-Excess-Wert ist darüber hinaus ein Parameter, der das Säure-Basen-Gleichgewicht im Körper angibt. Durch ihn ist eine Azidose bei Neugeborenen feststellbar (Pschyrembel Redaktion 2016).

Maternale Gesundheit

Bezüglich des maternalen Gesundheitszustandes im unmittelbaren Zeitraum nach der Geburt können ebenfalls verschiedene Merkmale betrachtet werden, die nachfolgend kurz erläutert werden.

(Höhergradige) Dammrisse

Eine Verletzung des Dammes kann während einer vaginalen Geburt spontan oder sekundär durch eine Episiotomie sowie bei einer vaginal-operativen Geburten entstehen (Harvey und Pierce 2015). Die Schwere der Verletzung wird mittels einer Gradeinteilung bestimmt. Ein Dammriss Grad I bezeichnet eine Zerreißen der hinteren Vaginalhaut und Einrisse an der Dammhaut. Der Dammriss Grad II bezeichnet eine weitere Verletzung des perinealen Gewebes ohne Beteiligung des Sphincter-ani-Gewebes, der Dammriss Grad III ist eine Verletzung des Sphincter ani bei intakter Rektusschleimhaut und von einem Dammriss Grad IV wird gesprochen, wenn die Verletzung von Sphincter ani und Rektusschleimhaut vorliegt (Fernando et al. 2015). Kurz und langfristige Folgen treten

hauptsächlich bei höhergradigen Dammrissen (Grad III und IV) auf. Als Risikofaktoren für höhergradige Dammverletzungen gelten unter anderem Episiotomien, ein hohes Geburtsgewicht des Kindes und vaginal-operative Geburten (Keriakos und Gopinath 2015).

Als weitere Merkmale, die den gesundheitlichen Zustand der Mutter nach der Geburt charakterisieren, sind auch die folgenden geburtshilflichen Interventionen zu berücksichtigen (Gupta et al. 2017, Anim-Somuah et al. 2018, Sandall et al. 2016).

Sectio

Als Sectio wird die operative Geburt durch Eröffnen der Bauchdecke verstanden. Hierbei ist zwischen primärer Sectio und sekundärer Sectio zu unterscheiden (siehe Abschnitt 3.3.1). Eine weltweit gültige optimale Sectio-Rate in Bezug auf Mütter und Neugeborenensterblichkeit wird wissenschaftlich diskutiert, kann aber derzeit nicht fundiert eingeschätzt werden, da sie multifaktoriell bedingt ist (Ye et al. 2014).

Vaginal-operativen Geburten

Bei Verzögerungen im Geburtsverlauf oder gesundheitlichen Komplikationen aufseiten der Mutter oder des Kindes kann es medizinisch notwendig werden, in die Geburt mittels Saugglocke oder Geburtszange einzugreifen. Diese Eingriffe können zu vermehrten Geburtsverletzungen führen (Keriakos und Gopinath 2015) oder zusätzliche Interventionen wie ein angepasstes Schmerzmanagement erforderlich machen.

PDA

Eine PDA ist eine medikamentöse Schmerzlinderung mittels eines Katheters im Periduralraum der Lendenwirbelsäule (gesundheitsinformation.de 2022). Es gibt wissenschaftliche Hinweise darauf, dass eine medikamentöse Schmerzlinderung durch eine PDA die Schmerzen unter der Geburt am wirksamsten lindert und dies zu einer höheren Zufriedenheit der Schwangeren führt. Gleichzeitig sind Nebenwirkungen der PDA möglich. Es finden sich Hinweise in der Literatur, dass sich bei einer vaginalen Geburt mit PDA die Wahrscheinlichkeit einer vaginal-operativen Geburt im Vergleich zu einer vaginalen Geburt ohne PDA erhöht (Anim-Somuah et al. 2018).

Episiotomie

Die Durchführung einer Episiotomie (Dammschnitt) ist eine geburtshilfliche Intervention, welche das Risiko hat, sowohl kurz- als auch langfristige Schäden bei der Mutter zu verursachen, aber auch vaginale Traumata zu reduzieren (Jiang et al. 2017). Jiang et al. (2017) zeigen aber auch, dass eine Versorgungsstrategie mit routinemäßigen Episiotomien im Vergleich zu selektiven Episiotomien bei nicht instrumentellen Geburten nicht zu einer Reduzierung von vaginalen Traumata führen (Jiang et al. 2017).

Amniotomie und Geburten mit Verabreichung von wehenfördernden Medikamenten

Eine Amniotomie ist die künstliche Fruchtblaseneröffnung unter der Geburt und dient der Geburtseinleitung oder Geburtsbeschleunigung (Goerke 2022). Eine weitere geburtshilfliche Maßnahme ist die Verabreichung von wehenfördernden Medikamenten. Die Maßnahmen Amniotomie

und Verabreichung von wehenfördernden Medikamenten können isoliert, aber auch in Kombination durchgeführt werden. In der Literatur finden sich Hinweise, dass dies zu einer Verkürzung des Geburtsvorganges führt und in geringem Maße die Wahrscheinlichkeit für eine Sectio verringert. Als Nachteile wird die Wahrscheinlichkeit für weitere Interventionen und eine höhere Medikalisation der Geburt angeführt. Ebenfalls besteht die Gefahr eines wahrgenommenen Kontrollverlustes und eine geringere Zufriedenheit mit dem Geburtserleben bei der Schwangeren (Brown et al. 2013).

Geburtserfahrung der Mutter

In der Literatur werden im Zusammenhang mit der Geburtserfahrung der Mutter („maternal satisfaction“) insbesondere die Auswirkung verschiedener Versorgungsmodelle während und nach der Schwangerschaft und Geburt auf Merkmale der wahrgenommenen Geburtserfahrung mittels Fragebögen untersucht. Festzuhalten ist, dass hierbei je nach Studie unterschiedliche Dimensionen betrachtet werden. Betrachtet werden insbesondere die allgemeine Betreuung und Unterstützung, emotionale Unterstützung und emotionales Erleben, Schmerzerleben und Schmerzlinderung, Angsterleben und Angstbewältigung, Partizipation und Entscheidungsfindung sowie die Kommunikation mit den Angehörigen der Gesundheitsberufe (Sandall et al. 2016). Die eingesetzten Fragebögen sind ausschließlich in englischer Sprache. Es gibt jedoch erste Ansätze der Übertragung bzw. Entwicklung deutschsprachiger Erhebungsinstrumente in diesem Zusammenhang. Zur Erfassung der Nutzerinnenperspektive der Qualität der Hebammenbegleitung während der Geburt wurde bspw. das Instrument MMAYbirth entwickelt (Peters et al. 2021). Zur Erfassung der Geburtserfahrungen von Müttern (im stationären Bereich) gibt es unterschiedliche Erhebungsinstrumente. Zu nennen ist hier der vom damaligen Picker Institut Deutschland entwickelte Fragebogen. Er umfasst sowohl die Geburt als auch vor- und nachgelagerte Zeiträume sowie klinikbezogene Merkmale (Stahl 2010). Einen ähnlichen Schwerpunkt hat der Patients' Experience Questionnaire in der Version „Mütter/Entbindung“ der Bertelsmann Stiftung. Dieser bezieht sich unter anderem auf die Kommunikation und Beziehungsebene, die in der Praxis gepflegten Entscheidungsfindungsprozesse und die Informationsdarreichung zwischen den versorgenden unterschiedlichen Professionen und der Schwangeren sowie organisatorische Abläufe im Klinikbetrieb (Schwappach et al. 2009). Das Standardset für Schwangerschaft und Geburt des International Consortium for Health Outcome Measures beinhaltet darüber hinaus mehrere Erhebungsinstrumente, die sich auf die Gesundheit und Lebensqualität von Gebärenden und Müttern beziehen. Erfasst werden unter anderem die Themenbereiche Mutter-Kind-Bindung, Stillen, Geburtserfahrung, Gesundheit und Lebensqualität (Hartmann et al. 2022). Das Standardset beinhaltet auch die Birth Satisfaction Scale, entwickelt von Hollins Martin und Martin (2014), die ausschließlich den Zeitraum der Geburt berücksichtigt. Der thematische Schwerpunkt liegt auf der Kommunikation und den Beziehungen zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und der Gebärenden im Sinne partizipativer Entscheidungsprozesse sowie dem individuellen Geburtserleben (Hollins Martin und Martin 2014).

3.3.7 Empfohlene Evaluationskennziffern

In den beiden nachfolgenden Tabellen werden die vorangehend berichteten möglichen Qualitätsanforderungen (Tabelle 53) und patientenrelevanten Endpunkte (Tabelle 54) dargestellt und ausgewiesen, inwieweit hiervon entsprechende Evaluationskennziffern abgeleitet wurden. Begründungen sind aus dem Wissensbestand (siehe Abbildung 1) und den Ergebnissen der Experteninterviews abgeleitet.

Tabelle 53: Entwicklung von Evaluationskennziffern GE (mögliche Qualitätsanforderungen)

Mögliche Qualitätsanforderung	Evaluationskennziffer (Eval-KNZ)
(Mindestens) jährliche Neugeborenen-Reanimations-schulung auf Grundlage der Empfehlungen des European Resuscitation Council (ERC) für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die nicht regelmäßig kritisch deprimierte Neugeborene versorgen.	Ja: Eval-KNZ GE-01
Schulung zur kultursensiblen und frauenzentrierten Kommunikation mit Schwangeren.	Ja: Eval-KNZ GE-02
Allgemeine Beratung und Information der Schwangeren vor der Geburt über: <ul style="list-style-type: none"> ▪ die möglichen Geburtsorte/-settings ▪ Betreuungsmöglichkeiten in den verschiedenen Geburtsphasen ▪ verschiedene Geburtsmodi ▪ Möglichkeit, Nutzen und Risiken einer konservativen oder medikamentösen Schmerzbewältigung 	Ja: Eval-KNZ GE-03
Bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung sind zu erfassen, durchzuführen und zu dokumentieren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfragen der fetalen Bewegungen ▪ Erfassen des Befindens der Schwangeren ▪ Erfassen der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ Informieren über die Latenzzeit und den Umgang mit Wehenschmerz ▪ Informieren über Unterstützungsmöglichkeiten, Zuständigkeiten und Kontaktmöglichkeiten ▪ partizipative Planung des weiteren Vorgehens ▪ Abklärung und Beratung über eine mögliche Risikoschwangerschaft 	Ja: Eval-KNZ GE-04
Information und Beratung der Schwangeren bei Auftreten von Komplikationen (vorzeitiger Blasensprung, protrahierte Eröffnungsphase, Indikation Fetalblutanalyse, Mekonium im Fruchtwasser).	Ja: Eval-KNZ GE-03

Mögliche Qualitätsanforderung	Evaluationskennziffer (Eval-KNZ)
<p>Die Erstbeurteilung umfasst eine Anamnese und eine klinische Beurteilung (inkl. der Einschätzung über das Vorliegen einer Risikoschwangerschaft); dabei sind zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ pränatal erhobene Befunde und Eintragungen im Mutterpass ▪ Wehentätigkeit (Frequenz, Dauer und Stärke) ▪ empfundene Schmerzstärke ▪ vaginale Blutung, Schleim- und Fruchtwasserabgang ▪ kindlichen Vitalität und Lage im Mutterleib ▪ maternale Vitalzeichen ▪ Ergebnisse der Urinuntersuchung (Urinteststreifen) 	Ja: Eval-KNZ GE-05
Gewährleistung einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase durch eine Hebamme entsprechend den Bedürfnissen der Schwangeren.	Ja: Eval-KNZ GE-09
<p>Verlegung in ärztlich geleitete Geburtshilfe bei bestimmten maternalen oder fetalen Indikationen.</p> <p>Hinzuziehen von ärztlichem Fachpersonal bei bestimmten Indikationen.</p>	Nein: Die Abbildung des jeweiligen Gegenstands in einer Evaluationskennziffer würde die Überprüfung zahlreicher Indikationsstellungen erfordern. Hierzu wären komplexe theoretische Konzepte für einzelne mögliche Indikationen zu entwickeln und zu operationalisieren, die wiederum eine Erfassung entsprechender Daten nach sich ziehen würde. Aus Gründen der Praktikabilität der Messung wird daher von der Entwicklung einer Evaluationskennziffer abgesehen.
Ermöglichung der Begleitung der Schwangeren durch eine oder mehrere Personen ihrer Wahl zur Geburtsunterstützung.	Ja: Eval-KNZ GE-06
Information über die Möglichkeit, während der Geburt zu essen und zu trinken.	Ja: Eval-KNZ GE-06
Motivation zu Bewegung und (freien) Wahl der Geburtsposition.	Ja: Eval-KNZ GE-06
Angebot einer nicht medikamentösen Gebärunterstützung auf Wunsch der Schwangeren oder bei ineffektivem Pressen.	Ja: Eval-KNZ GE-06

Mögliche Qualitätsanforderung	Evaluationskennziffer (Eval-KNZ)
Mindestens stündliche standardisierte Beurteilung der Gesundheit von Mutter und Kind und Dokumentation der intrapartalen Ereignisse.	Ja: Eval-KNZ GE-10
Überwachung der fetalen Herzfrequenz bei Aufnahme und jeder weiteren Beurteilung.	Ja: Eval-KNZ GE-10
Empfehlung einer CTG-Aufzeichnung bei maternalen oder fetalen Auffälligkeiten.	Nein: Aufgrund des meist flächendeckenden Einsatzes des CTG (bspw. bei Aufnahme: 96 %) (IQTIG 2022c) wird hinsichtlich einer CTG-Aufzeichnung bei auskultatorischen Auffälligkeiten in diesem Zusammenhang kein Verbesserungspotenzial auf Ebene des Gesundheitssystems erwartet und von der Entwicklung einer Evaluationskennziffer abgesehen.
<p>Untersuchungen, die bei medizinischer Indikation aber nicht routinemäßig durchzuführen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei Schwangeren mit einem niedrigen Risiko: Aufnahme-CTG und CTG in der aktiven Eröffnungsphase und bei etablierter PDA ▪ routinemäßige Beurteilung der Schmerzen nach einer Schmerzskala ▪ fetales Elektrokardiogramm (EKG) mittels Kopfschwartenelektrode oder abdominaler EKG-Ableitung ▪ intrapartale fetale Sauerstoffsättigungsmessung ▪ intrapartale Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von SGA-Kindern oder bei Verdacht auf Makrosomie 	Ja: Eval-KNZ GE-08
<p>Bei unauffälligem Geburtsverlauf sind ohne medizinische Indikation keine der nachfolgenden Interventionen anzubieten bzw. zu empfehlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ein aktives Management der Geburt ▪ eine Amniotomie ▪ eine Episiotomie 	Ja: Eval-KNZ GE-08
Unterstützung der Schwangeren bei konservativen Maßnahmen zur Schmerzlinderung.	Ja: Eval-KNZ GE-07
Angebot einer PDA auf Wunsch der Schwangeren oder bei medizinischer Indikation.	Ja: Eval-KNZ GE-07

Mögliche Qualitätsanforderung	Evaluationskennziffer (Eval-KNZ)
Angebot einer Dammschutzprophylaxe.	Ja: Eval-KNZ GE-07
Unterstützung eines abwartenden Managements in der Nachgeburtsphase. Abweichungen sind aus medizinischen Gründen oder auf Wunsch der Gebärenden möglich.	Ja: Eval-KNZ GE-07
Unterstützung des Bonding, eines ersten Haut-zu-Haut Kontaktes, Vermeidung einer nicht notwendigen Trennung von Mutter und Kind.	Ja: Eval-KNZ GE-06

Tabelle 54: Entwicklung von Evaluationskennziffern GE (Endpunkte)

Endpunkt	Entwicklung Evaluationskennziffer
Mortalität	Nein: Wie in Abschnitt 3.3.6 ausgeführt sind sowohl Müttersterblichkeit als auch Säuglingssterblichkeit in Deutschland grundsätzlich niedrig (BiB [kein Datum]-b, Destatis 2023b, Destatis 2022a) . Deshalb wird die Mortalität zur Einschätzung von Veränderungen der Versorgungsqualität durch mögliche Vereinbarungen in Qualitätsverträgen als nicht geeignet eingeschätzt.
Gesundheit des Kindes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apgar-Index ▪ pH-Wert des Nabelschnurarterienblutes ▪ Base-Excess-Wert 	Ja: Eval-KNZ GE-14
maternaler Gesundheitszustand <ul style="list-style-type: none"> ▪ höhergradige Dammriss ▪ Sectio ▪ vaginal-operative Geburt ▪ PDA ▪ Episiotomie ▪ Amniotomie ▪ Verabreichung von wehenfördernden Medikamenten 	Ja: Eval-KNZ GE-13 Ja: Eval-KNZ GE-12 Ja: Eval-KNZ GE-12 Ja: Eval-KNZ GE-12 Ja: Eval-KNZ GE-12 Ja: Eval-KNZ GE-12 Ja: Eval-KNZ GE-12
Geburtserfahrung der Mutter	Ja: Eval-KNZ GE-11

Tabelle 55 gibt einen Überblick zu den für diesen Leistungsbereich entwickelten Evaluationskennziffern. Die darauffolgenden Tabellen beschreiben die Evaluationskennziffern im Einzelnen. Hierbei wird sowohl das Ziel im Sinne einer Verbesserung der Versorgungsqualität als auch die Qualitätsdimension (Struktur, Prozess, Ergebnis) benannt und ferner, ob die Evaluationskennziffer einrichtungs- oder fallbezogen zu erfassen ist.

Tabelle 55: Empfohlene Evaluationskennziffern GE (Übersicht)

Eval-KNZ	Evaluationskennziffer	Verweis
GE-01	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe zur Reanimation	Tabelle 56
GE-02	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe zur Schwangerenzentrierung	Tabelle 57
GE-03	Information und Beratung der Schwangeren	Tabelle 58
GE-04	Erst-/Aufnahmeuntersuchung	Tabelle 59
GE-05	Erstbeurteilung	Tabelle 60
GE-06	Beachtung von Bedürfnissen der Schwangeren und des Kindes	Tabelle 61
GE-07	Angebote und Unterstützung	Tabelle 62
GE-08	Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen	Tabelle 63
GE-09	Betreuung der Schwangeren während der Geburt durch Hebammen	Tabelle 64
GE-10	Kontinuierliche Beurteilung von Mutter und Kind	Tabelle 65
GE-11	Geburtserfahrung der Mutter	Tabelle 66
GE-12	Interventionsarme Geburt	Tabelle 67
GE-13	Höhergradige Dammrisse	Tabelle 68
GE-14	Gesundheit Kind	Tabelle 69

Tabelle 56: Evaluationskennziffer GE-01

Bezeichnung	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe zur Reanimation
Ziel	Die Angehörigen der Gesundheitsberufe*, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind, erhalten (mindestens) jährlich eine qualitätsgesicherte Schulung (nach den ERC) zur Reanimation von Neugeborenen. * Hebammen, Geburtshelferinnen und -helfer, Kinderärztinnen und -ärzte, Anästhesistinnen und Anästhesisten
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind und eine qualitätsgesicherte Schulung erhalten haben. ▪ Nenner: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind.

Tabelle 57: Evaluationskennziffer GE-02

Bezeichnung	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe zur Schwangerenzentrierung
Ziel	Die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind, haben eine Schulung zum kultursensiblen und frauenzentrierten Umgang mit Schwangeren erhalten.
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind und eine Schulung erhalten haben. ▪ Nenner: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind.
Anmerkung	<p>In der weiterführenden Operationalisierung wird festgelegt,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ welche „Angehörigen der Gesundheitsberufe“ einzubeziehen sind, ▪ welche Mindestanforderungen an Schulungsinhalte gestellt werden und ▪ inwieweit die Anteile einzelner Berufsgruppen ergänzend separat auszuweisen sind.

Tabelle 58: Evaluationskennziffer GE-03

Bezeichnung	Information und Beratung der Schwangeren
Ziel	<p>Die Einrichtung verfügt über einen Standard (bspw. SOP, Checkliste) zur Information und Beratung der Schwangeren, der mindestens nachfolgende leitlinienbasierte Aspekte beinhaltet:</p> <p>Bzgl. der vorgeburtlichen Information und Beratung der Schwangeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mögliche Geburtsorte/-settings ▪ Betreuungsmöglichkeiten in den verschiedenen Geburtsphasen ▪ verschiedene Geburtsmodi ▪ Möglichkeit, Nutzen und Risiken einer konservativen oder medikamentösen Schmerzbewältigung <p>Bzgl. der Information und Beratung der Schwangeren bei Komplikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vorzeitiger Blasensprung ▪ protrahierte Eröffnungsphase ▪ Komplikationen, die eine Fetalblutanalyse indizieren ▪ Mekonium im Fruchtwasser
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Angabe der Einrichtung, ob sie über einen entsprechenden Standard verfügt.

Tabelle 59: Evaluationskennziffer GE-04

Bezeichnung	Erst-/Aufnahmeuntersuchung
Ziel	<p>Die Einrichtung verfügt über einen Standard (bspw. SOP, Checkliste) zur Erst-/Aufnahmeuntersuchung, der mindestens nachfolgende leitlinienbasierte Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfragen der fetalen Bewegungen ▪ Erfassen des Befindens, der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ Informieren über die Latenzzeit und den Umgang mit Wehenschmerz ▪ Informieren über Unterstützungsmöglichkeiten, Zuständigkeiten und Kontaktmöglichkeiten ▪ partizipative Planung des weiteren Vorgehens ▪ Abklärung und Beratung über eine mögliche Risikoschwangerschaft
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Angabe der Einrichtung, ob sie über einen entsprechenden Standard verfügt.

Tabelle 60: Evaluationskennziffer GE-05

Bezeichnung	Erstbeurteilung
Ziel	<p>Die Einrichtung verfügt über einen Standard (bspw. SOP, Checkliste) zur Erstbeurteilung (inkl. der Einschätzung über das Vorliegen einer Risikoschwangerschaft), der mindestens nachfolgende leitlinienbasierte Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ Erfassung aller pränatal erhobenen Befunde und Eintragungen im Mutterpass ▪ Erfassung der Wehentätigkeit (Frequenz, Dauer und Stärke) ▪ Erfassung der empfundenen Schmerzstärke ▪ Erfassung von vaginaler Blutung, Schleim- und Fruchtwasserabgang ▪ Erfassung der kindlichen Vitalität und Lage im Mutterleib ▪ Erfassung der maternalen Vitalzeichen ▪ Ergebnisse der Urinuntersuchung (Urinteststreifen)
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Angabe der Einrichtung, ob sie über einen entsprechenden Standard verfügt.

Tabelle 61: Evaluationskennziffer GE-06

Bezeichnung	Beachtung von Bedürfnissen der Schwangeren und des Kindes
Ziel	<p>Die Einrichtung verfügt über einen Standard (bspw. SOP, Checkliste) zur Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren und des Kindes, der mindestens nachfolgende leitlinienbasierte Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermöglichung der Begleitung der Schwangeren durch ein oder mehrere Personen ihrer Wahl zur Geburtsunterstützung ▪ Information der Schwangeren über die Möglichkeit, während der Geburt zu essen und zu trinken ▪ Motivation zu Bewegung und zur (freien) Wahl der Geburtsposition ▪ Bonding
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Angabe der Einrichtung, ob sie über einen entsprechenden Standard verfügt.

Tabelle 62: Evaluationskennziffer GE-07

Bezeichnung	Angebote und Unterstützung
Ziel	<p>Die Einrichtung verfügt über einen Standard (bspw. SOP, Checkliste) zu Angeboten und zur Unterstützung der Schwangeren, der mindestens nachfolgende leitlinienbasierte Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebot einer nicht medikamentösen Gebärunterstützung ▪ Unterstützung der Schwangeren bei konservativen Maßnahmen zur Schmerzlinderung ▪ Angebot einer PDA auf Wunsch der Schwangeren oder bei medizinischer Indikation ▪ Angebot einer Dammschutzprophylaxe ▪ Unterstützung eines abwartenden Managements in der Nachgeburtphase
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Angabe der Einrichtung, ob sie über einen entsprechenden Standard verfügt.

Tabelle 63: Evaluationskennziffer GE-08

Bezeichnung	Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
Ziel	Die Einrichtung verfügt über einen Standard (bspw. SOP, Checkliste) zum Einsatz nicht-routinemäßig einzusetzender diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen während des Geburtsprozesses, der sicherstellt, dass Maßnahmen nur bei bestimmten Indikationen eingesetzt werden. Der Standard sollte mindestens den Einsatz nachfolgender Maßnahmen beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ CTG ▪ fetales Elektrokardiogramm (EKG) mittels Kopfschwartenelektrode oder abdominaler EKG-Ableitung ▪ intrapartale fetale Sauerstoffsättigungsmessung ▪ intrapartale Ultraschalluntersuchung ▪ aktives Management der Geburt ▪ Amniotomie ▪ Episiotomie
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Angabe der Einrichtung, ob sie über einen entsprechenden Standard verfügt.

Tabelle 64: Evaluationskennziffer GE-09

Bezeichnung	Betreuung der Schwangeren während der Geburt durch Hebammen
Ziel	Das Krankenhaus richtet die Betreuung der Schwangeren während der aktiven Eröffnungsphase und Austrittsphase am Konzept der Eins-zu-eins-Betreuung aus. Ziel ist eine möglichst kontinuierliche direkte Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme, die auch durch eine Verbesserung des Betreuungsschlüssels erreicht werden kann.
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Arithmetisches Mittel der monatlichen Verhältnisse aus zur Verfügung stehenden Vollzeitäquivalenten (VZÄ) an Hebammen zu 100 Geburten über einen bestimmten Zeitraum.
Anmerkung	Die Abbildung der stationären Versorgung mit Hebammen durch einen Betreuungsschlüssel wurde dem Gutachten „Stationäre Hebammenversorgung“ des IGES-Instituts entnommen, das durch das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben wurde (Albrecht et al. 2019). Das Verhältnis wurden von 1.000 auf 100 Geburten gesenkt, um die einrichtungsbezogene Interpretierbarkeit zu erleichtern.

Tabelle 65: Evaluationskennziffer GE-10

Bezeichnung	Kontinuierliche Beurteilung von Mutter und Kind
Ziel	Es erfolgt eine kontinuierliche Beurteilung des mütterlichen und kindlichen Zustands von Beginn der aktiven Eröffnungsphase bis Beginn der Austrittsphase mit Blick auf die Frequenz der Kontraktionen, der mütterlichen Herzfrequenz, des mütterlichen Blutdrucks, der mütterlichen Temperatur und der fetale Herzfrequenz.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	Betrachtete diagnostische Maßnahmen: Frequenz der Kontraktionen, mütterliche Herzfrequenz, mütterlicher Blutdruck, mütterliche Temperatur, fetale Herzfrequenz. Arithmetisches Mittel der standardisierten Häufigkeiten der diagnostischen Maßnahmen. Die standardisierte Häufigkeit einer diagnostischen Maßnahme setzt das fallbezogene Verhältnis (Ratio) von Häufigkeit der Maßnahme zu Beobachtungszeitraum (Beginn der aktiven Eröffnungsphase bis Beginn der Austrittsphase) ins Verhältnis zur mindestens zu erwartenden Frequenz der Maßnahme.
Anmerkung	Die erwartete Frequenz der jeweiligen Maßnahme wird durch die entsprechende Leitlinienempfehlung zur möglichen Qualitätsanforderung „Betreuung der Schwangeren während der Geburt“ vorgegeben (siehe Abschnitt 3.3.4).

Tabelle 66: Evaluationskennziffer GE-11

Bezeichnung	Geburtserfahrung der Mutter
Ziel	Die Mutter erfährt den Geburtsprozess insgesamt positiv.
Qualitätsdimension	Ergebnis
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	-
Anmerkung	Zur Erfassung der Geburtserfahrung wird die deutschsprachige Version der Birth Satisfaction Scale (Hollins Martin und Martin 2014, Hartmann et al. 2022) eingesetzt. Diese beinhaltet Aspekte zur „maternal satisfaction“ und berücksichtigt den unmittelbaren Geburtsprozess, auf den die möglichen Qualitätsanforderungen abzielen.

Tabelle 67: Evaluationskennziffer GE-12

Bezeichnung	Interventionsarme Geburt
Ziel	Das Krankenhaus richtet seine Versorgung darauf aus, dass mögliche Interventionen wie Sectio, vaginal-operative Geburt, PDA, Episiotomie, Amniotomie, Verabreichung von wehenfördernden Medikamenten dann erfolgen, wenn eine Indikation hierzu besteht.
Qualitätsdimension	Ergebnis
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<p>Betrachtete Interventionen: Sectio, vaginal-operative Geburt, PDA, routinemäßige Episiotomie, routinemäßige Amniotomie, Verabreichung von wehenfördernden Medikamenten</p> <p>Für jede Intervention wird berechnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl an Geburten, bei denen die Intervention durchgeführt wurde. ▪ Nenner: Anzahl an Geburten.
Anmerkung	Es handelt sich um eine Evaluationskennziffer, die mehrere Kennzahlen beinhaltet, die im Rahmen der Auswertung in einer Gesamtschau betrachtet werden.

Tabelle 68: Evaluationskennziffer GE-13

Bezeichnung	Höhergradige Dammrisse
Ziel	Die Evaluationskennziffer dient lediglich zur Beobachtung der Versorgungsqualität zum Zweck der Evaluation durch das IQTIG und verfolgt im Rahmen von Qualitätsverträgen kein unmittelbares Qualitätsziel.
Qualitätsdimension	Ergebnis
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Einlingsgeburten mit Dammriss Grad III ODER Einlingsgeburten mit Dammriss Grad IV ▪ Nenner: Alle vaginalen Einlingsgeburten UND Alle vaginal-operativen Einlingsgeburten
Anmerkung	Die Evaluationskennziffer ist angelehnt an Qualitätsindikator 181800 „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ des Qualitätssicherungsverfahrens „Perinatalmedizin: Geburtshilfe“.

Tabelle 69: Evaluationskennziffer GE-14

Bezeichnung	Gesundheit Kind
Ziel	Die Evaluationskennziffer dient lediglich zur Beobachtung der Versorgungsqualität zum Zweck der Evaluation durch das IQTIG und verfolgt im Rahmen von Qualitätsverträgen kein unmittelbares Qualitätsziel.
Qualitätsdimension	Ergebnis
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Anzahl an Kindern, die verstorben sind ODER mit 5-Minuten-Apgar unter 5 ODER mit Base Excess unter -16 ODER mit Azidose (pH < 7,00) ▪ Nenner: Alle reifen Kinder (37 + 0 bis unter 42 + 0 Wochen) Ausschluss: Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind, alle reifen Lebendgeborenen (37 + 0 bis unter 42 + 0 Wochen) mit ungültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar ODER ungültigen Angaben zum Base Excess ODER ungültigen Angaben zum pH-Wert
Anmerkung	Die Evaluationskennziffer ist angelehnt an Qualitätsindikator 51803 „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ des Qualitätssicherungsverfahrens „Perinatalmedizin: Geburtshilfe“.

3.3.8 Limitationen

Im Rahmen möglicher Limitationen aus Sicht der Evaluation ist zu beachten, dass das Ziel einer interventionsarmen Geburt nicht gleichzusetzen ist mit einer unreflektierten Senkung von Interventionsraten. Oder anders ausgedrückt: Ziel ist nicht, eine möglichst geringe Interventionsrate zu erreichen, sondern im Sinne der Indikationsqualität nur dann eine Intervention durchzuführen, wenn diese auch (medizinisch) angezeigt ist. Da hieraus keine eindeutigen Zielrichtungen (bspw. Reduzierung des Anteils einer bestimmten Intervention) für die in der Evaluationskennziffer GE-12 berechneten Anteile ableitbar sind und darüber hinaus im Rahmen einer ersten Operationalisierung bislang auch keine empirisch fundierten Zielwerte/-bereiche im Sinne von Referenzwerten oder Referenzbereichen bekannt sind, sondern nur Hinweise vorliegen, können mögliche Entwicklungen, die im Rahmen der Evaluationskennziffer GE-12 beobachtet werden, voraussichtlich nur deskriptiv betrachtet und narrativ interpretiert werden.

Die aus den vorliegenden Leitlinienempfehlungen synthetisierte Anforderung des Verzichts einer regulären Aufnahme CTG bei Nicht-Risikoschwangeren kann nicht isoliert nur fachlich betrachtet werden, da die Hinweise aus der Versorgung durch die Expertinnen und Experten auch juristische Aspekte in diesem Zusammenhang andeuten. Demnach stehen die Leitlinienempfehlungen einer möglichen rechtlichen Absicherung durch die Krankenhäuser entgegen. Im Schadensfall kann es dazu kommen, dass Hebammen bzw. die Einrichtung durch ihre Dokumentation belegen müssen, fachgerecht und sorgfältig gehandelt zu haben. Die entsprechenden Gutachten beziehen sich in diesem Zusammenhang häufig auf CTG-Aufzeichnungen, denen damit bei der rechtlichen Absicherung ein hoher Stellenwert zukommt (Schwarz und Knobloch 2020). Deshalb wurde in diesem

Zusammenhang auf eine fallbezogene Evaluationskennziffer verzichtet. Die entsprechende einrichtungsbezogene Evaluationskennziffer zielt in diesem Zusammenhang darauf ab, ob der Umgang mit CTG-Aufnahmen entsprechend innerhalb der Einrichtung geregelt ist.

Die Evaluationskennziffer GE-09 referenziert auf die Leitlinienempfehlungen zur Eins-zu-eins-Betreuung, erfasst jedoch davon abweichend die Ressourcen an verfügbaren Hebammen in VZÄ in Bezug zur Anzahl an Geburten. Diese Maßzahl wurde im Rahmen eines Gutachtens des IGES-Instituts verwendet, um die stationäre Versorgung mit Hebammen abzuschätzen. Die Aussagekraft der Evaluationskennziffer ist insofern eingeschränkt, als dass das theoretische Konzept der Eins-zu-eins-Betreuung nur näherungsweise abgebildet wird. Dennoch ist die Entwicklung der Versorgungsqualität im Sinne der personellen Betreuung durch die Kennziffer beobachtbar. Um eine Eins-zu-eins-Betreuung valide abzubilden wäre die Erfassung von Informationen zu einzelnen Schichten und des zur Verfügung stehenden Personals zu erfassen. Der dokumentarische Aufwand und die Umsetzbarkeit werden als zu hoch und nicht praktikabel eingeschätzt, um valide Ergebnisse zu erreichen. Eine Verschiebung des beobachteten Gegenstands trägt darüber hinaus auch der Tatsache Rechnung, dass wegen des herrschenden Mangels an ausgebildeten Hebammen das Konzept der Eins-zu-eins-Betreuung nur langfristig und durch kollektive Maßnahmen umsetzbar sein wird (Albrecht et al. 2019).

Die den Evaluationskennziffern GE-03, GE-04, GE-05, GE-06, GE-07 und GE-08 zugrundeliegenden möglichen Qualitätsanforderungen basieren auf Leitlinienempfehlungen, die in ihrem Detaillierungsgrad nicht ausreichen, um ein vollumfängliches theoretisches Konzept abzuleiten, das fallbezogen erfasst werden kann. Anders ausgedrückt, ist durch die begrenzte Verfügbarkeit evidenzbasierten Wissens aus den Wissensbeständen die Ableitung eines theoretischen Konzepts eingeschränkt. Um die möglichen Qualitätsanforderungen dennoch abzubilden, wird einrichtungsbezogen erfasst, ob die Einrichtung die entsprechende Thematik in einem Standard (bspw. SOP) aufgreift. Die einrichtungsbezogene Erfassung geht im Vergleich zu einer fallbezogenen Erfassung mit einem Informationsverlust einher, da hierbei nur eine einrichtungsinterne Vorgabe zur Berücksichtigung der jeweiligen leitlinienbasierten Aspekte erfasst werden, jedoch nicht, ob die Aspekte in der Versorgung tatsächlich berücksichtigt wurden.

Für die Entwicklung der Evaluationskennziffern in diesem Leistungsbereich wurde auf die möglichen Qualitätsanforderungen referenziert, welche sich auf die beschriebene Zielgruppe (siehe Abschnitt 3.3.3) insgesamt beziehen. Spezifische Gruppen mit zusätzlichen Risikokonstellationen wie Gestationsdiabetes mellitus, Diabetes mellitus oder Adipositas wurden hierbei nicht berücksichtigt. Demnach werden Wirkungen von Qualitätsanforderungen für diese spezifischen Risikogruppen, die in Qualitätsverträgen vereinbart werden, nicht explizit durch die entwickelten Evaluationskennziffern erfasst.

3.4 Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit (TA)

In den nachfolgenden Abschnitten wird zunächst der *Hintergrund* des Leistungsbereichs „Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit“ erläutert, um einen Überblick über den Leistungsbereich zu geben und seine Relevanz zu verdeutlichen. Anschließend werden die *Ziele*, die Qualitätsverträge in diesem Leistungsbereich verfolgen, kurz skizziert. Für weitere Informationen können die Ausführungen in den Tragenden Gründen (G-BA 2022c) herangezogen werden. Im darauffolgenden Abschnitt wird die adressierte *Zielgruppe* aus Sicht des IQTIG auf Basis der Tragenden Gründe definiert. Danach werden *mögliche Qualitätsanforderungen* beschrieben, die aus den Empfehlungen der systematisch recherchierten Leitlinien synthetisiert wurden, sowie die für diesen Leistungsbereich patientenrelevanten *Endpunkte*. Darauf aufbauend werden die vom IQTIG empfohlenen *Evaluationskennziffern* zur Messung der Versorgungsqualität vorgestellt. Abschließend werden *Limitationen* dieses Leistungsbereichs aus Sicht der Evaluation diskutiert.

3.4.1 Hintergrund

Folgt man den Ergebnissen der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA), lag die Prävalenz der aktiven Tabak-Raucherinnen und -raucher in Deutschland im November 2022 bei 35,5 %. Zigaretten stellen hierbei neben anderen Rauchprodukten aus Tabak den Großteil des Tabakkonsums dar (Anonym 2022a). Verglichen mit dem Jahr 2019 ist die Zahl der Raucherinnen und Raucher innerhalb von zwei Jahren deutlich um 8,3 % angestiegen (Anonym 2022a). Während im Zeitraum von 2017 bis 2020 in den jüngeren Bevölkerungsgruppen noch ein Rückgang an Raucherinnen und Rauchern festgestellt werden konnte, ist ab dem Jahr 2021 eine Zunahme in den Altersgruppen 14 bis 17 und 18 bis 24 Jahren zu beobachten (Anonym 2022b). Darüber hinaus nimmt der Anteil rauchender Personen, die innerhalb des letzten Jahres einen Rauchstopp-Versuch unternahmen, seit Jahren kontinuierlich ab und lag im November 2022 bei 8,0 % (November 2016: 33,9 %) (Anonym 2022c).

Infolge des Rauchens wurden im Jahr 2019 rund 458.000 Patientinnen und Patienten (57 % hiervon Männer) mit tabakassoziierten Erkrankungen stationär behandelt. Das sind 18 % mehr als noch im Jahr 2010. 211.300 der behandelten Fälle waren auf einen Lungen- und Bronchial-, Kehlkopf- oder Luftröhrenkrebs zurückzuführen, 246.700 auf eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (Destatis 2021a). Die Kosten des Rauchens belaufen sich im Jahr 2018 für das deutsche Gesundheitssystem auf rund 30 Mrd. Euro, insgesamt wird der volkswirtschaftliche Schaden auf rund 100 Mrd. Euro geschätzt (Graen et al. 2021).

Rauchen gilt als der wichtigste zu vermeidende Risikofaktor für chronische, nicht übertragbare Krankheiten, da Rauchen insbesondere die Entwicklung von Krebserkrankungen und kardiovaskulären Erkrankungen bedingt, wobei Lungentumore besonders häufig sind (Schaller et al. 2020). Rund 80 % der Lungenkrebserkrankungen in Deutschland sind auf das Rauchen zurückzuführen, ebenso kann das Rauchen zu COPD führen, die in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium häufig mit einem erhöhten Herzinfarkttrisiko einhergehen (Schaller et al. 2020). Neben unterschiedlichen Krebs-, Atemweg-, Herz-Kreislauf-, Knochen- und Gelenkerkrankungen können

auch allgemeine Beeinträchtigungen wie z. B. Blindheit, Magengeschwüre oder Parodontitis durch das Rauchen entstehen (Pamminger und Mayr 2022, Brath und Francesconi 2008, Popp et al. 2022, Schaller et al. 2020). Um diesen Risiken und möglichen Erkrankungen entgegen zu wirken, ist ein Rauchstopp zu jedem Zeitpunkt sinnvoll. Auch bei bereits erkrankten Raucherinnen und Rauchern zeigen sich positive Effekte. Beispielsweise konnte anhand eines einjährigen Rauchstopps bei rauchenden Patientinnen und Patienten, die einen Herzinfarkt erlitten, die kardiovaskuläre Mortalität halbiert werden (Biery et al. 2020).

Trotz der positiven Auswirkungen führen nur drei bis fünf Prozent der nicht-unterstützten Rauchstoppversuche zu einem erfolgreichen Rauchstopp. Hierbei fehlt es grundsätzlich an professioneller Unterstützung und zur Verfügung gestellter evidenzbasierter multimodaler Therapieansätze, die die Komplexität der rauchbedingten Suchterkrankung berücksichtigen. Demnach spielt neben der körperlichen nikotinbedingten Abhängigkeit auch die soziale Umgebung sowie die psychologische Abhängigkeit eine Rolle (Batra und Kunstmann 2021).

Eine stationäre Tabakentwöhnung sollte demnach nicht nur auf die Therapie der Nikotinabhängigkeit abzielen, sondern psychosoziale Faktoren des Rauchens berücksichtigen. Insbesondere im stationären Setting besteht die Möglichkeit für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die Patientinnen und Patienten ganzheitlich zu betreuen und somit nachhaltiger im Rahmen der Behandlung zu einem Rauchstopp zu motivieren (Lenzen-Schulte 2018). Im Zusammenhang mit der Behandlung der Tabakabhängigkeit im stationären Bereich ist auch der OPS-Kode 9-501 „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ von Bedeutung. Dieser sieht neben einer standardisierten Erfassung der Rauchanamnese und Zigarettenabhängigkeit, das Angebot von weiterführenden Maßnahmen wie Beratungs- und Motivationsgesprächen zur Beendigung des Tabakkonsums vor. Im Fokus steht auch eine dokumentierte Anmeldung der Patientinnen und Patienten in einem ambulanten Tabakentwöhnungsprogramm.

Zur Erreichung der genannten Vorgaben bestehen im stationären Setting noch weitreichende Verbesserungspotenziale bei Strukturen und Prozessen. Damit rauchenden Patientinnen und Patienten überhaupt eine stationäre Tabakentwöhnung angeboten und somit letztendlich eine Tabakabstinenz erzielt werden kann, bedarf es zunächst der Identifizierung der rauchenden Patientinnen und Patienten. Nach den „European Smoking Cessation Guidelines“ (ENSP) sollte hierzu die Befragung aller Patientinnen und Patienten zu ihrem Rauchstatus erfolgen, um daran anschließend entsprechende Maßnahmen einleiten zu können (ENSP 2012). Es zeigt sich daneben auch, dass Patientinnen und Patienten, die eine rauchspezifische Erkrankung aufweisen, häufig nicht zu einer Entwöhnung angeregt werden, obwohl ein Krankenhausaufenthalt eine besonders günstige Situation für ein Angebot und den Beginn einer Tabakentwöhnung darstellt (Lenzen-Schulte 2018, Rigotti et al. 2012). Aufgrund des akuten Krankheitslebens der Patientinnen und Patienten hat ein stationäres Entwöhnungsprogramm ein erhöhtes Potenzial, sich positiv auf die Ausstiegsmotivation auszuwirken (Rigotti et al. 2012, Andreas et al. 2018). Ebenso ermöglicht das stationäre Setting ein enges Verhältnis zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und den Patientinnen und Patienten, wodurch die Erkrankten gezielter zu einer Tabakentwöhnung motiviert und

aufgeklärt sowie ein Entwöhnungsprogramm initiiert werden kann (Rigotti et al. 2012). Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die stationäre Tabakentwöhnung nur wirksam ist, wenn die poststationäre Versorgung bereits dort organisiert wird (Rigotti et al. 2012). Auch weitere Untersuchungen zeigen, dass insbesondere eine transsektorale, im ambulanten Setting fortgeführte Tabakentwöhnung bzw. eine Nachbetreuung einen positiven Effekt auf die langfristige Tabakabstinenz hat (Rice et al. 2017).

3.4.2 Ziel der Qualitätsverträge

Ziele, die mit potenziellen Vereinbarungen in Qualitätsverträgen im Leistungsbereich „Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit“ angestrebt werden, finden sich in den Tragenden Gründen (G-BA 2022c). Hier wird die allgemeine Verbesserung der patientenbezogenen Gesundheit als übergeordnetes Ziel formuliert. Diese Verbesserung drückt sich insbesondere durch eine Verringerung der Morbidität, Mortalität sowie einer Steigerung der Lebensqualität aus. Ebenso soll die Patientenzufriedenheit positiv beeinflusst werden. Die Umsetzung einer Reduktion der Passivrauchbelastung soll auch zu einer Steigerung der Lebensqualität Dritter führen. Des Weiteren sollen stationäre Einrichtungen für die Thematik stationäre Tabakentwöhnung sensibilisiert werden, um durch Anforderungen an Strukturen (bspw. Fort- und Weiterbildung) und Prozesse (bspw. Frage nach dem Rauchstatus) die Voraussetzungen zu schaffen, die Tabakentwöhnung im stationären Setting anzustoßen und die Erfolgswahrscheinlichkeit der Tabakabstinenz durch professionelles Handeln zu unterstützen. Unter der stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit ist die Initiierung einer Tabakentwöhnung im stationären Setting gemeint, die, um nachhaltig zu sein, poststationär fortgeführt werden sollte. Insgesamt kann durch präventives Handeln auch eine nachhaltige Realisierung von Kostenersparnissen für das Gesundheitssystem ermöglicht werden.

3.4.3 Zielgruppe

Die adressierte Zielgruppe umfasst erwachsene Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Behandlung erhalten. In den weiteren Behandlungsprozess sind Patientinnen und Patienten einzuschließen, die einen positiven Rauchstatus aufweisen.

3.4.4 Mögliche Qualitätsanforderungen

Mithilfe der in Kapitel 2 beschriebenen Vorgehensweise wurden für den Leistungsbereich „Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit“ elf mögliche Qualitätsanforderungen herausgearbeitet, die sich in die sieben nachfolgenden Qualitätsaspekte zusammenfassen lassen. Abweichend von der methodischen Vorgehensweise wurden zwei konsensbasierte Leitlinienempfehlungen zur Schulung des Personals berücksichtigt (siehe Anhang E.4). Dies wird damit begründet, dass die interviewten Expertinnen und Experten explizit auf die Bedeutung von Schulungen im Zusammenhang mit der Behandlung der Tabakabhängigkeit hingewiesen haben.

- Schulung Personal
- Rauchverbot

- Erhebung des Rauchstatus (Screening)
- Patientenberatung zum Rauchstopp
- Poststationäre Tabakentwöhnung
- Verhaltenstherapie
- Pharmakologische Unterstützung

Nachfolgend werden strukturiert nach den Qualitätsaspekten die möglichen Qualitätsanforderungen beschrieben.

Schulung Personal

Tabelle 70: Mögliche Qualitätsanforderungen (Schulung Personal)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Schulung Personal	Behandlung der Tabakabhängigkeit durch geschultes Personal.

Besonders die Durchführung der Patientenberatung zum Rauchstopp, aber auch die weiteren Elemente wie das Angebot, die Durchführung und Begleitung von nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Therapien im Rahmen der **Behandlung der Tabakabhängigkeit** sind **durch geschultes Personal** durchzuführen. Untersuchungen zeigen insbesondere einen positiven Einfluss von Schulungen der Angehörigen der Gesundheitsberufe auf die Tabakabstinenz bei Patientinnen und Patienten (Carson et al. 2012). Geschultes Personal erzielt darüber hinaus eine höhere Anzahl an eingehaltenen und vereinbarten Terminen zur Nachverfolgung oder der Beratung der Raucherinnen und Raucher (Carson et al. 2012).

Die extrahierten Leitlinienempfehlungen enthielten keine konkreten Hinweise auf die Gestaltung und Umsetzung von Schulungen. Fortbildungsangebote des ärztlichen Personals durch das Curriculum der Bundes-Ärzte-Kammer (BÄK) zur Tabakentwöhnung stellen in der Umsetzung einer stationären Tabakentwöhnung nach Einschätzung der Expertinnen und Experten und stellungnehmender Organisationen eine Grundvoraussetzung für die Behandlung der Tabakabhängigkeit dar. Darüber hinaus können exemplarisch Programme wie „astra plus“, das bei Pflegefachkräften ansetzt oder „Das Rauchfrei Programm“, das unterschiedliche Berufsgruppen anspricht, genannt werden. Ersteres zielt auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz bei Pflegefachkräften ab, um die in dieser Gruppe hohe Prävalenz an Raucherinnen und Raucher zu adressieren. Weiterführend soll aber insbesondere die Rolle von Pflegefachkräften als Multiplikatoren angesprochen werden, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung bzw. bei den Patientinnen und Patienten zu senken. Insgesamt beinhalten Schulungen in diesem Bereich Themen wie die Verbreitung des Tabakkonsums, dessen Entstehung, gesundheitliche Folgen und Interventionsmöglichkeiten. Aber auch die Methoden zur Patientenansprache, partizipative Entscheidungsfindung, Diagnostik, zu möglichen therapeutischen Interventionen sowie zur Prävention werden vermittelt.

Rauchverbot

Tabelle 71: Mögliche Qualitätsanforderungen (Rauchverbot)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Rauchverbot	Umsetzung eines klinikweiten Rauchverbots zur Vermeidung von passiver Tabakrauchexposition.

Neben den aktiven Raucherinnen und Rauchern sind auch Nichtraucherinnen und Nichtraucher durch eine passive Tabakrauchexposition einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt (Frazer et al. 2016b). Diesbezüglich verweisen die Leitlinienempfehlungen auf die **Umsetzung eines klinikweiten Rauchverbots zur Vermeidung von passiver Tabakrauchexposition**, insbesondere im stationären Setting (DG-Sucht 2021). In der Literatur wird vor allem auf die daraus resultierenden positiven gesundheitlichen Effekte verwiesen. Ein Rauchverbot reduziert signifikant die Passivrauchbelastung und führt somit zu einer geringeren Mortalität durch rauchbedingte Krankheiten (Frazer et al. 2016a, Frazer et al. 2016b).

Die interviewten Expertinnen und Experten und eine stellungnehmende Organisation empfehlen ebenfalls die Einhaltung eines grundsätzlichen Rauchverbots in stationären Einrichtungen, um mögliche Anreize für die Fortführung des Tabakkonsums zu vermeiden. Orientierung in der Umsetzung bietet dabei das Konzept für „Rauchfreie Krankenhäuser“ des „Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK)“.

Erhebung des Rauchstatus (Screening)

Tabelle 72: Mögliche Qualitätsanforderungen (Erhebung des Rauchstatus (Screening))

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Erhebung des Rauchstatus (Screening)	Die Patientinnen und Patienten werden nach ihrem Rauchstatus befragt.
	Spezifizierung des Rauchstatus durch den Fagerströmtest im weiteren Verlauf bei Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus.

Die einmalige Erhebung des Rauchstatus bei stationärer Aufnahme oder im Rahmen einer präoperativen Vorbereitung stellt eine wichtige Kernfunktion zur Initiierung der Tabakentwöhnung dar. Hierbei sollen alle Patientinnen und Patienten nach ihrem Rauchstatus befragt werden. Bei einem positiven Ergebnis ist der Rauchstatus mittels Fagerströmtest vor oder nach dem Angebot einer Patientenberatung zum Rauchstopp weiter zu spezifizieren.

Das Screening dient primär der Identifikation der Rauchenden, weshalb grundsätzlich **alle Patientinnen und Patienten nach ihrem Rauchstatus befragt werden sollten**. Die Leitlinienempfehlungen fordern, dass eine Erhebung bei allen Patientinnen und Patienten nach ihrem Konsum von Tabak, E-Zigaretten oder verwandten Produkten nicht nur beim ersten Kontakt, sondern auch in regelmäßigen Abständen während des Behandlungsverlaufs erfolgen sollte (DG-Sucht 2021). Die Ergebnisse sind dabei im Rahmen der Patientendokumentation zu erfassen (DG-Sucht 2021).

Auch die Expertinnen und Experten bestätigen die Notwendigkeit der Erfassung des Rauchstatus bei grundsätzlich allen (erwachsenen) Patientinnen und Patienten. Auch sie regen an, dass die Erhebung sowie die Dokumentation des Rauchstatus ein fester Bestandteil der stationären Aufnahme sein sollten.

Liegt anhand der Befragung ein positiver Rauchstatus vor, sollten Patientinnen und Patienten mit Priorität zu einer Rauchstopppbehandlung animiert bzw. befragt werden. **Bei Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus wird dieser anschließend durch den Fagerströmtest (für Zigarettenabhängigkeit, FTZA) weiter spezifiziert.** Dies kann sowohl vor oder nach einem Angebot zur Patientenberatung zum Rauchstopp erfolgen. Anhand dieses Tests soll die Stärke der Zigarettenabhängigkeit eingeschätzt werden (DG-Sucht 2021).

Die Expertinnen und Experten bestätigen, dass, falls der Rauchstatus spezifiziert wird, der Fagerströmtest als standardisiertes Instrument in Deutschland soweit etabliert ist.

Patientenberatung zum Rauchstopp

Tabelle 73: Mögliche Qualitätsanforderungen (Patientenberatung zum Rauchstopp)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Patientenberatung zum Rauchstopp	Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus wird eine Patientenberatung zum Rauchstopp angeboten.
	Patientenberatung zum Rauchstopp: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung von weiteren nicht-pharmakologischen Maßnahmen ▪ Planung einer möglichen pharmakologischen Unterstützung
	Bereitstellung von Selbsthilfematerialien.

Wird ein positiver Rauchstatus identifiziert, so erhalten Patientinnen und Patienten, die einer Rauchstopppbehandlung zustimmen, ein Angebot für eine weiterführende Patientenberatung zum Rauchstopp. In dieser können nicht-pharmakologische Maßnahmen geplant, die Notwendigkeit einer pharmakologischen Unterstützung erörtert sowie Selbsthilfematerialien zum Rauchstopp bereitgestellt werden.

Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus sollte eine Patientenberatung zum Rauchstopp angeboten werden. Diese erfolgt in Form einer „Kurz“-Beratung und kann in der Routineversorgung durch entsprechend geschulte Angehörige der Gesundheitsberufe durchgeführt werden (DG-Sucht 2021). Auch tabakabhängigen Patientinnen und Patienten, die weitere Substanzabhängigkeiten aufweisen und die die Absicht haben, abstinent zu werden, ist eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums anzubieten. Allerdings sind hierbei die möglichen Zusammenhänge mit der Abhängigkeit zu den weiteren Substanzen zu berücksichtigen (DG-Sucht 2021). Des Weiteren wird in den Leitlinienempfehlungen das Angebot einer Beratung für

Frauen in der peri- und postmenopausalen Lebensphase zu Ängsten bezüglich einer Gewichtszunahme, Gewichtskontrolle und Stimmungsschwankungen bei der Entwöhnung hingewiesen (DG-Sucht 2021).

Stimmen Patientinnen und Patienten einer **Patientenberatung zum Rauchstopp** zu, sollten im Rahmen eines Gesprächs, basierend auf der Spezifizierung des Rauchstatus, **weiterführende Maßnahmen sowie die Notwendigkeit einer pharmakologischen Unterstützung erörtert und ggf. entsprechende Maßnahmen geplant werden**. Dazu soll bspw. bei Rauchenden mit einer geringen Änderungsbereitschaft die Behandlungsmethode „Motivational Interviewing“ angewandt werden. Motivational Interviewing (MI) ist eine Methode der Gesprächsführung, die darauf abzielt, Veränderungsbereitschaft und Motivation bei einer Person zu fördern, die möglicherweise ambivalent oder unsicher über eine Verhaltensänderung ist (DG-Sucht 2021). In der Patientenberatung werden Patientinnen und Patienten weiterführende Hilfsangebote wie flankierende Telefonberatung, Einzel- oder Gruppenbehandlungen aufgezeigt (DG-Sucht 2021). Ebenso soll den Patientinnen und Patienten ein Überblick über qualitätsgesicherte internetbasierte und mobile Selbsthilfeangebote gegeben werden (DG-Sucht 2021). Besteht bei Patientinnen und Patienten aufgrund der Tabakabhängigkeit der Bedarf pharmakologischer sowie verhaltenstherapeutischer Maßnahmen, sind entsprechende Therapieansätze individuell und patientenbezogen anzubieten (DG-Sucht 2021). Je nach Bedürfnis können sich Patientinnen und Patienten für das jeweils adäquate Angebot entscheiden. Bei rauchenden Schwangeren stehen im Rahmen der Rauchstoppberatung neben der persönlichen Gesundheit auch die Informationen zu möglichen Schädigungen bzw. gesundheitlichen Vorteilen des Rauchstopps in Bezug zum Gesundheitszustand des Kindes im Fokus sowie die fetale Überwachung (DG-Sucht 2021).

Die Expertinnen und Experten unterstreichen die Nützlichkeit einer Patientenberatung, wonach Patientinnen und Patienten für einen Rauchstopp motiviert und in der Umsetzung der angebotenen Maßnahmen bestärkt werden. Die Patientenberatung dient insbesondere dazu, Angebote zu weiteren Raustopp-Maßnahmen zu machen sowie die Planung und Koordination der weiteren Rauchstopp-Maßnahmen vorzunehmen.

Neben der Beratungsleistung wird zur Sicherstellung der Behandlung auch auf eine **Bereitstellung von qualitätsgesicherten Selbsthilfematerialien** verwiesen (DG-Sucht 2021). Die Wirkung von Selbsthilfematerialien im Vergleich diese nicht anzuwenden, wird nach Livingstone-Banks et al. (2019) als moderat beschrieben. Die Kombination mit anderen Maßnahmen wie bspw. der Patientenberatung zeigt hingegen keine Verbesserung durch ergänzende Selbsthilfematerialien. Darüber hinaus gibt es aber Hinweise, dass auf die Patientin bzw. den Patienten zugeschnittene Selbsthilfematerialien gegenüber standardisierten Materialien bessere Ergebnisse zur Tabakabstinz zeigen (Livingstone-Banks et al. 2019).

Die Expertinnen und Experten und eine stellungnehmende Organisation verweisen darauf, dass die Bereitstellung von Selbsthilfematerialien andere Maßnahmen ergänzen können. Die Materia-

lien sollten dabei konkrete Hinweise zur Umsetzung eines Rauchstopps beinhalten, einen Überblick über tabakassoziierte Erkrankungen geben und insbesondere mögliche Hilfsangebote und Kontaktstellen enthalten. Ergänzend dazu geben die Expertinnen und Experten an, dass eine Digitalisierung von Selbsthilfematerialien sowie auf spezifische Patientengruppen zugeschnittene Informationen und eine mehrsprachige Bereitstellung von Materialien sinnvoll sein kann. Exemplarisch werden die digitalen Selbsthilfematerialien des Rauchfrei-Programms der BZgA genannt.

Poststationäre Tabakentwöhnung

Tabelle 74: Mögliche Qualitätsanforderungen (Poststationäre Tabakentwöhnung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Poststationäre Tabakentwöhnung	Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung während des stationären Aufenthalts.

Damit die stationär begonnene Tabakentwöhnung poststationär fortgeführt wird, sollten Patientinnen und Patienten dazu ermutigt werden, sich zu **einer poststationären Tabakentwöhnung während des stationären Aufenthalts anzumelden**. Die Tabakentwöhnung soll stationär begonnen und durch ein entsprechendes ambulantes Tabakentwöhnungsprogramm (mindestens) einen Monat lang poststationär weiter unterstützt werden (DG-Sucht 2021).

Für die Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung verweisen Expertinnen und Experten und stellungnehmende Organisationen auf die Vorgaben des OPS-Code 9-501 „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“, wonach die Tabakentwöhnung stationär initiiert und im ambulanten Bereich anhand einer dokumentierten Anmeldung zu einem ambulanten, von den Krankenkassen anerkannten Tabakentwöhnungsprogramm, bei einer Rehabilitationseinrichtung oder anhand eines Internet- oder Telefonangebots fortgeführt wird. Demnach soll bereits eine im Krankenhaus dokumentierte Anmeldung zu einer dem stationären Aufenthalt nachgelagerten Tabakentwöhnung erfolgen. Obwohl die Leitlinienempfehlungen die Vermittlung einer poststationären Tabakentwöhnung für Patientinnen und Patienten hervorheben, die bereits eine tabakassoziierte Erkrankung haben, wird durch die Expertinnen und Experten eine solche Eingrenzung abgelehnt. Grundsätzlich sollten allen Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus, die eine Tabakabstinenz erreichen möchten, ein Angebot für eine Tabakentwöhnung erhalten.

Verhaltenstherapie

Tabelle 75: Mögliche Qualitätsanforderungen (Verhaltenstherapie)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Verhaltenstherapie	Angebot von verhaltenstherapeutischen Einzel- oder Gruppeninterventionen.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit sollten allen Patientinnen und Patienten angeboten werden, die einen Rauchstopp anstreben. Dabei umfasst das **Angebot verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppeninterventionen**. Je nach Bedarf sollen Patientinnen und Patienten abwägen können, ob sie an einer Einzel- oder Gruppenintervention teilnehmen (DG-Sucht 2021). Diesbezüglich wird hervorgehoben, dass verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen im Vergleich zur individuellen verhaltenstherapeutischen Einzelberatung nicht wirkungsvoller sind. Exemplarisch hierzu werden therapeutische Maßnahmen wie z. B. Verhaltensanalysen, kognitive Umstrukturierung, Selbstkontrolltechniken, Rollenspiele und Entspannungstechniken aufgeführt (DG-Sucht 2021). Die Anwendung von Aversions-therapien ist hingegen aufgrund potenzieller Risiken abzulehnen (DG-Sucht 2021). Ergänzend verweisen die Leitlinienempfehlungen auf Raucherinnen und Raucher mit einer bestehenden oder vorangegangenen Depression in der Anamnese. Für diese Patientengruppe ist in erster Linie eine auf eine mögliche depressive Symptomatik bezogene Behandlung mit verschiedenen Komponenten wie z. B. Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapien sowie Rückfalltraining notwendig (DG-Sucht 2021).

Auch die Expertinnen und Experten verweisen auf die Bedeutung unterschiedlicher verhaltenstherapeutischer Maßnahmen. Es sollte patientenindividuell entschieden werden, welche therapeutische Intervention sich zur Behandlung der Tabakabhängigkeit eignet. Insbesondere depressive Patientinnen und Patienten sollten entsprechend den Leitlinienempfehlungen eine auf die Symptomatik bezogene Behandlung erhalten. Des Weiteren wird auf die Vorgaben zu verhaltenstherapeutischen Maßnahmen im OPS-Kode 9-501 hingewiesen.

Pharmakologische Unterstützung

Tabelle 76: Mögliche Qualitätsanforderungen (Pharmakologische Unterstützung)

Qualitätsaspekt	mögliche Qualitätsanforderung
Pharmakologische Unterstützung	Angebot einer Nikotinersatztherapie.
	Angebot einer medikamentösen Therapie.

Neben den verhaltenstherapeutischen Maßnahmen ist das Angebot einer pharmakologischen Unterstützung Bestandteil der Tabakentwöhnung, die eine Nikotinersatztherapie (NET) oder eine Therapie mit Medikamenten umfassen kann.

Wird infolge des **Angebots einer NET** diese durchgeführt, sind unterschiedliche Darreichungsformen wie z. B. Nikotinkaugummi, Nikotininhaler, Nikotinspray o. ä. möglich. In der Regel wird die NET zunächst als Monotherapie angesetzt. Möglich ist auch ein Angebot einer Kombination unterschiedlicher Darreichungsformen (Kombinationstherapie) durch Pflaster, Kaugummi, Lutschtablette, Spray oder Inhalator (DG-Sucht 2021). Im Fall, dass Patientinnen und Patienten ihren Tabakkonsum reduzieren oder beenden wollen, diesen aber nicht aufgeben möchten oder können, sollte ebenfalls eine NET angeboten werden (DG-Sucht 2021).

Des Weiteren kann nach patientenindividuellem Bedarf auch ein **Angebot für eine** weiterführende **medikamentöse Therapie** erfolgen. Diese ist mit den Medikamenten Bupropion oder Vareniclin in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Therapien anzubieten (DG-Sucht 2021). Insgesamt verweisen die Leitlinienempfehlungen immer darauf, dass neben der medikamentösen Therapie auch immer nicht-medikamentöse Therapieansätze angeboten werden sollten. Für ältere Patientinnen und Patienten (älter als 50 Jahre) wird insgesamt auf eine grundsätzlich intensivere Behandlung hingewiesen, die sowohl verhaltenstherapeutische und pharmakologische Unterstützung, als auch eine detaillierte Aufklärung über mögliche Risiken sowie eine langfristige Begleitung umfassen können (DG-Sucht 2021).

Wird bei Patientinnen und Patienten eine starke Tabakabhängigkeit identifiziert, die sich bspw. in einem Tabakentzugssyndrom äußert, kann eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie angeboten werden (DG-Sucht 2021). Liegt bei Raucherinnen und Rauchern eine weitere Substanzabhängigkeit vor, kann eine sofortige pharmakologische Unterstützung angezeigt sein. Gleiches gilt für depressive Patientinnen und Patienten, wobei diese eine Kombinationsbehandlung aus NET und Vareniclin erhalten sollen (DG-Sucht 2021).

Die Expertinnen und Experten unterstreichen allgemein die Bedeutung der Anwendung einer NET sowie einer weiterführenden medikamentösen Therapie in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen. Bezüglich der medikamentösen Therapien wird darauf hingewiesen, dass ergänzend zu den Leitlinienempfehlungen neben Bupropion und Vareniclin auch Cytisin in der Praxis angewandt wird. Grund für die fehlende Nennung in der Leitlinie war die zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinien noch ausstehende Zulassung des Medikaments. Eine Nutzenbewertung der genannten Medikationen wird derzeit durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durchgeführt (IQWiG 2022). Dabei werden Bupropion, Cytisin, Vareniclin und Nikotin, auch in Kombination untereinander, im Vergleich zu keiner medikamentösen Therapie zur Tabakentwöhnung bewertet. Die Abgabe des Berichts zur Nutzenbewertung soll gemäß dem Auftrag des G-BA im vierten Quartal 2023 erfolgen.

3.4.5 Versorgungspfad

In Abbildung 7 ist basierend auf den im vorangehenden Abschnitt dargelegten möglichen Qualitätsanforderungen der entsprechende Versorgungspfad visualisiert.

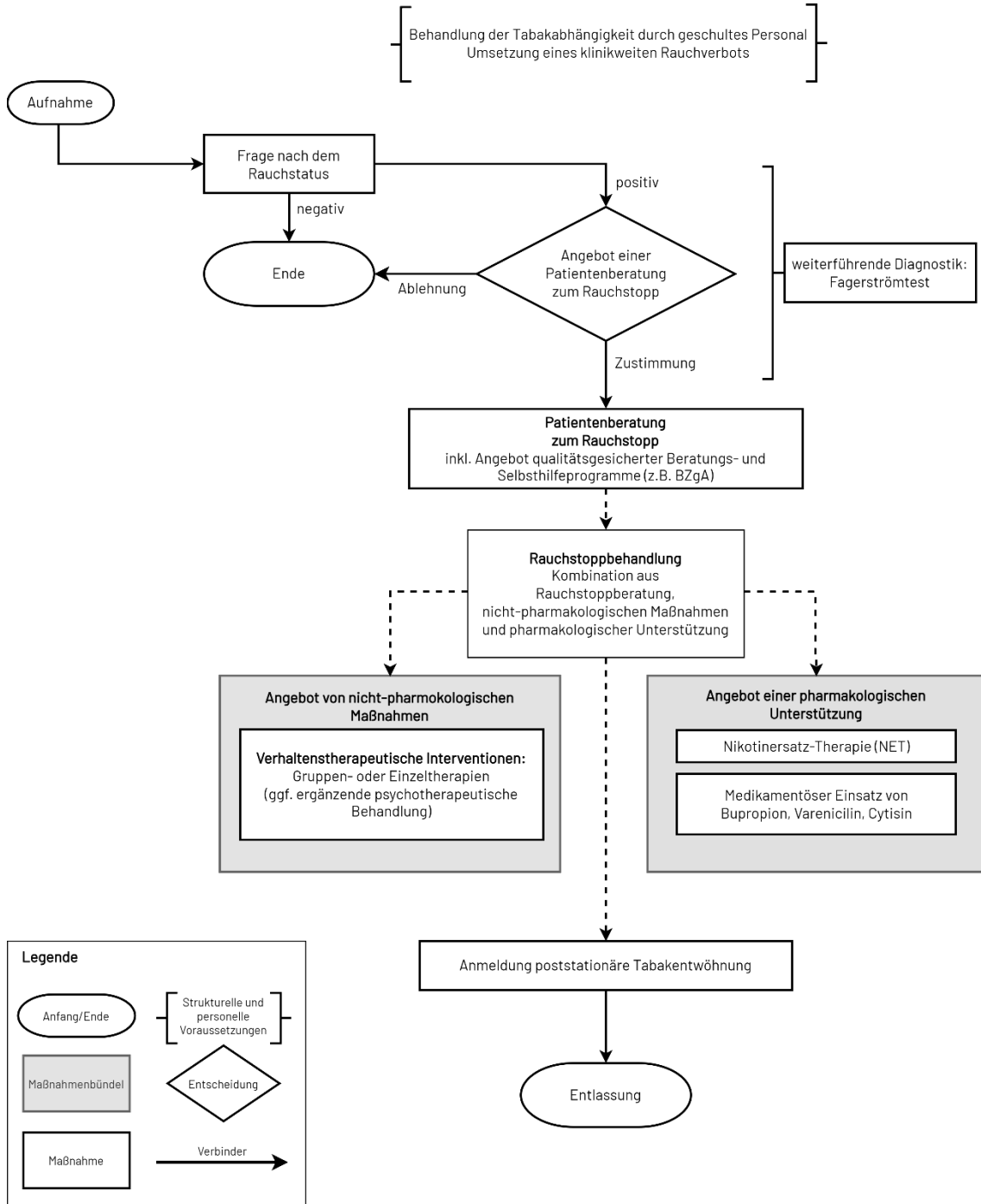


Abbildung 7: Versorgungspfad (Behandlung Tabakabhängigkeit)

3.4.6 Endpunkt

Die Leitlinienempfehlungen adressieren die Struktur- und Prozessqualität. Um darüber hinaus für die Patientinnen und Patienten unmittelbar relevante Merkmale der Ergebnisqualität zu identifizieren, wurden in einem ersten Schritt die Ergebnisse der Vorrecherche und später die weiteren Wissensbestände (siehe Abbildung 1) herangezogen. Ergänzend wurden auch die Einschätzungen der Expertinnen und Experten berücksichtigt. Hieraus ergeben sich nachfolgende patientenrelevante Endpunkte für den Leistungsbereich:

- Abstinenz

Abstinenz

Den wesentlichen Endpunkt bei der Erfolgsmessung der stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit stellt der Verzicht des Rauchens (Abstinenz) dar. Bei der Definition des Verzichts des Rauchens wird in der Literatur grundsätzlich zwischen Punktprävalenzen, also Nicht-Rauchen zu einem bestimmten Zeitpunkt und dem kontinuierlichen Verzicht (Nicht-Rauchen über einen bestimmten Zeitraum) unterschieden. Auch die Expertinnen und Experten verweisen bei der Ergebnisqualität auf die Tabakabstinenz, um die Wirksamkeit der erbrachten therapeutischen Maßnahmen zu erfassen.

Die Abstinenz lässt sich grundsätzlich über eine Selbstauskunft des Rauchstatus ggf. in Verbindung mit dem Datum des Beginns des Nicht-Rauchens ermitteln (Riemann und Gerber 2000, Livingstone-Banks et al. 2019). Darüber hinaus kann bei der Ermittlung des Raustatus eine biochemische Bestätigung des Verzichts auf das Rauchen mithilfe von Kohlenmonoxid-(CO)-Messungen eingesetzt werden. Diese quantifiziert die Auswirkungen des Rauchens und ermöglicht eine Analyse des aktuellen Tabakkonsums, wodurch unabhängig von den Aussagen der Raucherinnen und Raucher eine Abstinenz festgestellt werden kann. Die Bestimmung des Kohlenmonoxids (CO) im Körper kann sowohl durch die Analyse der Ausatemluft als auch des Blutes erfolgen, wobei die verbreitetste Methode die Bewertung der Tabakrauchbelastung durch eine CO-Messung der Ausatemluft ist (Benowitz et al. 2020). Gründe hierfür sind vor allem geringere Kosten sowie dass diese Messmethode weniger invasiv im Vergleich zu einer Blutentnahme ist. Die hieraus gewonnenen Messergebnisse werden jedoch durch verschiedene Faktoren beeinflusst. So sind die Messergebnisse durch körperliche Aktivität beeinflusst. Hierdurch kann die Halbwertszeit des CO durch Rauchen, die in der Regel bei rund vier Stunden liegt, auf bis zu zwei Stunden reduziert werden (Benowitz et al. 2020). Eine CO-Messung spiegelt somit grundsätzlich nur eine kurzfristige Momentaufnahme des Rauchstatus wider. Auch leichte bzw. gelegentliche Raucherinnen und Raucher weisen in der CO-Messung häufig einen Wert auf, der nicht auf einen positiven Rauchstatus schließen lässt (Benowitz et al. 2020). Des Weiteren gibt es bei der Interpretation der CO-Werte Spielraum in der Begründung der Ursachen. Es ist möglich, dass ein für Raucher typischer CO-Wert gemessen, dieser aber auf andere Faktoren, wie z. B. Luftverschmutzung oder Passivrauch, zurückzuführen ist (Andreas et al. 2015).

3.4.7 Empfohlene Evaluationskennziffern

In den beiden nachfolgenden Tabellen werden die vorangehend berichteten möglichen Qualitätsanforderungen (Tabelle 77) und der patientenrelevante Endpunkt (Tabelle 78) dargestellt und ausgewiesen, inwieweit hiervon entsprechende Evaluationskennziffern abgeleitet wurden. Begründungen sind aus dem Wissensbestand (siehe Abbildung 1) und den Ergebnissen der Interviews mit den Expertinnen und Experten abgeleitet.

Tabelle 77: Entwicklung von Evaluationskennziffern TA (mögliche Qualitätsanforderungen)

Mögliche Qualitätsanforderung	Entwicklung Evaluationskennziffer
Behandlung der Tabakabhängigkeit durch geschultes Personal.	Ja: Eval-KNZ TA-01
Umsetzung eines klinikweiten Rauchverbots zur Vermeidung von passiver Tabakrauchexposition.	Nein: Ein flächendeckendes Rauchverbot an Kliniken ist aufgrund der jeweilige Rauchverbotsregelung der Bundesländer (Rauchfrei.de 2023) bereits weitestgehend umgesetzt. Es besteht demnach kein Verbesserungspotenzial auf Ebene des Gesundheitssystems, weshalb von der Entwicklung einer Evaluationskennziffer abgesehen wird.
Die Patientinnen und Patienten werden nach ihrem Rauchstatus befragt.	Ja: Eval-KNZ TA-02
Spezifizierung des Rauchstatus durch den Fagerströmtest im weiteren Verlauf bei Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus.	Ja: Eval-KNZ TA-03
Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus wird eine Patientenberatung zum Rauchstopp angeboten.	Ja: Eval-KNZ TA-04
Patientenberatung zum Rauchstopp: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung von weiterführenden nicht-pharmakologischen Maßnahmen ▪ Planung einer möglichen pharmakologischen Unterstützung 	Ja: Eval-KNZ TA-05
Bereitstellung von Selbsthilfematerialien.	Ja: Eval-KNZ TA-05
Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung während des stationären Aufenthalts.	Ja: Eval-KNZ TA-06
Angebot von verhaltenstherapeutischen Einzel- oder Gruppeninterventionen.	Ja: Eval-KNZ TA-05
Angebot einer Nikotinersatztherapie.	Ja: Eval-KNZ TA-05
Angebot einer medikamentösen Therapie bei Indikation.	Nein: Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Indikation zu einer medikamentösen Therapie ist nach Einschätzung

Mögliche Qualitätsanforderung	Entwicklung Evaluationskennziffer
	der Expertinnen und Experten gering. Lediglich Patientinnen und Patienten mit schwerwiegendster Tabakabhängigkeit oder nicht ausreichender NET kommen für eine medikamentöse Therapie in Frage (DG-Sucht 2021). Aufgrund dessen und aufgrund einer momentan laufenden Nutzenbewertung der zur Verfügung stehenden Medikamente durch das IQWiG ¹² wird von der Entwicklung einer Evaluationskennziffer abgesehen.

Tabelle 78: Entwicklung von Evaluationskennziffern TA (Endpunkt)

Endpunkt	Entwicklung Evaluationskennziffer
Abstinenz	<p>Nein: Die Abbildung der Abstinenz hat einige Limitationen, die zu der Entscheidung geführt haben, für diese keine Evaluationskennziffer zu entwickeln, sondern als wesentliches Merkmal einer gelungenen stationären Tabakentwöhnung die Anmeldung der Patientin oder des Patienten zu einer weiterführenden poststationären Tabakentwöhnung anzusehen.</p> <p>In der Regel wird zur Abbildung der Abstinenz der aktuelle oder auch vergangene Rauchstatus erhoben (Thomas et al. 2017). Im Rahmen der stationären Tabakentwöhnung ist nach den Expertinnen und Experten der Rauchstatus bei der Entlassung in der Regel (immer noch) negativ. Daher eignet sich der Rauchstatus im Rahmen der stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit nicht als kurzfristiger Endpunkt. Eine längerfristige Erfassung des Rauchstatus müsste poststationär zusätzlich erfasst werden, da er sich nicht über andere Datenquellen wie Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst lässt. Bei einer poststationären Nachbefragung ergibt sich ein Verzerrungspotenzial durch sozial erwünschte Antworten durch die Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten (Döring und Bortz 2016, Riemann und Gerber 2000). Mit Blick auf die CO-Messung kann hingegen wie in Abschnitt 3.4.5 dargelegt, nur eine Abstinenz über einen kurzen Zeitraum nachgewiesen werden. Außerdem tritt das Erfordernis einer poststationär fortzuführenden Tabakentwöhnung ein, um eine langfristige Abstinenz zu erreichen (Rigotti et al. 2012). Damit wären die Ergebnisse eines nachgelagerten Rauchstatus insbesondere mit der poststationären Versorgung zu begründen und somit die Zuschreibbarkeit zum stationären Leistungserbringer und damit zu den Vereinbarungen des Qualitätsvertrags erheblich eingeschränkt.</p>

Tabelle 79 gibt einen Überblick zu den für diesen Leistungsbereich entwickelten Evaluationskennziffern. Die darauffolgenden Tabellen beschreiben die Evaluationskennziffern im Einzelnen. Hierbei wird sowohl das Ziel im Sinne einer Verbesserung der Versorgungsqualität als auch die Qualitätsdimension (Struktur, Prozess, Ergebnis) benannt und ferner, ob die Evaluationskennziffer einrichtungs- oder fallbezogen zu erfassen ist.

¹² <https://www.iqwig.de/projekte/a22-34.html> (abgerufen am: 20.04.2023).

Tabelle 79: Empfohlene Evaluationskennziffern TA (Übersicht)

Eval-KNZ	Evaluationskennziffer	Verweis
TA-01	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe	Tabelle 80
TA-02	Erfragen des Rauchstatus	Tabelle 81
TA-03	Rauchanamnese	Tabelle 82
TA-04	Angebot einer Patientenberatung	Tabelle 83
TA-05	Patientenberatung	Tabelle 84
TA-06	Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung	Tabelle 85

Tabelle 80: Evaluationskennziffer TA-01

Bezeichnung	Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe
Ziel	Die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind, haben eine Schulung zu Aspekten der Behandlung der Tabakabhängigkeit bzw. Tabakentwöhnung wie Verbreitung des Tabakkonsums, dessen Entstehung, gesundheitliche Folgen und Interventionsmöglichkeiten sowie Methoden zur Patientenansprache, partizipative Entscheidungsfindung, Diagnostik, zu möglichen therapeutischen Interventionen und zur Prävention erhalten.
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind und eine Schulung erhalten haben. ▪ Nenner: Angehörige der Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung der Zielgruppe betraut sind.
Anmerkung	In der weiterführenden Operationalisierung wird festgelegt, <ul style="list-style-type: none"> ▪ welche Angehörigen der Gesundheitsberufe einzubeziehen sind, ▪ welche Mindestanforderungen an Schulungsinhalte gestellt werden und ▪ inwieweit die Anteile einzelner Berufsgruppen ergänzend separat auszuweisen sind.

Tabelle 81: Evaluationskennziffer TA-02

Bezeichnung	Erfragen des Rauchstatus
Ziel	Die Patientinnen und Patienten der Zielgruppe werden nach Ihrem Rauchstatus gefragt.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen

Bezeichnung	Erfragen des Rauchstatus
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten der Zielgruppe, die nach dem Rauchstatus gefragt wurden. ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten der Zielgruppe.

Tabelle 82: Evaluationskennziffer TA-03

Bezeichnung	Rauchanamnese
Ziel	Bei Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus wird eine weiterführende Anamnese (mittels Fagerströmtest) durchgeführt. Dies kann vor oder nach dem Angebot einer Patientenberatung zum Rauchstopp erfolgen.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus, bei denen eine weiterführende Rauchanamnese (mittels Fagerströmtest) durchgeführt wurde. ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus unter Berücksichtigung, dass die Durchführung des Fagerströmtests vor oder nach einem Angebot einer Patientenberatung erfolgen kann.

Tabelle 83: Evaluationskennziffer TA-04

Bezeichnung	Angebot einer Patientenberatung
Ziel	Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus wird eine Patientenberatung zum Rauchstopp angeboten.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus, die ein Angebot zu einer Patientenberatung erhalten haben. ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten mit positivem Rauchstatus.

Tabelle 84: Evaluationskennziffer TA-05

Bezeichnung	Patientenberatung
Ziel	<p>Die Einrichtung verfügt über einen Standard (bspw. SOP, Checkliste) zur Patientenberatung, der mindestens nachfolgende leitlinienbasierte Aspekte beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung der weiterführenden poststationären Tabakentwöhnung ▪ Angebot einer pharmakologischen Unterstützung (NET und medikamentöse Therapie)

Bezeichnung	Patientenberatung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebot von verhaltenstherapeutischen Einzel- oder Gruppeninterventionen ▪ Zurverfügungstellung von Selbsthilfematerialien
Qualitätsdimension	Struktur
Erfassungsebene	einrichtungsbezogen
Berechnung	Angabe der Einrichtung, ob sie über einen entsprechenden Standard verfügt.

Tabelle 85: Evaluationskennziffer TA-06

Bezeichnung	Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung
Ziel	Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung begonnen haben, sind zu einer poststationären Tabakentwöhnung (von den Krankenkassen anerkanntes, ambulantes Tabakentwöhnungsprogramm, in einer Rehabilitationseinrichtung, im Rahmen eines Internet- oder Telefonangebots) angemeldet.
Qualitätsdimension	Prozess
Erfassungsebene	fallbezogen
Berechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zähler: Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung begonnen haben und zu denen die Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung dokumentiert wurde. ▪ Nenner: Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung begonnen haben.

3.4.8 Limitationen

Im Rahmen möglicher Limitationen aus Sicht der Evaluation ist zu beachten, dass im vorliegenden Leistungsbereich vor der Anwendung möglicher Maßnahmen aus der definierten Zielgruppe (siehe Abschnitt 3.4.3) erst die entsprechende Behandlungsgruppe identifiziert werden muss. In der Evaluation geschieht dies in der Nullwertmessung (Vorhergruppe) nach dem bisherigen Vorgehen in der Versorgung, in der Interventionsmessung (Nachher-Gruppe) unter Einfluss der Vereinbarungen des Qualitätsvertrags, hierbei also bspw. mittels systematischem Screening. Durch die unterschiedlichen Vorgehensweisen kann es zu Verzerrung beim Vorher-Nachher-Vergleich in der Evaluation aufgrund ungleicher Zusammensetzung der Vergleichsgruppen kommen (Selektionsbias). Diese können nur bedingt durch eine entsprechende Risikoadjustierung berücksichtigt werden.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass eine fachliche Einschränkung der Zielgruppe kaum begründbar ist, da Raucherinnen und Raucher in allen erwachsenen Patientinnen- und Patientengruppe zu finden sind und von einer Tabakentwöhnung profitieren können. Um die Umsetzbarkeit des Qualitätsvertrags, wozu auch die Dokumentationspflicht der in einem

Qualitätsvertrag definierte Zielgruppe insgesamt gehört, kann es auch Sicht des IQTIG sinnvoll sein, die in Abschnitt 3.4.3 sehr breit definierte Zielgruppe vertragsspezifisch einzuschränken.

Die der Evaluationskennziffer TA-05 zugrundeliegende mögliche Qualitätsanforderung bedeutet bestimmte Anforderungen an die Inhalte einer Patientenberatung zur Tabakentwöhnung, die bei jeder Patientin und jedem Patienten einzuhalten sind. Da eine fallbezogene Erfassung der Einhaltung der Anforderungen aufwendig erscheint und die Beurteilung der Erfüllung der Anforderungen Interpretationsspielräume durch die Dokumentierenden zulässt, werden unter Verweis auf die Praktikabilität und Objektivität der Messung (IQTIG 2022b: 129 ff.) die Anforderungen durch das Vorhandensein eines Standards in der Einrichtung einrichtungsbezogen erfasst. Die einrichtungsbezogene Erfassung geht im Vergleich zu einer fallbezogenen Erfassung mit einem Informationsverlust einher, da hierbei nur eine interne Vorgabe zur Umsetzung der Anforderungen, jedoch nicht die tatsächliche Umsetzung der Anforderungen erfasst werden.

Wie in Abschnitt 3.4.7 dargelegt, ist die Erfassung des wesentlichen Endpunkts im Sinne der Ergebnisqualität (Abstinenz bzw. Rauchstatus) nicht sinnvoll durchführbar. Daher bleibt die Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität beschränkt. Somit sind in der Evaluation keine Aussagen zu langfristigen Ergebnissen der stationären Behandlung der Tabakentwöhnung möglich. Wie ebenfalls dargelegt, wird als wesentliches Merkmal einer gelungenen stationären Tabakentwöhnung das Einschreiben der Patientin oder des Patienten in ein ambulantes Tabakentwöhnungsprogramm angesehen, da die stationäre Tabakentwöhnung nur wirksam ist, wenn die poststationäre Versorgung bereits dort organisiert wird (Rigotti et al. 2012).

3.5 Mögliche Wechselwirkungen

Zur Bewertung möglicher Wechselwirkungen mit anderen qualitätssichernden Maßnahmen wird angenommen, dass es mit Blick auf die Evaluation von Qualitätsverträgen nicht sinnvoll erscheint, diese für Leistungsbereiche und deren Zielgruppen vorzusehen, in denen gleichzeitig weitere qualitätssichernde Maßnahmen bestehen. Bezieht man sich auf die Begründungen im Krankenhausstrukturgesetz zur Einführung von Qualitätsverträgen „bieten sich daher [grundsätzlich] Leistungs- und Versorgungsthemen [...] an, [...] für die bisher keine weiteren Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ergriffen wurden“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015 2015: 88).

Wechselwirkungen bzw. Interaktionen sind in der Literatur aus der Perspektive unterschiedlicher Wissenschaftsbereiche beschrieben und charakterisiert. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich insbesondere auf Wasserman und Faust (1994).

Wechselwirkungen im Rahmen von Qualitätsverträgen werden verstanden als die Beeinflussungen von Komponenten von qualitätssichernden oder -fördernden Maßnahmen aufeinander. Hierbei können Wechselwirkungen nachfolgende Eigenschaften aufweisen:

- Richtung der Wechselwirkung: Eine Wechselwirkung zwischen zwei qualitätssichernden/-fördernden Maßnahmen kann unidirektional sein, wenn sie nur in eine Richtung verläuft oder bidirektional, wenn sie in beide Richtungen verläuft.
- Art der Wechselwirkung: Eine Wechselwirkung kann positiv sein, wenn sie dazu führt, dass eine Maßnahme die andere Maßnahme unterstützt oder verstärkt, oder negativ, wenn sie dazu führt, dass eine Maßnahme die andere schwächt oder hemmt.
- Stärke der Wechselwirkung: Die Stärke einer Wechselwirkung kann unterschiedlich sein und hängt davon ab, wie stark eine Maßnahme die andere beeinflusst.
- Dynamik der Wechselwirkung: Die Dynamik einer Wechselwirkung kann stabil oder instabil sein und sich im Laufe der Zeit verändern.
- Kontext der Wechselwirkung: Eine Wechselwirkung kann auch vom Kontext abhängen, in dem sie auftritt. Der Kontext kann sich auf die Umgebung oder auf andere qualitätssichernde/-fördernde Maßnahmen beziehen.

Bei der Einschätzung von Wechselwirkungen zwischen möglichen Anforderungen in Qualitätsverträgen und anderen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung wurden die aufgeführten Eigenschaften nicht systematisch untersucht. Sie bilden aber die Grundlage für die vorgenommenen Einschätzungen und für die Diskussion über mögliche Wechselwirkungen. Darüber hinaus muss darauf hingewiesen werden, dass eine Einschätzung dahingehend eingeschränkt bleibt, als es derzeit keine Kenntnisse über die künftigen konkreten Vereinbarungen zu Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen in den Leistungsbereichen gibt.

Zertifizierungen und Qualitätssiegel (alle Leistungsbereiche)

Zertifizierungen und Qualitätssiegel sind laut Aussage der Expertinnen und Experten in allen Leistungsbereichen zu finden. Allgemein lässt sich festhalten, dass krankheitsübergreifende und nicht-krankheitsspezifische Zertifikate und Qualitätssiegel wesentlich verbreiteter sind als krankheitsspezifische. Einige Zertifikate und Qualitätssiegel finden sich aber dennoch mit Bezug zu (chronischen) Schmerzen, während sich für die Themenfelder „Behandlung Tabakabhängigkeit“, „Mangelernährung“ und auch „Geburten“ grundsätzlich wenig bis keine Zertifikate und Qualitätssiegel finden, die das jeweilige Thema spezifisch adressieren. Grundsätzlich geben Zertifikate und Qualitätssiegel eher die Einhaltung von Struktur- und Prozessanforderungen vor als das Erreichen bestimmter Anforderungen zur Ergebnisqualität.

Da es in den am 21. Juli 2022 festgelegten Leistungsbereichen keine flächendeckende Verbreitung spezifischer Zertifikate und Qualitätssiegel gibt, sind in diesem Zusammenhang keine bedeutenden Wechselwirkungen zu erwarten. Dies wird im Rahmen der Einschätzungen durch die interviewten Expertinnen und Experten soweit bestätigt. Es ist jedoch möglich, dass Anforderungen mit Bezug zu Themen wie bspw. Ernährung oder die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit tabakassoziierten Erkrankungen Gegenstand inhaltlich breiterer Zertifikate und Qualitätssiegel, sind bspw. geriatrischer oder onkologischer.

OPS-Kodes zu Komplexbehandlungen (Mangelernährung, Multimodale Schmerztherapie, Behandlung Tabakabhängigkeit)

In drei Leistungsbereichen finden sich OPS-Kodes zu Komplexbehandlungen. Hierbei sind die OPS-Kodes 8-98j und 9-501 zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht erlösrelevant:

- Mangelernährung: Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Kode: 8-98j, Fallmenge im Jahr 2022: 2.377 (InEK 2023))
- Multimodale Schmerztherapie: Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Kode: 8-918, Fallmenge im Jahr 2022: 56.357 (InEK 2023))
- Behandlung Tabakabhängigkeit: Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung (OPS-Kode: 9-501, Fallmenge im Jahr 2022: 55 (InEK 2023))

Mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen kann konstatiert werden, dass, solange die entsprechenden OPS-Kodes nicht erlösrelevant sind, zunächst keine relevanten Wechselwirkungen zu erwarten sind, da lediglich ein Anreiz dazu besteht, die Komplexbehandlung zu kodieren, um die Bedeutung des OPS-Kodes zu stärken und hierdurch eine künftige Erlösrelevanz zu erreichen.

Sobald ein OPS-Kode erlösrelevant ist oder wird, besteht ein finanzieller Anreiz und eine Prüfung durch den MD ist möglich. Unter der Voraussetzung, dass die Anforderungen des OPS-Kodes in ihren Zielen und Inhalten den Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen entsprechen, wird in diesem Kontext von einer gegenseitigen Unterstützung ausgegangen, da ein „doppelter“ Anreiz entsteht. Bestehen allerdings (wesentliche) Unterschiede in den Anforderungen zwischen OPS-Kode und Qualitätsanforderungen, besteht die Möglichkeit, dass sich Anreizwirkungen zugunsten einer Seite verschieben oder sich sogar hemmen, falls sich die Anforderungen entgegenstehen.

KEDOQ-Initiative (Multimodale Schmerztherapie)

KEDOQ steht für „Kerndokumentation und Qualitätssicherung“ und ist eine Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., die sich an Einrichtungen richtet, die Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen versorgen. Ziel von KEDOQ ist die standardisierte Dokumentation von patientenbezogenen sowie diagnose- und therapie relevanten Informationen in der klinischen Praxis zu etablieren. Durch die Dokumentation sollen die Ergebnisse schmerztherapeutischer Maßnahmen systematisch erfasst und ausgewertet werden, um die Qualität der Schmerztherapie zu verbessern. Demnach sollen die Auswertungen für Prozesse des internen Qualitätsmanagements und zur externen Qualitätssicherung bspw. durch Benchmarking genutzt werden. Darüber hinaus ist die wissenschaftliche Nutzung Gegenstand von KEDOQ. Dies soll insgesamt dazu beitragen, die Wirksamkeit und Sicherheit schmerztherapeutischer Maßnahmen zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren. KEDOQ stellt hierzu den Einrichtungen einheitliche Instrumente und Formulare zur Verfügung, um eine standardisierte Dokumentation durchführen zu können. Die Daten werden in einer zentralen Datenbank erfasst und ausgewertet (Deutsche Schmerzgesellschaft 2019, Deutsche Schmerzgesellschaft [kein Datum]-b).

KEDOQ gibt den teilnehmenden Krankenhäusern in erster Linie Vorgaben zur standardisierten Dokumentation schmerztherapeutischer Maßnahmen. Die teilnehmenden Einrichtungen verpflichten sich, die von KEDOQ bereitgestellten Instrumente und Formulare zur Dokumentation der Schmerztherapie in der klinischen Praxis zu nutzen. Hierzu gehören bspw. standardisierte Patientenfragebögen und Formulare zur Erfassung von Schmerzintensität, Schmerzqualität und der Wirkung von schmerztherapeutischen Maßnahmen.

Durch die Vorgaben von KEDOQ können gegenseitige Wechselwirkungen mit Vereinbarungen in Qualitätsverträgen erwartet werden. Hierbei werden eher Ergänzungen vermutet, da sich nach Einschätzung des IQTIG die Vorgaben von KEDOQ und die möglichen Qualitätsanforderungen für Qualitätsverträge für den Leistungsbereich nicht entgegenstehen, sondern dieselben Ziele verfolgen und sich decken bzw. ergänzen. Insgesamt nehmen aktuell 16 Zentren an der KEDOQ-Initiative teil (Deutsche Schmerzgesellschaft [kein Datum]-a), weshalb der Umfang möglicher Wechselwirkungen hierauf beschränkt bleibt.

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (Geburten)

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) legt ein Stufenkonzept für die perinatalogische Versorgung in Krankenhäusern fest. Dabei werden verbindliche Mindestanforderungen für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen festgelegt. Hierbei handelt es sich unter anderem um Mindestanforderungen an die personelle und die technische Ausstattung der Einrichtungen. Darüber hinaus legt die Richtlinie Zuweisungskriterien von Schwangeren nach dem Risikoprofil der Schwangeren und des Kindes fest. Die Regelungen sollen insbesondere eine sichere Geburt für Kind und Mutter gewährleisten mit dem Ziel der Verringerung der Säuglingssterblichkeit und frühkindlich entstandener Behinderungen.

Die adressierte Zielgruppe für Qualitätsverträge bezieht sich auf geplante vaginale Geburten ohne zu erwartende Komplikationen von Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g, wobei Reifgeborene Neugeborene sind, die zwischen 37 + 0 und 41 + 6 Schwangerschaftswochen entbunden werden. Dadurch sind Wechselwirkungen mit der QFR-RL überhaupt nur dann zu erwarten, falls während des Geburtsverlaufs nicht zuvor erwartete Komplikationen auftreten bzw. die in Anlage 2 der QFR-RL aufgeführten Zuweisungskriterien eintreten. Obwohl der Regelungsbereich der QFR-RL grundsätzlich alle stationären Versorgungsbereiche der Geburtshilfe einschließt, sind Wechselwirkungen nur im Zusammenhang mit den spezifischen Regelungen der QFR-RL für die Zuweisung in eine andere Versorgungsstufe relevant. Wenn diese greifen, verlässt die Schwangere die Zielgruppe von Qualitätsverträgen und damit auch den Regelungsbereich der Vereinbarungen eines konkreten Qualitätsvertrags. Die Wechselwirkungen sind daher eher einseitig einzuschätzen und kommen lediglich an der Schnittstelle zu einer anderen Versorgungsstufe zum Tragen; handlungsrelevante Schnittmengen in den Regelungen sollten durch Qualitätsverträge nicht geschaffen werden.

QS-Verfahren zur Perinatalmedizin: Geburtshilfe (Geburten)

Seit dem Jahr 2001 gibt es in Deutschland ein bundeseinheitliches Qualitätssicherungsverfahren im Bereich der Geburtshilfe. Dabei werden alle Geburten in Krankenhäusern erfasst und verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität während und nach der Geburt mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abgebildet. Ziel ist es, eine adäquate medizinische Versorgung sowohl für die Mutter als auch für das Kind sicherzustellen. Zielsetzung und Auswertungen richten sich hierbei insbesondere an möglichen Risikokonstellationen wie Frühgeburten oder Geburtskomplikationen aus. Darüber hinaus enthält das QS-Verfahren auch Merkmale wie Müttersterblichkeit oder den Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen, die die Ergebnisqualität adressieren (IQTIG 2022c).

Während Qualitätsverträge im Leistungsbereich „Geburten/Entbindung“ risiko- und komplikationsarme Geburten zum Gegenstand haben, ist das QS-Verfahren zur Perinatalmedizin (Geburtshilfe) auf bestimmte Risikokonstellationen von Mutter und Kind und der Vermeidung weiterer Komplikationen ausgerichtet. Bspw. sollen schwangere Frauen, die eine Sectio erhalten, durch eine Antibiotikaphylaxe vor Infektionen geschützt werden. Demnach bilden die Messungen des QS-Verfahrens und die hierdurch implizierten Anforderungen an die Versorgung eine Ergänzung zu den möglichen Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen. Auch hier ist die Wechselwirkung als einseitig zu betrachten und die Anforderungen der Qualitätsverträge sowie Messungen zur Prozessqualität im Rahmen des QS-Verfahrens bilden ggf. Schnittpunkte; Schnittmengen sind hingegen unwahrscheinlich.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Seit dem Jahr 2017 gibt es die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V. Diese sollen qualitätsorientierte Entscheidungen in der Krankenhausplanung ermöglichen. Es handelt sich um elf Indikatoren, die vom G-BA aus den drei Fachgebieten Geburtshilfe, Gynäkologische Operationen und Mammachirurgie auf Vorschlag des IQTIG ausgewählt wurden. Hierin ist auch die Qualitätskennzahl „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (51803)“ enthalten, woran die Evaluationskennziffer GE-14 angelehnt wurde. Diese wird in der Evaluation der Qualitätsverträge zur Sicherstellung der Versorgungsqualität erfasst und verfolgt kein unmittelbares Qualitätsziel. Da demnach die Qualitätskennzahl bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eine andere Funktion erfüllt als in der Evaluation der Qualitätsverträge ist nicht von Wechselwirkungen auszugehen.

Kinder-Richtlinie (Geburten)

Zwischen der in Abschnitt 3.3.4 dargestellten möglichen Qualitätsanforderung zum Bonding werden Wechselwirkungen mit den Vorgaben zur U1 Untersuchung zur Kinder-Richtlinie eingeschätzt. Die Kinder-Richtlinie sieht die Untersuchung des Neugeborenen innerhalb der ersten

halben Stunde nach der Geburt vor. Dieser Zeitraum wird in den Leitlinienempfehlungen als besonderer und sensibler Zeitraum für die Mutter-Kind Bindung beschrieben, in dem u. a. der erste Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen Mutter und Kind hergestellt sowie ein erstes Anlegen erfolgen soll (Bonding) (DGGG/DGHWi 2020). Demnach stehen sich die beiden Anforderungen hinderlich gegenüber.

4 Empfehlungen zum Rahmen der Evaluation

In den nachfolgenden Abschnitten werden Empfehlungen zur Evaluation der Qualitätsverträge ausgesprochen, die aus den Anpassungen des gesetzlichen Rahmens im Zuge des GVWG sowie der Ausarbeitung der Teilevaluationskonzepte aber auch aus der Erfahrung der bisherigen Umsetzung der Evaluation der Qualitätsverträge hervorgehen. Ziel dieser Empfehlungen ist es, die verfahrenstechnischen und methodischen Rahmenbedingungen für die Evaluation insgesamt zu verbessern. Dies kann neben konkreten Empfehlungen auch zu entsprechenden Prüfaufträgen führen. Zunächst werden verfahrenstechnische und anschließend methodische Aspekte der Evaluation beleuchtet.

4.1 Verfahrenstechnische Empfehlungen

Das Rahmenkonzept zur Evaluation im bestehenden Evaluationskonzept (Kapitel 3) (IQTIG 2017) stellt die regulativen Rahmenbedingungen der Erprobung der Qualitätsverträge dar und schlussfolgert entsprechende Konsequenzen für die Evaluation der Qualitätsverträge. Darüber hinaus gibt das Rahmenkonzept Eckpunkte über die Durchführung der Evaluation vor, die in weiteren Berichten zu den Arbeitsergebnissen des IQTIG auf Grundlage der entsprechenden Arbeitspakete in der Beauftragung vom 21. Juni 2018 weiter ausgestaltet wurden. Hierbei sind folgende verfahrenstechnische Aspekte zu benennen:

- Prüfung der Projektpläne (Arbeitspaket B)
- Zentrale Registrierung der Verträge (Arbeitspaket C)
- Verfahrensbetreuung (Arbeitspaket D)
- Bewertungshinweise (Arbeitspaket F Nr. 1)
- Etablierung der Daten- und Berichtswege (Arbeitspaket E)
- Fachliche und technische Spezifikation (Arbeitspaket F Nr. 2)

Nachfolgend werden in Bezug zu den verfahrenstechnischen Vorgaben Empfehlungen ausgesprochen, die zum Ziel haben, sowohl den verfahrenstechnischen Ablauf zu optimieren.

Im Beschluss zur Umsetzung der Evaluation vom 21. Juni 2018 ist in Nr. I Buchstabe C (G-BA 2018) die **Veröffentlichung von Eckpunkten** zu den Qualitätsverträgen im geschützten Bereich auf der Website des IQTIG vorgesehen. Dies setzt das IQTIG seit 1. Juli 2019 entsprechend um. Mit dem Beschluss des G-BA über eine Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung einer **Übersicht geschlossener Qualitätsverträge** werden seit Dezember 2021 die inhaltlich identischen Informationen durch den G-BA vollständig auf seiner Website veröffentlicht (G-BA 2021). Diese stehen damit auch dem Personenkreis zur Verfügung, die für den geschützten Bereich auf der Website des IQTIG registriert sind. Daher empfiehlt das IQTIG, die Bereitstellung der inhaltsgleichen Übersicht im geschützten Bereich der Website des IQTIG einzustellen, um die hiermit zusammenhängenden zusätzlichen Bürokratiekosten, die sowohl dem IQTIG als auch den Vertragspartnern durch die Registrierung entstehen, zu vermeiden.

Bislang wählen die Vertragspartner darüber hinaus, ob sie die Evaluation in einer zentralen oder dezentralen Organisationsform durchführen möchten. In Abschnitt 3.3 des bestehenden Evaluationskonzepts sind die beiden **Organisationsalternativen** beschrieben. Hintergrund in diesem Zusammenhang war, dass die verfahrenstechnischen Aufgaben je nach Wahl entweder zentral vom IQTIG oder dezentral durch die Vertragspartner organisiert werden sollten. Die nach der Entwicklung des bestehenden Evaluationskonzepts geschaffene Rahmenvereinbarung sieht in § 7 Abs. 2 Satz 2 vor, dass die entsprechenden Daten für die „Evaluationskennziffern [...] von den Vertragspartnern verbindlich zu erheben und [...] zu übermitteln [sind].“ Aufgrund dieser Vorgabe ergibt sich aus Sicht des IQTIG lediglich noch ein Unterschied zwischen den beiden Organisationsalternativen: Die Auswertung der Evaluationskennziffern müsste in der dezentralen Organisationsform von den Vertragspartnern selbst übernommen werden und eine Übermittlung der hiermit zusammenhängenden Rückmeldeberichte durch das IQTIG würde entfallen. Da das IQTIG von Beginn an auch für Verträge dieser Organisationsform die entsprechende Auswertung und Rückmeldung der Ergebnisse übernommen hat, gibt es praktisch keinen Unterschied zwischen den Organisationsalternativen. Daher wird zur Verfahrensoptimierung die Aufhebung der Organisationsalternativen empfohlen. Infolge würde Abschnitt 3.3 des bestehenden Evaluationskonzepts seine Gültigkeit verlieren. Darüber hinaus wäre aus Sicht des IQTIG von den Rahmenvertragspartnern zu prüfen, ob entsprechende Passagen in der Rahmenvereinbarung zu streichen sind.

Die bisherigen Regelungen machen keine Aussage dazu, zu welchem Zeitpunkt die entsprechenden **Projektpläne** beim IQTIG einzureichen sind. Das bedeutet, dass das IQTIG zwar in den meisten Fällen bereits in der Anbahnungsphase von Qualitätsverträgen Kenntnis von Inhalten von Qualitätsverträgen über die Projektpläne erhält. In einigen Fällen werden Projektpläne aber auch erst kurz vor dem Vertragsschluss oder in Einzelfällen auch erst im Nachgang an das IQTIG übermittelt. In den letzten beiden Fällen kann das IQTIG seiner Aufgabe, die Mindestanforderungen an die Evaluation zu prüfen, zwar nachkommen, bei Beanstandungen sind die Handlungsmöglichkeiten aller Beteiligten aber in der Regel eingeschränkt. Falls Beanstandungen nicht mehr behoben werden können, kann dies in letzter Konsequenz auch dazu führen, dass insbesondere die Daten zur Bestimmung der Evaluationskennziffern nicht in die Auswertung eingeschlossen werden können. Daher empfiehlt das IQTIG den (Rahmen-)Vertragspartnern, die Übermittlung von Projektplänen frühzeitig vorzusehen und die Erstbegutachtungsfrist des IQTIG von vier Wochen zu berücksichtigen.

Im Zusammenhang der Erprobung der Qualitätsverträge in den am 21. Juli 2022 festgelegten Leistungsbereichen schlägt das IQTIG vor, den **evaluationsrelevanten Zeitraum** mit dem 1. Januar 2024 beginnen zu lassen. Zu diesem Zeitpunkt ist es grundsätzlich möglich, dass die entsprechenden Voraussetzungen für die Dokumentation durch die Vertragspartner geschaffen sind. Die Ausarbeitungen der Evaluationskennziffern in den in Kapitel 3 dargestellten Teilevaluationskonzepten zeigen darüber hinaus, dass eine Nachverfolgung der Patientin oder des Patienten nur im Leistungsbereich „Multimodale Schmerztherapie“ vorgesehen ist und voraussichtlich

drei Monaten betragen wird. Hieraus ergibt sich aus verfahrenstechnischen Gesichtspunkten ein voraussichtlicher evaluationsrelevanter Erprobungszeitraum von insgesamt 42 Monaten bis zum 30. Juni 2027. Zusammenfassend empfiehlt das IQTIG demnach den evaluationsrelevanten Erprobungszeitraum vom 1. Januar 2024 bis voraussichtlich 30. Juni 2027 festzulegen. Abweichungen bezüglich des Endes des evaluationsrelevanten Erprobungszeitraums würden abschließend mit der Spezifikation, die zum 21. Oktober 2023 vorgelegt wird, benannt werden. Darüber hinaus kann spezifiziert werden, dass grundsätzlich nur Qualitätsverträge in die Evaluation einzubeziehen sind, die eine Mindestlaufzeit von zwölf Monaten aufweisen, also eine jeweilige Zeitspanne von sechs Monaten sowohl für die Nullwert- als auch die Interventionsmessung bereitstellen.

4.2 Methodische Empfehlungen

Im Evaluationsplan (Stand: 25. Oktober 2021) ist neben dem Evaluationsgegenstand und den Erhebungsinstrumenten insbesondere das Vorgehen bei der Auswertung dargelegt. In diesem Zusammenhang werden nachfolgend Empfehlungen ausgesprochen, die die Auswertung zielführend gestalten und optimieren sollen.

Bislang sehen die leistungsbereichsspezifischen Auswertungen eine **Analysemethode** nach Vorbild von Metaanalysen vor, in der vor der Aggregation der Evaluationskennziffern eine Veränderung der Versorgungsqualität zunächst auf Vertragsebene ermittelt wird. Dies setzt entsprechende Fallzahlen auf Vertragsebene voraus. Um möglichen geringen Fallzahlen auf Vertragsebene zu begegnen und darüber hinaus methodische Einschränkungen von Beobachtungsstudien, die in der Regel nur Assoziationen beschreiben und keine Ursache-Folge-Wirkung (Kausalitäten) belegen können, Rechnung zu tragen, werden im weiteren Verlauf Auswertungsmethoden geprüft, die die bisher vorgesehene Analyse ergänzen sollen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Analysemethode der Interrupted Time Series (Shadish et al. 2002), ein quasi-experimentelles Verfahren der Zeitreihenanalyse, zu nennen. Bei einem positiven Prüfergebnis wäre eine Erweiterung des Evaluationsplans vorzunehmen.

Um den „Vergleich der Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit und ohne Vertrag“ gemäß § 136b Abs. 8 Satz 2 SGB V durchzuführen, erheben die Vertragspartner einrichtungs- und fallbezogene Informationen. Bislang wurde den Vertragspartnern hierbei die Wahl eingeräumt, die erforderlichen Daten für die Situation ohne Vertrag entweder in einer **Nullwertmessung**¹³ oder einer Vergleichsmessung¹⁴ zu erheben. Mit Blick auf mögliche weiterführende Analysemethoden ist eine Vereinheitlichung bzw. Anpassung anzustreben. Die ergänzende Analysemethode der Interrupted Time Series (siehe oben) würde eine Nullwertmessung mit *zeitlich nachgelagerter* Interventionsmessung im Kontrast zur Vergleichsmessung mit *gleichzeitiger* Interventionsmessung

¹³ Mindestens 6-monatige Erhebung von Daten im Vorfeld. In diesem Zeitraum finden die im Qualitätsvertrag vereinbarten Maßnahmen, Interventionen und Anreize noch keine Anwendung.

¹⁴ Parallele Erhebung von Daten, die (räumlich) getrennt erfolgt. In der Einrichtung, in der eine Vergleichsmessung vorgenommen wird, kommen die im Qualitätsvertrag vereinbarten Maßnahmen, Interventionen und Anreize nicht zur Anwendung.

voraussetzten (Shadish et al. 2002). Daher wird für künftig geschlossene Qualitätsverträge empfohlen, nur noch die Möglichkeit einer Nullwertmessung vorzusehen. Diese Anpassung ist nach Einschätzung des IQTIG mit Blick auf die bestehenden regulativen Vorgaben (SGB V, Rahmenvereinbarung) möglich. Eine Anpassung im bisherigen Evaluationskonzept ist infolgedessen nicht erforderlich, da hier explizit nur die Nullwertmessung Erwähnung findet. Andere Dokumente (bspw. Projektplan, Evaluationsplan) würden entsprechend angepasst. Darüber hinaus wird empfohlen, die Nullwertmessung weiter zu spezifizieren:

- Grundsätzlich ist die Nullwertmessung prospektiv durchzuführen, da die Einwilligung der Patientinnen und Patienten in die Datenverarbeitung einzuholen ist.
- Eine retrospektive Nullwertmessung ist nur dann möglich, wenn
 - die für die Evaluation vorgesehenen Daten bereits vorliegen und
 - die Einwilligung zur Datenverarbeitung von den Patientinnen und Patienten bzw. deren Betreuenden (bspw. in einem Gespräch) persönlich eingeholt werden kann.

Diese Voraussetzungen für eine retrospektive Nullwertmessung sollen Verzerrungen bei der Zusammensetzung der Vorher-Gruppe (Nullwertmessung) und der Nachher-Gruppe (Interventionsmessung) reduzieren. Denn es ist davon auszugehen, dass eine Einwilligung zur Verarbeitung retrospektiver Daten durch das Versenden eines Briefs ein anderes Entscheidungsverhalten hinsichtlich der Einwilligung zur Folge hat, als bei der sonst üblichen persönlichen Ansprache zur Einwilligung. Dies kann zu anteilsmäßig weniger zur Verfügung stehenden Datensätzen in einer retrospektiv erfassten Patientengruppe führen. Um diese Problematik generell zu lösen, kann aus Sicht des IQTIG nur eine (unter-)gesetzliche Regelung Abhilfe schaffen, die die Datenverarbeitung ohne eine Einwilligung zur Datenverarbeitung der Patientin oder des Patienten ermöglicht.

Wie im bestehenden Evaluationskonzept in Abschnitt 3.1 bereits festgestellt sind immer nur die Versicherten der an dem jeweiligen Qualitätsvertrag teilnehmenden Krankenkassen in die Evaluation einbezogen. Dies trifft sowohl für die Vorher-Gruppe (Nullwertmessung) als auch die Nachher-Gruppe (Interventionsmessung) zu und betrifft damit den in der Evaluation vorgesehenen Vorher-Nachher-Vergleich der Versorgungsqualität. Dies stellt die Evaluation insofern vor die Herausforderung, als bei Beitritten von Krankenkassen zu einem bestehenden Qualitätsvertrag im Rahmen einer **Beitrittsregelung** für das hinzukommende Versichertenkollektiv eine Nullwertmessung in der Regel nicht mehr durchführbar ist. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn sich die im Vertrag vereinbarten Interventionen bereits in der Umsetzung (Interventionsphase) befinden. Die Bildung der Vorher-Gruppe, auf die die Interventionen des Qualitätsvertrags nicht angewendet werden, ist für das Versichertenkollektiv der beitretenden Krankenkasse dann nicht mehr möglich. Infolge reduziert sich das Verhältnis der Fallzahlen der Vorher-Gruppe mit Blick auf das sich durch den Beitritt vergrößernde Versichertenkollektiv des Qualitätsvertrags. Darüber hinaus repräsentieren die Patientinnen und Patienten der Vorher-Gruppe durch das hinzukommende Versichertenkollektiv der beitretenden Krankenkassen möglicherweise nicht mehr das Versichertenkollektiv des Qualitätsvertrags insgesamt. Hierbei spielt mit Blick auf Merkmale wie Alter oder

Morbidität die Struktur der sich teilweise erheblich unterscheidenden Versichertenkollektive der einzelnen Krankenkassen (Hoffmann und Koller 2017) und die vertragsspezifische Zielgruppe eine Rolle. Welche verzerrenden Auswirkungen dies auf die Auswertungen in der Evaluation haben, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden.

5 Fazit und Ausblick

Der vorliegende Bericht ergänzt mit seinen Teilevaluationskonzepten das bestehende Evaluationskonzept gemäß Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inklusive Addendum vom 7. März 2018 um die am 21. Juli 2022 durch den G-BA festgelegten Leistungsbereiche. Damit werden die Leistungsbereiche in die Evaluation der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V integriert. Da das Instrument der Qualitätsverträge Qualitätsanforderungen der Struktur-, Prozess- und/oder Ergebnisqualität mit entsprechenden Anreizen verknüpfen soll, wurden *mögliche Qualitätsanforderungen* in den einzelnen Teilevaluationskonzepten dargelegt, um den Vertragspartnern Anknüpfungspunkte für die Ausgestaltung von Qualitätsverträgen zu geben. Die Teilevaluationskonzepte enthalten darüber hinaus die entwickelten Evaluationskennziffern, die für den jeweiligen Leistungsbereich die Versorgungsqualität abbilden und die für die im Evaluationsplan vorgesehenen Auswertungen herangezogen werden.

Die dargelegten Evaluationskennziffern werden im nächsten Schritt unter Berücksichtigung der Eignungskriterien des Messverfahrens (IQTIG 2022b: 128 ff.) weitergehend operationalisiert. Zusätzlich werden auch Bewertungskonzepte einschließlich der relevanten Einflussfaktoren für mögliche Risikoadjustierungen erarbeitet. Die fachliche und technische Spezifikation wird in diesem Zusammenhang zum 21. Oktober 2023 vorgelegt. Anschließend wird die Spezifikation in den bestehenden Systemen verfahrenstechnisch umgesetzt. In diesem Zusammenhang sind auch noch Anpassungen an der verfahrenstechnischen Ausgestaltung möglich, da im Rahmen des Berichts zur Spezifikation auch Hinweise auf bestehende Optimierungspotenziale vorgesehen sind.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass der Erfolg der Evaluation des Instruments der Qualitätsverträge von einem gelungenen Zusammenspiel der beteiligten Akteurinnen und Akteure zusammenhängt. Der Bericht enthält daher neben Empfehlungen, die das IQTIG umsetzen wird, auch Empfehlungen zu einer Verbesserung von Rahmenbedingungen, die die Evaluation teilweise erheblich beeinträchtigen und die durch das IQTIG nur bedingt zu beeinflussen sind. Insbesondere sind Beitritte von Krankenkassen zu bestehenden Verträgen zu benennen und Einschränkungen in der Datenerfassung durch die erforderliche Einwilligung von teilnehmenden Patientinnen und Patienten.

Glossar

Qualitätsmerkmal

Eigenschaft der Versorgung, die mit einer Anforderung bzw. Anforderungen verknüpft ist.

Qualitätsaspekt

Qualitätsaspekte stellen eine Strukturierung der Inhalte (Qualitätsmerkmale bzw. mögliche Qualitätsanforderungen) eines Themenbereichs dar.

Qualitätsanforderung

Qualitätsanforderungen sind basierend auf einem oder mehreren Qualitätsmerkmalen konkrete, begründete Anforderungen an die Versorgungspraxis (Struktur, Prozess, Ergebnis).

Literatur

- [Anonym] (2013): Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. *The Journal of Perinatal Education* 22(1): 14-18. DOI: 10.1891/1058-1243.22.1.14.
- [DEBRA Study] (2022a): Prävalenz aktueller Tabak-Raucher*innen nach Alterskategorie und Jahr der Datenerhebung. Stand: 12/2022. [Düsseldorf]: [Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin, Schwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie]. URL: https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2022/12/01_Praevalenz-aktueller-Tabak-Raucher_W06_2022.png (abgerufen am: 06.03.2023).
- [DEBRA Study] (2022b): Prävalenz aktueller Tabak-Raucher*innen nach Alterskategorien und Jahr der Datenerhebung. Stand: 12/2022. [Düsseldorf]: [Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin, Schwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie]. URL: https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2022/12/03_Praevalenz-aktueller-Tabakraucherinnen-nach-Alterskategorien-und-Jahr-der-Datenerhebung_W06_2022.png (abgerufen am: 20.02.2023).
- [DEBRA Study] (2022c): Prävalenz von Rauchstoppversuchen bei aktuellen Tabak-Raucher*innen und neuen Ex-Raucher*innen in Deutschland. Stand: 12/2022. [Düsseldorf]: [Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin, Schwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie]. URL: https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2022/12/02_Praevalenz-Rauchstoppversuche_W06_2022.png (abgerufen am: 20.02.2023).
- Albrecht, M; Bock, H; an der Heiden, I; Loos, S; Ochmann, R; Sander, M; et al. (2019): Stationäre Hebammenversorgung. [Stand:] September 2019. Berlin: IGES Institut. URL: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objjs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf (abgerufen am: 17.03.2023).
- Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums" [Langfassung]. Stand: 09.02.2015. Berlin [u. a.]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften] [u. a.]. URL: https://www.dnrfk.de/fileadmin/user_upload/website/dnrfk/OPS/Leitlinien_TE/S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 05.04.2023).
- Andreas, S; Jany, B; Hering, T; Rustler, C; Grah, C; Pfeifer, M (2018): OPS „Tabakentwöhnung“ im DRG-System – eine lohnende Perspektive für Patienten und Klinik. *Pneumologie* 72(2): 103-105. DOI: 10.1055/s-0044-101117.

- Anim-Somuah, M; Smyth, RM; Cyna, AM; Cuthbert, A (2018): Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.
- Apgar, V (1953): A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Anesthesia and Analgesia* 32(4): 260-267. URL: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Citation/1953/07000/A_Proposal_for_a_New_Method_of_Evaluation_of_the.6.aspx [Download > PDF] (abgerufen am: 24.03.2023).
- Avenell, A; Smith, TO; Curtain, JP; Mak, JCS; Myint, PK (2016): Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in older people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11). Art. No.: CD001880. DOI: 10.1002/14651858.CD001880.pub6.
- BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-007. Nationale VersorgungsLeitlinie: Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Langfassung. 2. Auflage. Berlin [u. a.]: BÄK [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000353.
- BÄK [Bundesärztekammer] (2022): BÄK-Curriculum. Ernährungsmedizinische Grundversorgung. Stand: 23.09.2022. Berlin: BÄK. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Ernaehrungsmed_Grundversorgung.pdf (abgerufen am: 05.04.2023).
- Baldwin, C; Kimber, KL; Gibbs, M; Weekes, CE (2016): Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). Art. No.: CD009840. DOI: 10.1002/14651858.CD009840.pub2.
- Baldwin, C; de van der Schueren, MAE; Kruijenga, HM; Weekes, CE (2021): Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). Art. No.: CD006886. DOI: 10.1002/14651858.CD002008.pub5.
- Batra, A; Kunstmann, W (2021): Ärztliche Tabakentwöhnung. Wirksamkeit und Potenziale. *Deutsches Ärzteblatt* 118(37): A1635-A1638; A4. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=221166> (abgerufen am: 24.02.2023).
- Bauer, JM; Wirth, R; Volkert, D; Werner, H; Sieber, CC (2008): Malnutrition, Sarkopenie und Kachexie im Alter – Von der Pathophysiologie zur Therapie. Ergebnisse eines internationalen Expertenmeetings der BANSS-Stiftung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 133(7): 305-310. DOI: 10.1055/s-2008-1046711.
- Benowitz, NL; Bernert, JT; Foulds, J; Hecht, SS; Jacob III, P; Jarvis, MJ; et al. (2020): Biochemical Verification of Tobacco Use and Abstinence: 2019 Update. *Nicotine & Tobacco Research* 22(7): 1086-1097. DOI: 10.1093/ntr/ntz132.

Betran, AP; Torloni, MR; Zhang, JJ; Gülmezoglu, AM (2016): WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG* 123(5): 667-670. DOI: 10.1111/1471-0528.13526.

BiB [Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung] ([kein Datum]-a): Fakten. Müttersterblichkeit. Wiesbaden: BiB. URL: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Glossar/M/Muettersterblichkeit.html?nn=1279832> (abgerufen am: 24.03.2023).

BiB [Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung] ([kein Datum]-b): Fakten. Müttersterblichkeit in Deutschland (1892-2020). Wiesbaden: BiB. URL: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S43-Muettersterblichkeit-ab-1892.html> (abgerufen am: 24.03.2023).

Bieber, C; Gschwendtner, K; Müller, N; Eich, W (2016): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 66(5): 195-207. DOI: 10.1055/s-0042-105277.

Biery, DW; Berman, AN; Singh, A; Divakaran, S; DeFilippis, EM; Collins, BL; et al. (2020): Association of Smoking Cessation and Survival Among Young Adults With Myocardial Infarction in the Partners YOUNG-MI Registry. *JAMA Network Open* 3(7): e209649. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9649.

BMBF [Bundesministerium für Bildung und Forschung] (2011): Aus der Forschung 2011. Natürliche Geburt in der Klinik – ganz ohne Arzt – Hebammenkreißsäle machen es möglich [Newsletter Nr. 52]. [Stand:] Juli 2011. Berlin: BMBF. URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/natuerliche-geburt-in-der-klinik-ganz-ohne-arzt-hebammenkreissale-machen-es-moeglich-2738.php> (abgerufen am: 24.03.2023).

Bobbert, T; Mai, K; Pschyrembel Redaktion (2022): Malnutrition. *Pschyrembel Online*.

Bogner, A; Menz, W (2009a): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisse, Wissensformen, Interaktion. Teil 1: Theoretische Konzepte. In: Bogner, A; Littig, B; Menz, W; Hrsg.: *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 61-98. ISBN: 978-3-531-16259-1.

Bogner, A; Menz, W (2009b): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In: Bogner, A; Littig, B; Menz, W; Hrsg.: *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 7-34. ISBN: 978-3-531-16259-1.

Bohren, MA; Hofmeyr, GJ; Sakala, C; Fukuzawa, RK; Cuthbert, A (2017): Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

Bortz, J; Döring, N (2016): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 5., überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-41089-5.

- Brath, H; Francesconi, C (2008): Lebensstilmaßnahmen bei Diabetes. *Journal für Hypertonie* 12(1): 23-27. URL: <https://www.kup.at/kup/pdf/6928.pdf> (abgerufen am: 05.04.2023).
- Brown, HC; Paranjothy, S; Dowswell, T; Thomas, J (2013): Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9). Art. No.: CD004907. DOI: 10.1002/14651858.CD004907.pub3.
- Bublak, R; Patzer, K-H (2022): Opioidreport 2022: Fentanyl wird zu häufig verordnet. *MMW – Fortschritte der Medizin* 164(14): 24–25. DOI: 10.1007/s15006-022-1295-z.
- Bucher, M (2017): Chronisches Schmerzsyndrom. *Pschyrembel Online*.
- Busse, JW; Craigie, S; Juurlink, DN; Buckley, DN; Wang, L; Couban, RJ; et al. (2017): The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain [Appendix 1 zu Busse, JW; Craigie, S; Juurlink, DN; Buckley, DN; Wang, L; Couban, RJ; et al. (2017): Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Canadian Medical Association Journal* 189(18): E659-E666. DOI: 10.1503/cmaj.170363]. Hamilton, CA-ON: NPC [National Pain Center]. URL: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2017/05/03/189.18.E659.DC1/170363-guide-1-at-updated.pdf> (abgerufen am: 31.10.2022).
- Busse, R; Eckhardt, H; Geraedts, M (2020): Vergütung und Qualität: Ziele, Anreizwirkungen, internationale Erfahrungen und Vorschläge für Deutschland. Teil I. Schwerpunktthema. Kapitel 11. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Wasem, J; Beivers, A: *Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*. Berlin: Springer, 205–230. DOI: 10.1007/978-3-662-60487-8_11.
- Carson, KV; Verbiest, MEA; Crone, MR; Brinn, MP; Esterman, AJ; Assendelft, WJJ; et al. (2012): Training health professionals in smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.
- Cella, D; Elizabeth, AH; Jensen, SE; Butt, Z; Nowinski, CJ; Rothrock, N; et al. (2015): Patient-Reported Outcomes in Performance Measurement. (RTI Press Book No. BK-0014-1509). Research Triangle Park, US-NC: RTI Press. DOI: 10.3768/rtipress.2015.bk.0014.1509.
- DDG [Deutsche Diabetes Gesellschaft]; DGGG-AGG [Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 057-008. S3-Leitlinie. Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge [Langfassung]. 2. Auflage. Überarbeitung von: 02/2018, Erstveröffentlichung: 06/2001. Berlin: DDG [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-008l_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).
- DDG [Deutsche Diabetes Gesellschaft] (2021): AWMF-Registernummer 057-023. S2e-Leitlinie. Diabetes in der Schwangerschaft [Langfassung]. 3. Auflage, Versionsnummer: 3.1. Überarbeitung von: 11/2021, Erstveröffentlichung: 04/2008. Berlin: DDG [u. a.]. URL:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-023I_S2e_Diabetes_und_Schwangerschaft_2022-01.pdf (abgerufen am: 13.09.2022).

Deckert, S; Sabatowski, R; Schmitt, J; Kaiser, U (2016): Klinische Studien zur multimodalen Schmerztherapie. Standardisierte Therapieeffektmessung mit einem „Core Outcome Set“. *Der Schmerz* 30(6): 537-548. DOI: 10.1007/s00482-016-0123-8.

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2021a): Presse. 18 % mehr Krankenhausfälle wegen raucherspezifischer Erkrankungen binnen zehn Jahren. Pressemitteilung Nr. N 036 vom 28. Mai 2021. [Stand:] 28.05.2021. Wiesbaden: Destatis. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/05/PD21_N036_23.html (abgerufen am: 17.02.2023).

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2021b): Presse. Jede dritte Krankenhausentbindung im Jahr 2019 per Kaiserschnitt. Pressemitteilung Nr. N 018 vom 15. März 2021. [Stand:] 15.03.2021. Wiesbaden: Destatis. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_N018_231.html (abgerufen am: 11.04.2023).

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2022a): Geburten. Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr. Stand: 04.08.2022. Wiesbaden: Destatis. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html> (abgerufen am: 02.03.2023).

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2022b): Geburten. Daten zum durchschnittlichen Alter der Eltern bei Geburt nach der Geburtenfolge für 1. Kind, 2. Kind, 3. Kind der Mutter und insgesamt 2021. Stand: 03.08.2022. Wiesbaden: Destatis. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-eltern-biologischesalter.html> (abgerufen am: 28.03.2023).

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2023a): Presse. Fast ein Drittel aller Geburten im Jahr 2021 durch Kaiserschnitt. Pressemitteilung Nr. N 009 vom 15. Februar 2023. [Stand:] 15.02.2023. Wiesbaden: Destatis. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_N009_231.html (abgerufen am: 24.03.2023).

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2023b): Sterbefälle und Lebenserwartung. Säuglingssterblichkeit. [Stand:] 03.07.2023. Wiesbaden: Destatis. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/saeglingssterblichkeit.html> (abgerufen am: 10.07.2023).

Destatis [Statistisches Bundesamt] ([kein Datum]): Bevölkerung. Geburten. Wiesbaden: Destatis. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html (abgerufen am: 24.03.2023).

Deutsche Schmerzgesellschaft (2019): KEDOQ-Schmerz. © 2019. Berlin: Deutsche Schmerzgesellschaft. URL: <https://www.schmerzgesellschaft.de/hilfseiten/kedoq> (abgerufen am: 17.03.2023).

Deutsche Schmerzgesellschaft ([kein Datum]-a): Aktive Zentren. Berlin: Deutsche Schmerzgesellschaft. URL: https://kedoq-schmerz.de/download/zen_aktiv/ (abgerufen am: 17.03.2023).

Deutsche Schmerzgesellschaft ([kein Datum]-b): Herzlich willkommen bei KEDOQ-Schmerz! [Kleinmachnow]: KEDOQ-Schmerz, ein Projekt der Deutschen Schmerzgesellschaft. URL: <https://www.kedoq-schmerz.de/> (abgerufen am: 17.03.2023).

Deutsche Schmerzgesellschaft ([kein Datum]-c): Schmerz – Zahlen und Fakten. [Berlin]: Deutsche Schmerzgesellschaft. URL: <https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/pdf/Aktionstag-Zahlen-Fakten.pdf> (abgerufen am: 24.03.2023).

Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode (2015): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). [Stand:] 30.06.2015. Berlin: Deutscher Bundestag. Drucksache 18/5372. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/053/1805372.pdf> (abgerufen am: 06.03.2023).

Devane, D; Lalor, JG; Daly, S; McGuire, W; Cuthbert, A; Smith, V (2017): Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Art. No.: CD005122. DOI: 10.1002/14651858.CD005122.pub5.

DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2021): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie. "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung". Langversion [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.1. Überarbeitung von: 01/2021, Erstveröffentlichung: 10/2004. Berlin [u. a.]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf (abgerufen am: 10.08.2022).

DGE [Deutschen Gesellschaft für Ernährung]; Hrsg. (2019): 14. DGE-Ernährungsbericht – Vorveröffentlichung Kapitel 2. Korrigierte Version (Erratum). Bonn: DGE. URL: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/wissenschaft/ernaehrungsberichte/14eb/14-DGE-EB-Vorveroeffentlichung-Kapitel2.pdf> (abgerufen am: 05.04.2023).

DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; DGHWi [Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft] (2020): AWMF-Registernummer 015-083. S3-Leitlinie. Vaginale Geburt am Termin. Langfassung. Erstveröffentlichung: 12/2020, Versions-Nummer: 1.1. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).

DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; OEGGG [Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; SGGG [Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie

- und Geburtshilfe] (2020): AWMF-Registernummer 015-084. S3-Leitlinie: Sectio caesarea [Langfassung]. Stand: Juni 2020. Berlin: DGGG. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (abgerufen am: 28.02.2023).
- Dietl, M; Korczak, D (2011): Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung. (Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 111). Köln: DAHTA [Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information]. DOI: 10.3205/hta000094L.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Verbund Hebammenforschung; Hrsg. (2014): Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. [Stand:] Dezember 2014. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-042634-6.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Juni 2020. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-065787-0.
- Donabedian, A (1968): Promoting Quality through Evaluation the Process of Patient Care. *Medical Care* VI(3): 181-202.
- Döring, N; Bortz, J (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer. ISBN: 978-3-642-41088-8.
- Dworkin, RH; Turk, DC; Wyrwich, KW; Beaton, D; Cleeland, CS; Farrar, JT; et al. (2008): Interpreting the Clinical Importance of Treatment Outcomes in Chronic Pain Clinical Trials: IMMPACT Recommendations. *The Journal of Pain* 9(2): 105-121. DOI: 10.1016/j.jpain.2007.09.005.
- Elke, G; Hartl, WH; Kreyman, G; Adolph, M; Felbinger, TW; Graf, T; et al. (2018): DGEM-Leitlinie: „Klinische Ernährung in der Intensivmedizin“. S2k-Leitlinie (AWMF-Registernummer 073-004) der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) sowie den Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG). *Aktuelle Ernährungsmedizin* 43(05): 341-408. DOI: 10.1055/a-0713-8179.
- Ensenauer, R; Flothkötter; Gembruch, U; Groten, T; Hennike, J; Köhrle, J; et al. (2019): AWMF-Registernummer 015-081. S3-Leitlinie. Adipositas und Schwangerschaft [Langfassung]. Version 1.2. Stand: Juni 2019. Berlin: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]

- [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-081l_S3_Adipositas-Schwangerschaft_2020_06.pdf (abgerufen am: 13.09.2022).
- ENSP [European Network for Smoking and Tobacco Prevention] (2012): European Smoking Cessation Guidelines. [Stand:] October 2012. Brussels, BE: ENSP. ISBN: 978-2-9600708-1-1. URL: https://ensp.network/wp-content/uploads/2021/01/ENSP-ESCG_FINAL.pdf (abgerufen am: 24.02.2023).
- Fernando, RJ; Sultan, AH; Freeman, RM; Williams, AA; Adams, EJ (2015): Green-top Guideline No. 29. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears [Full Guideline]. third edition. [Stand:] June 2015. London, GB: RCOG [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists]. URL: <https://www.rcog.org.uk/media/5jeb5hzu/gtg-29.pdf> (abgerufen am: 24.03.2023).
- Fisher, E; Law, E; Dudeney, J; Eccleston, C; Palermo, TM (2019): Psychological therapies (remotely delivered) for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). Art. No.: CD011118. DOI: 10.1002/14651858.CD011118.pub3.
- Frazer, K; McHugh, J; Callinan, JE; Kelleher, C (2016a): Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). Art. No.: CD011856. DOI: 10.1002/14651858.CD011856.pub2.
- Frazer, K; Callinan, JE; McHugh, J; van Baarsel, S; Clarke, A; Doherty, K; et al. (2016b): Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). Art. No.: CD005992. DOI: 10.1002/14651858.CD005992.pub3.
- Froud, R; Patterson, S; Eldridge, S; Seale, C; Pincus, T; Rajendran, D; et al. (2014): A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskeletal Disorders* 15:50. DOI: 10.1186/1471-2474-15-50.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. BAnz AT 08.06.2017 B4. [Stand:] 18.05.2017. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2960/2017-05-18_Qualitaetsvertraege-Festlegung-Leistungsbereiche_BAnz.pdf (abgerufen am: 25.09.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V. [Stand:] 21.06.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3377/2018-06-21_IQTIG-Beauftragung-Evaluation%20Qualitaetsvertraege.pdf (abgerufen am: 25.09.2018).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung einer Übersicht geschlossener Qualitätsverträge. [Stand:] 19.11.2021. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5659/2021-11-19_IQTIG-Beauftragung_Erstellung-Uebersicht-geschlossene-Qualitaetsvertraege.pdf (abgerufen am: 20.04.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V. [Stand:] 21.07.2022. Berlin: G-BA. BAnz AT 10.08.2022 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5554/2022-07-21_Qualitaetsvertraege_weitere-Leistungsbereiche_BAnz.pdf (abgerufen am: 11.10.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. [Stand:] 21.07.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5549/2022-07-21_IQTIG-Beauftragung_Erweiterung-Evaluationskonzept-Versorgungsqualitaet.pdf (abgerufen am: 06.03.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022c): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V. [Stand:] 21.07.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8792/2022-07-21_Qualitaetsvertraege_weitere-Leistungsbereiche_TrG.pdf (abgerufen am: 06.03.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([kein Datum]): PASTA – Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten. Berlin: G-BA. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/pasta-patientenbriefe-nach-stationaeren-aufenthalten.113> (abgerufen am: 23.03.2023).
- gesundheitsinformation.de (2022): Periduralanästhesie (PDA) und andere Medikamente gegen Geburtsschmerzen. Aktualisiert am 21.09.2022. Köln: IQWiG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen]. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/peri-duralanaesthesie-pda-und-andere-medikamente-gegen-geburtsschmerzen.html> (abgerufen am: 24.03.2023).
- gesundheitsziele.de [Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses] (2017): Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Stand: Januar 2017. Berlin: BMG [Bundesministerium für Gesundheit]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf (abgerufen am: 02.03.2023).

- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2018): Vereinbarung über die verbindlichen Rahmenvorgaben nach § 110a Abs. 2 SGB V für den Inhalt der Qualitätsverträge nach § 110a Abs. 1 SGB V (Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung). [Stand:] 16.07.2018. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/qualitaetsvertraege/Rahmenvereinbarung_fuer_Qualitaetsvertraege_in_der_stationaeren_Versorgung_16.07.2018.pdf (abgerufen am: 07.06.2021).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 9. Änderungsvereinbarung vom 07.12.2022 [Lesefassung]. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 11.04.2023).
- Glaeske, G; Hrsg. (2022): Opioidreport 2022. [Stand:] März 2022. Bremen: Universität Bremen, SOCIUM [Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik]. URL: https://www.hkk.de/fileadmin/dateien/allgemeines_uebergeordnet/reports/gesundheitsreports/2022_hkk_gesundheitsreport_opioide_web.pdf (abgerufen am: 13.03.2023).
- Goerke, K (2022): Amniotomie. *Pschyrembel Online*.
- Graen, L; Schaller, K; Helbig, U; Kotz, D; Kreider, C; Mons, U; et al. (2021): Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040. Heidelberg: DKFZ [Deutsches Krebsforschungszentrum]. URL: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/Buecher_und_Berichte/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040.pdf (abgerufen am: 24.02.2023).
- Gupta, JK; Sood, A; Hofmeyr, GJ; Vogel, JP (2017): Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
- Hadi, MA; McHugh, GA; Closs, SJ (2019): Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *Journal of Patient Experience* 6(2): 133-141. DOI: 10.1177/2374373518786013.
- Hartmann, C; Rose, M; Weichert, A; Weisshaupt, K (2022): The ICHOM Standard Set for Pregnancy and Childbirth – Translation and Linguistic Adaptation for Germany. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 82(7): 747-754. DOI: 10.1055/a-1666-0429.
- Harvey, M-A; Pierce, M (2015): Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 37(12): 1131-1148. DOI: 10.1016/s1701-2163(16)30081-0.

- Häuser, W; Schmutzer, G; Hinz, A; Hilbert, A; Brähler, E (2013): Prävalenz chronischer Schmerzen in Deutschland. *Der Schmerz* 27(1): 46-55. DOI: 10.1007/s00482-012-1280-z.
- Häuser, W; Schmutzer, G; Henningsen, P; Brähler, E (2014): Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Der Schmerz* 28(5): 483-492. DOI: 10.1007/s00482-014-1438-y.
- Hayden, JA; van Tulder, MW; Malmivaara, A; Koes, BW (2005): Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). Art. No.: CD000335. DOI: 10.1002/14651858.CD000335.pub2.
- Head and Neck Guideline Steering Committee (2021): Evidence-based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer. Latest revision: 20.05.2021. Sydney, AU-NSW: COSA [Clinical Oncological Society of Australia]. URL: <https://wiki.cancer.org.au/australiawiki/index.php?oldid=215353> (abgerufen am: 08.08.2022).
- Heller, G (2022): Ist-Analyse geburtshilflicher Versorgungsstrukturen [Präsentation auf der 40. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung]. [Stand:] 03.11.2022. IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen]. [unveröffentlicht].
- Hertle, D; Schindele, E; Hauffe, U (2021): Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung. In: Repschläger, U; Schulte, C; Osterkamp, N; Hrsg.: *Gesundheitswesen aktuell 2021. Beiträge und Analysen*. Berlin: bifg [Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung], 220-249. DOI: 10.30433/GWA2021-220.
- Hoffmann, F; Koller, D (2017): Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. *Das Gesundheitswesen* 79: e1-e9. DOI: 10.1055/s-0035-1564074.
- Hollins Martin, CJ; Martin, CR (2014): Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery* 30(6): 610-619. DOI: 10.1016/j.midw.2013.10.006.
- Hurley, M; Dickson, K; Hallett, R; Grant, R; Hauari, H; Walsh, N; et al. (2018): Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). Art. No.: CD010842. DOI: 10.1002/14651858.CD010842.pub2.
- InEK [Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus] (2023): InEK DatenBrowser. Siegburg: InEK. URL: <https://www.g-drug.de/datenlieferung-gem.-21-khentgg/inek-datenbrowser> (abgerufen am: 22.08.2023).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Evaluationskonzept zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Abschlussbericht. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/2018-08-17_IQTIG_Evaluationskonzept-Qualitaetsvertraege_Abschlussbericht-mit-Addendum.pdf (abgerufen am: 29.06.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Funktion, Eigenschaften und Veröffentlichung von Kennzahlen. Das Kennzahlkonzept des IQTIG. Stand: 20.05.2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barriere_frei.pdf (abgerufen am: 06.03.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c): Perinatalmedizin: Geburtshilfe. Erfassungsjahr 2021. Bundesauswertung. Veröffentlichungsdatum: 30.06.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2021/pmgebh/DeQS_PM-GEBH_2021_BUAW_V01_2022-06-30.pdf (abgerufen am: 02.03.2023).
- IQWiG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] (2022): Nutzenbewertung von Bupropion, Cytisin, Nicotin und Vareniclin zur Tabakentwöhnung bei schwerer Tabakabhängigkeit. Stand: 24.08.2022. Köln: IQWiG. Projektnummer: A22-34. URL: https://www.iqwig.de/download/a22-34_tabakentwoehnung-bei-schwerer-tabak-abhaengigkeit_berichtsplan_v1-0.pdf (abgerufen am: 05.04.2023).
- Jiang, H; Qian, X; Carroli, G; Garner, P (2017): Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
- Kaiser, U; Kopkow, C; Deckert, S; Neustadt, K; Jacobi, L; Cameron, P; et al. (2018): Developing a core outcome domain set to assessing effectiveness of interdisciplinary multimodal pain therapy: the VAPAIN consensus statement on core outcome domains. *Pain* 159(4): 673-683. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001129.
- Kamper, SJ; Apeldoorn, AT; Chiarotto, A; Smeets, RJ; Ostelo, RW; Guzman, J; et al. (2014): Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9). Art. No.: CD000963. DOI: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.
- Keriakos, R; Gopinath, D (2015): Obstetric anal sphincter injuries. *Journal of Acute Disease* 4(4): 259-265. DOI: 10.1016/j.joad.2015.04.014.
- Kibuka, M; Thornton, JG (2017): Aufrechte oder liegende Position in der späten Phase der Entbindung bei Frauen mit PDA zur Schmerzlinderung. Veröffentlicht: 23.02.2017. Cochrane Kompakt. URL: https://www.cochrane.org/de/CD008070/PREG_aufrechte-oder-liegende-posi

tion-der-spaten-phase-der-entbindung-bei-frauen-mit-pda-zur (abgerufen am: 24.03.2023).

Klemperer, D (2000): Patientenorientierung im Gesundheitssystem. *Qualität in der Gesundheitsversorgung – Newsletter der GQMG [Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung]* 1(7): 15-16.

Krause, U (2022): Nabelarterien-pH-Wert. *Pschyrembel Online*.

Larsson, C; Hansson, EE; Sundquist, K; Jakobsson, U (2017): Chronic pain in older adults: prevalence, incidence, and risk factors. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 46(4): 317-325. DOI: 10.1080/03009742.2016.1218543.

Lenzen-Schulte, M (2018): Tabakentwöhnung. Raucher schaffen es nicht allein. *Deutsches Ärzteblatt* 115(31-32): A1436-A1437; A3. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=199361> (abgerufen am: 20.02.2023).

Lepre, B; Trigueiro, H; Johnsen, JT; Khalid, AA; Ball, L; Ray, S (2022): Global architecture for the nutrition training of health professionals: a scoping review and blueprint for next steps. *BMJ Nutrition, Prevention & Health* 5(1): 106-117. DOI: 10.1136/bmjnph-2021-000354.

Livingstone-Banks, J; Ordóñez-Mena, JM; Hartmann-Boyce, J (2019): Print-based self-help interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub4.

Löser, C (2010): Unter- und Mangelernährung im Krankenhaus. Klinische Folgen, moderne Therapiestrategien, Budgetrelevanz. *Deutsches Ärzteblatt* 107(51-52): 911-917, 8-9. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0911.

Lühnen, J; Albrecht, M; Mühlhauser, I; Steckelberg, A (2017): Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Erstellungsdatum: 20.02.2017. Berlin [u. a.]: EbM-Netzwerk [Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin]. URL: <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wp-content/uploads/2017/07/Leitlinie-evidenzbasierte-Gesundheitsinformation.pdf> (abgerufen am: 05.04.2023).

Madar, J; Roehr, CC; Ainsworth, S; Ersda, H; Morley, C; Rüdiger, M; et al. (2021): Versorgung und Reanimation des Neugeborenen nach der Geburt. Leitlinien des European Resuscitation Council 2021. *Notfall und Rettungsmedizin* 24(4): 603-649. DOI: 10.1007/s10049-021-00894-w.

Maxeiner, H; Leweke, F (2016): Interdisziplinäre Zusammenarbeit. *Deutsches Ärzteblatt* 113(44): A1970-A1975, A5. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=183381> (abgerufen am: 23.03.2023).

Meteling-Eeken, M; Ohlrich-Hahn, S; Valentini, L (2019): Internationale Konsensuskriterien für die Diagnose von Mangelernährung und Sarkopenie. *Diät + Information* 2: 8-10.

- Monticone, M; Cedraschi, C; Ambrosini, E; Rocca, B; Fiorentini, R; Restelli, M; et al. (2015): Cognitive-behavioural treatment for subacute and chronic neck pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). Art. No.: CD010664. DOI: 10.1002/14651858.CD010664.pub2.
- Muscaritoli, M; Arends, J; Bachmann, P; Baracos, V; Barthelemy, N; Bertz, H; et al. (2021): ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition* 40(5): 2898-2913. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.02.005.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2006): Nutrition support in adults. [Quelle nicht verfügbar, zitiert durch Valentini, L; Volkert, D; Schütz, T; Ockenga, J; Pirlich, M; Druml, W; et al. (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). DGEM-Terminologie in der Klinischen Ernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38(02): 97-111. DOI: 10.1055/s-0032-1332980].
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Clinical Guideline CG32. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition [Guidance]. Published: 22.02.2006, last updated: 04.08.2017, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-1910-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/resources/nutrition-support-for-adults-oral-nutrition-support-enteral-tube-feeding-and-parenteral-nutrition-pdf-975383198917> (abgerufen am: 02.08.2022).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2022): NICE Guideline NG193. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [Guidance]. Published: 07.04.2021, [Minor Changes:] April 2022, © NICE 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4066-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421> (abgerufen am: 28.10.2022).
- Nicholas, M; Vlaeyen, JWS; Rief, W; Barke, A; Aziz, Q; Benoliel, R; et al. (2019): The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* 160(1): 28-37. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001390.
- Omidvari, AH; Vali, Y; Murray, SM; Wonderling, D; Rashidian, A (2013): Nutritional screening for improving professional practice for patient outcomes in hospital and primary care settings (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6). Art. No.: CD005539. DOI: 10.1002/14651858.CD005539.pub2.
- Otten, L; Ockenga, J; Norman, K (2016): „Eure Nahrung soll Eure Medizin sein...“. Gesundheitsökonomische Bedeutung von Ernährungsinterventionen bei krankheitsassoziierter Mangelernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 41(03): 174-180. DOI: 10.1055/s-0042-105711.
- Pamminger, M; Mayr, A (2022): Kardiovaskuläre Folgen des Rauchens. Radiologische Tour d'Horizon. *Die Radiologie* 62(9): 763-771. DOI: 10.1007/s00117-022-01027-1.

- Peters, M; Kolip, P; Schäfers, R (2021): A questionnaire to measure the quality of midwifery care in the postpartum period from women's point of view: development and psychometric testing of MMApostpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21:412. DOI: 10.1186/s12884-021-03857-8.
- Pirlich, M; Schütz, T; Norman, K; Gastell, S; Lübke, HJ; Bischoff, SC; et al. (2006): The German hospital malnutrition study. *Clinical Nutrition* 25(4): 563-572. DOI: 10.1016/j.clnu.2006.03.005.
- Popp, S; Mang, T; Scharitzer, M (2022): Einfluss des Rauchens auf den Gastrointestinaltrakt. Spektrum der Befunde. *Die Radiologie* 62(9): 772-780. DOI: 10.1007/s00117-022-01017-3.
- Portman, RJ; Carter, BS; Gaylord, MS; Murphy, MG; Thieme, RE; Merenstein, GB (1990): Predicting neonatal morbidity after perinatal asphyxia: A scoring system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 162(1): 174-182. DOI: 10.1016/0002-9378(90)90844-w.
- Pschyrembel Redaktion (2016): Basenabweichung. *Pschyrembel Online*.
- Rauchfrei.de (2023): Rauchverbote in den jeweiligen Bundesländern. Nichtraucherschutz. © 1999 - 2023. Dresden: dailylead. URL: <https://www.rauchfrei.de/rauchverbote-bundeslaender/> (abgerufen am: 28.03.2023).
- Rice, VH; Heath, L; Livingstone-Banks, J; Hartmann-Boyce, J (2017): Nursing interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub5.
- Riemann, K; Gerber, U (2000): Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung. 4. Auflage. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 1). Köln: BZgA [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung]. ISBN: 3-933191-30-0. URL: <https://shop.bzga.de/pdf/488.pdf> (abgerufen am: 05.04.2023).
- Rigotti, NA; Clair, C; Munafò, MR; Stead, LF (2012): Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5). Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
- Rocket, M; Taylor, J; Weiss, A; Baird, E (2022): Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services for Inpatient Pain Management. [Published: 31.01.2022]. (GPAS [Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services], Chapter 11). London, GB: RCOA [Royal College of Anaesthetists]. URL: <https://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2022-02/GPAS-2022-11-PAIN.pdf> (abgerufen am: 02.11.2022).
- Roeland, EJ; Bohlke, K; Baracos, VE; Bruera, E; del Fabbro, E; Dixon, S; et al. (2020): Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 38(21): 2438-2453. DOI: 10.1200/JCO.20.00611.
- Rubin, D; Thorsteinsson, R; Ohlrich-Hahn, S; Schütz, T (2016): „Pflegeexperte Ernährungsmanagement DGEM“. Strukturierte curriculäre Fortbildung für Pflegefachkräfte. Lehr- und

- Lerninhalte für die Fortbildungskurse. Ernährungsmanagement. [Stand:] 08.03.2016. [Berlin]: DGEM [Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin]. URL: <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Curriculum-Pflegeexperte-Ern%C3%A4hrungsmanagement-Endversion.pdf> (abgerufen am: 05.04.2023).
- Russell, CA (2007): The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. *Clinical Nutrition Supplements* 2(1): 25–32. DOI: 10.1016/j.clnu.2007.04.002.
- Sandall, J; Soltani, H; Gates, S; Shennan, A; Devane, D (2016): Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Schaller, K; Kahnert, S; Graen, L; Mons, U; Ouédraogo, N (2020): Tabakatlas Deutschland 2020. Heidelberg: DKFZ [Deutsches Krebsforschungszentrum],. ISBN: 978-3-95853-638-8. URL: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/Buecher_und_Berichte/2020_Tabakatlas-Deutschland-2020_dp.pdf (abgerufen am: 24.02.2023).
- Schwan, J; Scalfani, J; Tawfik, VL (2019): Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiology Clinics* 37(3): 547–560. DOI: 10.1016/j.anclin.2019.04.012.
- Schwappach, D; Altenhöner, T; Gehrlach, C (2009): 3.3 Die Version PEQ-»Mütter/Entbindung«: Anpassung und Testung [Ausschnitt]. Kapitel 3. Wissenschaftliche Schritte der Entwicklung des Patients' Experience Questionnaire. In: Gehrlach, C; Altenhöner, T; Schwappach, D: *Der Patients' Experience Questionnaire. Patientenerfahrungen vergleichbar machen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 102–123. ISBN: 978-3-86793-021-5. URL: https://www.weisss-liste.de/krankenhaus/static/files/PEQ_Publikation_Ausschnitt.pdf (abgerufen am: 10.07.2023).
- Schwarz, C; Knobloch, R (2020): Empfehlungen zur Auskultation mittels ISIA. Intelligent, strukturiert, intermittierend. *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 09/2020. URL: https://www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/intelligent-strukturiert-intermittierend/ (abgerufen am: 28.03.2023).
- Shadish, WR; Cook, TD; Campbell, DT (2002): *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Belmont, US-CA: Wadsworth Cengage Learning. ISBN: 978-0-395-61556-0.
- Shang, E; Hasenberg, T; Schlegel, B; Sterchi, AB; Schindler, K; Druml, W; et al. (2005): An European survey of structure and organisation of nutrition support teams in Germany, Austria and Switzerland. *Clinical Nutrition* 24(6): 1005–1013. DOI: 10.1016/j.clnu.2005.07.005.
- Singata, M; Tranmer, J; Gyte, GM (2013): Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8). Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.

- Singer, P; Blaser, AR; Berger, MM; Alhazzani, W; Calder, PC; Casaer, MP; et al. (2019): ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition* 38(1): 48-79. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.037.
- Soeters, PB; Schols, AMWJ (2009): Advances in understanding and assessing malnutrition. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care* 12(5): 487-494. DOI: 10.1097/MCO.0b013e32832da243.
- Stahl, K (2010): Revalidierung eines Fragebogens zur Zufriedenheit von Wöchnerinnen mit der geburtshilflichen Klinik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60(9-10): 358-367. DOI: 10.1055/s-0029-1220908.
- Thomas, D; Abramson, MJ; Bonevski, B; George, J (2017): System change interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). Art. No.: CD010742. DOI: 10.1002/14651858.CD010742.pub2.
- Toh, VC (2000): Early predictors of adverse outcome in term infants with post-asphyxial hypoxic ischaemic encephalopathy. *Acta Paediatrica* 89(3): 343-347. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2000.tb18426.x.
- Turk, DC; Dworkin, RH; Allen, RR; Bellamy, N; Brandenburg, N; Carr, DB; et al. (2003): Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 106(3): 337-345. DOI: 10.1016/j.pain.2003.08.001.
- VA [Department of Veterans Affairs]; DoD [Department of Defense] (2022): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Use of Opioids in the Management of Chronic Pain. Version 4.0. [Stand:] May 2022. Washington, US-DC: VA. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/cot/VADoDOpioidsCPG.pdf> (abgerufen am: 28.10.2022).
- Valentini, L; Volkert, D; Schütz, T; Ockenga, J; Pirlich, M; Druml, W; et al. (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). DGEM-Terminologie in der Klinischen Ernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38(02): 97-111. DOI: 10.1055/s-0032-1332980.
- Veit, C; Hertle, D; Bungard, S; Trümner, A; Ganske, V; Meyer-Hofmann, B (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Düsseldorf: BQS [Institut für Qualität & Patientensicherheit]. URL: <https://www.bqs.de/images/downloads/P4P-Gutachten-BQS.compressed.pdf> (abgerufen am: 27.04.2017).
- Veit, C; Lüken, F; Bungard, S; Trümner, A; Tewes, C; Hertle, D (2013): Rahmenkonzept Evaluation bezogen auf Evaluationen nach § 137b SGB V. Entwurf vom 17.07.2013 v1.1. Düsseldorf: BQS [Institut für Qualität und Patientensicherheit]. [auf Nachfrage vom G-BA zugesandt].
- Volkert, D; Beck, AM; Cederholm, T; Cruz-Jentoft, A; Goisser, S; Hooper, L; et al. (2019a): ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* 38(1): 10-47. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.

- Volkert, D; Weber, J; Kiesswetter, E; Sulz, I; Hiesmayr, M (2019b): Nutritional situation in German hospitals – Results of the nutritionDay project 2018. *Ernährungs-Umschau* 66(10): 204-211. DOI: 10.4455/eu.2019.045.
- von der Lippe, E; Krause, L; Prost, M; Wengler, A; Leddin, J; Müller, A; et al. (2021): Prävalenz von Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland. Ergebnisse der Krankheitslast-Studie BUR-DEN 2020. *Journal of Health Monitoring* 6(S3). DOI: 10.25646/7854.
- Von Korff, M; Ormel, J; Keefe, FJ; Dworkin, SF (1992): Grading the severity of chronic pain. *Pain* 50(2): 133-149. DOI: 10.1016/0304-3959(92)90154-4.
- Von Korff, M; DeBar, LL; Krebs, EE; Kerns, RD; Deyo, RA; Keefe, FJ (2020): Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high-impact chronic pain. *Pain* 161(3): 651-661. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001758.
- Wasserman, S; Faust, K (1994): *Social Network Analysis: Methods and Applications*. (Structural Analysis in the Social Sciences, 8). Cambridge, GB: Cambridge University Press. ISBN: 978-0521-38707-1.
- Weimann, A; Breitenstein, S; Breuer, J; Gabor, S; Holland-Cunz, S; Kemen, M; et al. (2013): AWMF-Registernummer 073-005. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGCH, der DGAI und der DGAV. Klinische Ernährung in der Chirurgie. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38(06): e155-e197. DOI: 10.1055/s-0033-1359887.
- Weimann, A; Braga, M; Carli, F; Higashiguchi, T; Hübner, M; Klek, S; et al. (2021): ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition* 40(7): 4745-4761. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.03.031.
- WHO [World Health Organization] (1985): Appropriate Technology For Birth. *The Lancet* 326(8452): 436-437. DOI: 10.1016/S0140-6736(85)92750-3.
- WHO [World Health Organization] (2019): World Health Assembly Update, 25 May 2019. [Stand:] 25.05.2019. Geneva, CH: WHO. URL: <https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update> (abgerufen am: 12.04.2023).
- Ye, J; Betrán, AP; Guerrero Vela, M; Souza, JP; Zhang, J (2014): Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth* 41(3): 237-244. DOI: 10.1111/birt.12104.
- Zernikow, B (2021): Chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Die stille Epidemie. *Der Schmerz* 35(2): 80-82. DOI: 10.1007/s00482-021-00542-9.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org