

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

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

Fachliche und technische Spezifikation

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Ansprechperson	Markus Anders
Datum der Abgabe	21. Oktober 2023
Datum aktualisierte Abgabe	23. November 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

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden Qualitätsverträge eingeführt, in denen gemäß § 110a SGB V die Vereinbarung von Qualitätsanforderungen in Verknüpfung mit Anreizen erprobt werden soll. Neben den mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 17. Mai 2017 festgelegten ersten vier Leistungsbereichen wurden mit Beschluss vom 21. Juli 2022 auf Grundlage des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes weitere vier Leistungsbereiche festgelegt:

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

Die Erprobung beinhaltet auch eine Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität (Evaluation der Qualitätsverträge) gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Das IQTIG, das zu den ersten vier Leistungsbereichen ein Evaluationskonzept entwickelt hat, hat dieses um Teilevaluationskonzepte für die vier weiteren Leistungsbereiche erweitert. Das Evaluationskonzept beinhaltet insbesondere Qualitätskennzahlen (Evaluationskennziffern) zur Abbildung der Versorgungsqualität im Rahmen der Evaluation der Qualitätsverträge.

Auftrag und Auftragsverständnis

Über die Entwicklung der vier Teilevaluationskonzepte zur Erweiterung des bestehenden Evaluationskonzepts hinaus wurde das IQTIG am 21. Juli 2022 auch mit der Erarbeitung einer fachlichen und technischen Spezifikation beauftragt, die die entsprechenden Datenfelder für die Berechnung der Evaluationskennziffern spezifiziert. Die Spezifikation ist Grundlage für die Umsetzung der Datenerfassung und -übermittlung. Darüber hinaus sieht der Beschluss vor, im Zuge der Erweiterung der Leistungsbereiche die bestehenden verfahrenstechnischen Vorgaben zu prüfen und ggf. für die weiteren Leistungsbereiche anzupassen oder zu ergänzen. Außerdem sollen die etablierten Daten- und Berichtswege auf Optimierungspotenziale untersucht werden.

Methodisches Vorgehen

Die weiterführende Operationalisierung der im aktualisierten Abschlussbericht vom 25. August 2023 dargelegten Evaluationskennziffern wird nach Vorgaben der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG vorgenommen. Für die Evaluationskennziffern, die Schulungen vorsehen, wurden darüber hinaus Mindestanforderungen an Schulungsinhalte identifiziert. Hierzu wurden neben den Ergebnissen aus Literaturrecherchen und standardisierten Befragungen Experteninterviews geführt und ausgewertet.

Ergebnisse und Empfehlungen

Der vorliegende Bericht stellt die entsprechenden Datenfelder und deren Eigenschaften vor, die zur Erfassung von Informationen für die Evaluation der vier weiteren Leistungsbereiche Verwendung finden. Die Darstellung trennt sich in die einrichtungs- und die fallbezogene Dokumentation. Insgesamt entstehen für die Anwendung acht Dokumentationsbögen – zwei für jeden Leistungsbereich. Im Rahmen der Darlegung der einrichtungsbezogenen Dokumentation werden auch die Ergebnisse bezüglich der Identifikation von Mindestanforderungen an Schulungsinhalte vorgestellt. Hierbei werden für den Leistungsbereich „Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung“ acht obligatorische Schulungsinhalte und für die Leistungsbereiche „Multimodale Schmerztherapie“ und „Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit“ sieben identifiziert. Für den Leistungsbereich „Geburten/Entbindung“ ergeben sich 21 Schulungsinhalte, die in neun Schwerpunkten zusammengefasst werden können. Darüber hinaus werden als verfahrenstechnische Vorgaben die entsprechenden dokumentationspflichtigen Zielgruppen dargestellt sowie Vorgaben zu den Fristen der Datenübermittlung gegeben. Abschließend wird als Optimierungspotenzial der etablierten Daten- und Berichtswege die Möglichkeit anderer Übermittlungsformen erörtert.

Fazit und Ausblick

Der vorliegende Bericht legt die fachliche und technische Spezifikation, verfahrenstechnische Ergänzungen und Anpassungen sowie Optimierungspotenziale für die Datenerfassung und -übermittlung für die Evaluation der Qualitätsverträge dar. Im Anschluss an diesen Bericht werden die Daten- und Berichtswege für die vier weiteren Leistungsbereiche etabliert sowie identifizierte Optimierungsmöglichkeiten geprüft und ggf. umgesetzt.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	9
1.1 Hintergrund	9
1.2 Auftrag und Auftragsverständnis	10
2 Methodisches Vorgehen	11
2.1 Weiterführende Operationalisierung	11
2.2 Mindestanforderungen an Schulungsinhalte	11
3 Fachliche und technische Spezifikation	15
3.1 Spezifikationsstandard	15
3.2 Dokumentationsbögen	17
3.3 Einrichtungsbezogene Dokumentation	18
3.3.1 Leistungsbereichsübergreifend	18
3.3.2 Mangelernährung	22
3.3.3 Multimodale Schmerztherapie	29
3.3.4 Geburten	38
3.3.5 Behandlung Tabakabhängigkeit	59
3.4 Fallbezogene Dokumentation	65
3.4.1 Leistungsbereichsübergreifend	65
3.4.2 Mangelernährung	66
3.4.3 Multimodale Schmerztherapie	72
3.4.4 Geburten	82
3.4.5 Behandlung Tabakabhängigkeit	98
3.5 Verfahrenstechnische Vorgaben	100
3.5.1 Dokumentationspflicht	100
3.5.2 Datenfluss, Zeiträume und Fristen	101
4 Optimierungspotenziale	102

5	Fazit und Ausblick.....	104
	Literatur	105
	Impressum.....	110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Methodisches Vorgehen/Fragestellung zur Identifikation von Schulungsinhalten nach Leistungsbereich	12
Tabelle 2: Abstraktionsniveau.....	13
Tabelle 3: Spezifikationsstandard (Merkmale)	15
Tabelle 4: Spezifikationsstandard (Pseudocodes)	16
Tabelle 5: Einrichtungsbezogene Dokumentation (leistungsbereichsübergreifend).....	18
Tabelle 6: Einrichtungsbezogene Dokumentation (Mangelernährung).....	26
Tabelle 7: Einrichtungsbezogene Dokumentation (Multimodale Schmerztherapie).....	33
Tabelle 8: Einrichtungsbezogene Dokumentation (Geburten).....	46
Tabelle 9: Einrichtungsbezogene Dokumentation (Behandlung Tabakabhängigkeit)	62
Tabelle 10: Fallbezogene Dokumentation (leistungsbereichübergreifend)	65
Tabelle 11: Fallbezogene Dokumentation (Mangelernährung)	66
Tabelle 12: Fallbezogene Dokumentation (Multimodale Schmerztherapie).....	72
Tabelle 13: Fallbezogene Dokumentation (Geburten).....	82
Tabelle 14: Fallbezogene Dokumentation (Behandlung Tabakabhängigkeit)	98
Tabelle 15: Maximaler Umfang der Zielgruppen	100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Teildokumentationsbögen.....	17
---	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BÄK	Bundesärztekammer
BMI	Body-Mass-Index
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
Eval-KNZ	Evaluationskennziffer
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IMST	interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

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 Tabak-abhängigkeit	Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Am 21. Juli 2022 wurde das IQTIG beauftragt (G-BA 2022c), das Evaluationskonzept (IQTIG 2017) gemäß vorgelegtem Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inklusive Addendum vom 7. März 2018, das die Grundlage der „Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität [Evaluation der Qualitätsverträge]“ (§ 136b Abs. 8 Satz 1 SGB V) darstellt, um die ebenfalls am 21. Juli 2022 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten (G-BA 2022a) weiteren, nachfolgend gelisteten Leistungen bzw. Leistungsbereiche¹ zu ergänzen:

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

Hierzu hat das IQTIG am 21. Juli 2023 einen Abschlussbericht vorgelegt, in dem zu diesen Leistungsbereichen Teilevaluationskonzepte, bestehend aus möglichen Qualitätsanforderungen, patientenrelevanten Endpunkten und hiervon abgeleiteten Evaluationskennziffern, sowie deren Limitationen dargestellt sind. Abschließend hat das IQTIG einen aktualisierten Abschlussbericht (Fassung vom 25. August 2023) vorgelegt (IQTIG 2023), der im Zuge des Beschlusses des G-BA über die Freigabe zur Veröffentlichung am 21. September 2023 auf der Website des IQTIG veröffentlicht wurde. Eine Übersicht über die hierin enthaltenen Evaluationskennziffern findet sich in Anhang A.

Die Evaluationskennziffern dienen im Rahmen der Untersuchung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 zur Beantwortung der leitenden Fragestellung „Zeigen sich nach der Einführung von Qualitätsverträgen Veränderungen in der Versorgungsqualität?“ (IQTIG 2021). Um die für die Berechnung der Evaluationskennziffern erforderlichen Daten zu erfassen, ist deren weiterführende Operationalisierung notwendig, die wesentlicher Inhalt des vorliegenden Berichts ist. Die aus der künftigen Datenverarbeitung gewonnenen Daten sind Bestandteil des Abschlussberichts zum 31. Dezember 2028, der durch den Änderungsbeschluss vom 18. März 2022 (G-BA 2022b) in Verbindung mit dem Beschluss vom 18. Juni 2018 (G-BA 2018) vorgesehen ist. Darüber hinaus werden die erfassten Daten zur Erstellung der Rückmeldeberichte verwendet, wie diese im Bericht zu den Arbeitsergebnissen Arbeitspaket E und Arbeitspaket F Nr. 2 (IQTIG 2019) skizziert sind.

Der Rahmen der Evaluation ist im Evaluationskonzept enthalten. Konkrete verfahrenstechnische Vorgaben sind den Arbeitsergebnissen des IQTIG, die auf Grundlage der Beauftragung vom 18. Juni 2018 erarbeitet wurden, sowie den verfahrenstechnischen Dokumenten (u. a. Anleitung zur Dokumentation, Anleitung zur Datenübermittlung) zu entnehmen. Der vorliegende Bericht

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

lässt diese Vorgaben unberührt, sofern in den Empfehlungen nicht auf Anpassungen und Unterschiede hingewiesen wird.

1.2 Auftrag und Auftragsverständnis

Neben der inhaltlichen Ergänzung des bestehenden Evaluationskonzepts (siehe Abschnitt 1.1) sieht die Beauftragung vom 21. Juli 2022 vor, für die vier weiteren Leistungsbereiche die verfahrenstechnischen Voraussetzungen und hierbei insbesondere die Daten- und Berichtswege bereitzustellen bzw. zu schaffen. Hierbei ist zum einen die *Erarbeitung der fachlichen und technischen Spezifikation* vorgesehen. Hierin ist das Ergebnis der weiterführenden Operationalisierung dargelegt, die die Grundlage für die Entwicklung von Datenerfassungs- und -übermittlungssystemen im Anschluss darstellt. Zum anderen soll das IQTIG auch die bereits etablierten Daten- und Berichtswege der Leistungsbereiche mit Beschluss vom 18. Mai 2017 auf *Optimierungspotenziale* prüfen.

Kapitel 2 gibt zunächst einen Überblick zum Vorgehen bei der weiterführenden Operationalisierung der Evaluationskennziffern. Anschließend wird in Kapitel 3 die fachliche und technische Spezifikation dargelegt. Den Spezifikationsempfehlungen, die in einrichtungsbezogene (Abschnitt 3.3) und fallbezogene Dokumentation (Abschnitt 3.4) unterteilt sind, wird die Beschreibung des Spezifikationsstandards (Abschnitt 3.1) vorangestellt. Bei der Erarbeitung und Darstellung der Empfehlungen wurde analog zu den Leistungsbereichen mit Beschluss vom 18. Mai 2017 (G-BA 2017) vorgegangen. In diesem Zusammenhang sehen Arbeitspaket E und F Nr. 2 die Erarbeitung einer „fachliche[n] und technische[n] Spezifikation der Instrumente zur Dokumentation der von den Krankenhäusern und Krankenkassen verpflichtend zu sammelnden und zu liefernden Daten gemäß den Teilkonzepten des Evaluationskonzepts“ (G-BA 2018: 3 f.) vor. Spezifikation wird demnach als die weitergehende fachliche und technische Darstellung der erforderlichen Informationen (Evaluationskennziffern und ergänzende Daten) sowie die Beschreibung der organisatorischen, inhaltlichen und technischen Umsetzung der Dokumentation und des Datenflusses verstanden. Die Darstellung der erforderlichen Informationen wird in Kapitel 3, reduziert um bestimmte Komponenten, vorgenommen. Die ausführlichen Spezifikationsempfehlungen, die die Grundlage zur Entwicklung der entsprechenden Dokumentationen darstellen, sind der Anlage zu entnehmen. Eine Übersicht über die aus der Spezifikation abgeleiteten Dokumentationsbögen wird in Abschnitt 3.2 gegeben. Die Beschreibungen der organisatorischen, inhaltlichen und technischen Umsetzung der Dokumentation und des Datenflusses sind grundsätzlich im Bericht zu den Arbeitsergebnissen Arbeitspaket E und F Nr. 2 (IQTIG 2019) enthalten. Im vorliegenden Bericht werden für die weiteren Leistungsbereiche Spezifika benannt und Ergänzungen vorgenommen (Abschnitt 3.5). Abschließend werden mit Blick auf die etablierten Daten- und Berichtswege Vorschläge für eine Optimierung in Kapitel 4 dargelegt.

2 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise bei der weiterführenden Operationalisierung (Abschnitt 2.1) und bei der Identifikation von Mindestanforderungen an Schulungsinhalte im Zusammenhang mit Evaluationskennziffern, die die Schulung der Angehörigen der Gesundheitsberufe vorsehen (Abschnitt 2.2), dargestellt.

2.1 Weiterführende Operationalisierung

Die im Abschlussbericht dargelegten Evaluationskennziffern (Anhang A) wurden weiterführend operationalisiert. Die Vorgehensweise hierbei ist in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG dargelegt (IQTIG 2022b: 61 ff.). Die Operationalisierung erfolgt grundsätzlich mit dem Ziel, eine Datenerfassung entsprechend den Eignungskriterien des Messverfahrens (IQTIG 2022b: 128 ff.) zu ermöglichen, um insbesondere die „Objektivität, Reliabilität und Praktikabilität der Messung“ einer Qualitätskennzahl (hier: Evaluationskennziffer) (IQTIG 2022a) sowie eine hohe Datenqualität zu gewährleisten (IQTIG 2022b: 62). Darüber hinaus werden bei der Operationalisierung auf Grundlage der Wissensbestände (siehe hierzu IQTIG (2023), Abbildung 1) Einflussfaktoren für die Risikoadjustierung (siehe IQTIG (2021)) identifiziert. Abweichend von den Ausführungen in den „Methodischen Grundlagen“ gestaltet das IQTIG die Erfassung und Übermittlung der Daten in diesem Verfahren selbst, eine Umsetzung durch diverse Softwarehersteller ist nicht vorgesehen.

Am Ende der Operationalisierung steht die Entwicklung von Datenfeldern, die in Kapitel 3 sowie in der Anlage dargelegt sind. Die Entwicklung folgt dem Gebot der Datensparsamkeit: Es werden nur Daten erfasst, die für die Berechnung der Evaluationskennziffern benötigt werden. Ein Datenfeld muss daher

- für die Überprüfung der Zielgruppe (Fallidentifikation),
- zur Berechnung einer Evaluationskennziffer,
- für die Risikoadjustierung,
- aus technischen Gründen oder
- in Ausnahmefällen auch zur Erhöhung der Dokumentationsqualität eines anderen Datenfelds

benötigt werden (IQTIG 2022b: 62). Die Entwicklung der Dokumentationsbögen und Datenfelder richtet sich an den Grundsätzen aus der sozialwissenschaftlichen Literatur aus, die in den „Methodischen Grundlagen“ kurz dargestellt sind (IQTIG 2022b: 63).

2.2 Mindestanforderungen an Schulungsinhalte

Bei der Ableitung von Evaluationskennziffern aus den im Abschlussbericht (IQTIG 2023) dargestellten möglichen Qualitätsanforderungen hat sich gezeigt, dass in allen Leistungsbereichen die Durchführung von Schulungen durch die zugrunde liegenden Leitlinienempfehlungen empfohlen

wird. Diese Schulungen zielen darauf ab, den Angehörigen der Gesundheitsberufe fachspezifisches Wissen und Kompetenzen (Schulungsinhalte) zu vermitteln. Die entsprechenden Leitlinienempfehlungen machen aber keine Aussage darüber, welche Schulungsinhalte hierbei relevant sind. In der Erfassung von Informationen für die entsprechenden Evaluationskennziffern ist dies jedoch wesentlich, um zu entscheiden, welche Angehörigen der Gesundheitsberufe als geschult gelten können. Daher wurden zur Identifikation von obligatorischen Schulungsinhalten – im Sinne von berufsgruppenübergreifenden Mindestanforderungen an eine Schulung – je nach Leistungsbereich eine Auswertung von Curricula bzw. Literatur, eine standardisierte Befragung und leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt (siehe Tabelle 1). Die Vorgehensweise hierbei ist in den nachfolgenden Abschnitten beschrieben.

Tabelle 1: Methodisches Vorgehen/Fragestellung zur Identifikation von Schulungsinhalten nach Leistungsbereich

Leistungsbereich	Methoden	Fragestellung
Mangelernährung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertung Curricula/Literatur ▪ standardisierte Befragung ▪ Experteninterview 	Welche Inhalte sind für die Angehörigen der Gesundheitsberufe im Zusammenhang mit der Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung in einer Schulung obligatorisch?
Multimodale Schmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertung Curricula/Literatur ▪ standardisierte Befragung ▪ Experteninterview 	Welche Inhalte sind für die Angehörigen der Gesundheitsberufe im Zusammenhang mit der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie in einer Schulung obligatorisch?
Geburten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertung Curricula/Literatur ▪ Experteninterviews 	Welche Schulungsinhalte sollten den Angehörigen der Gesundheitsberufe obligatorisch vermittelt werden, um eine frauenzentrierte und kultursensible Versorgung bei einer vaginalen Geburt sicherzustellen?
Behandlung Tabakabhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertung Curricula/Literatur ▪ standardisierte Befragung ▪ Experteninterview 	Welche Inhalte sind für die Angehörigen der Gesundheitsberufe im Zusammenhang mit der stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit in einer Schulung obligatorisch?

Mit Blick auf das Abstraktionsniveau sind die benannten bzw. zu benennenden Schulungsinhalte als eine Abstrahierung von Begrifflichkeiten zu verstehen, die ein bestimmtes Wissen und/oder bestimmte Kompetenzen zusammenfassen. Die Schulungsinhalte sollten, soweit möglich, selbsterklärend, d. h. für die Fachpersonen aus dem jeweiligen Bereich bezüglich der dahinterliegenden Inhalte verständlich und somit einerseits nicht zu übergreifend bzw. zu abstrakt und andererseits nicht zu kleinteilig formuliert sein. Darüber hinaus sollten die

Schulungsinhalte untereinander überschneidungsfrei und eindeutig sein und können bestehende theoretische Konzepte darstellen. Dies soll anhand nachfolgender Beispiele (Tabelle 2) verdeutlicht werden.

Tabelle 2: Abstraktionsniveau

übergeordnete Abstraktionsebene	Schulungsinhalt	untergeordnete Abstraktionsebene	Wissen/ Kompetenzen im Einzelnen
Eigenschaften der Geburt	Geburtsmodi	Kaiserschnittgeburt ambulante Geburt Wassergeburt etc.	...
Kommunikation	Gesprächstechniken	aktives Zuhören Paraphrasieren Ich-Botschaften senden etc.	...

Auswertung von Curricula/Literatur

In einer orientierenden Literaturrecherche wurden bestehende Curricula oder auch weiterführende Literatur unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellung recherchiert. Diese wurden anschließend dahingehend ausgewertet, dass mögliche Schulungsinhalte auf dem in Tabelle 2 beschriebenen Abstraktionsniveau identifiziert oder ggf. aus den in den Curricula / in der Literatur beschriebenen Wissen und Kompetenzen abstrahiert wurden. Eine Zusammenfassung der Curricula/Literatur sowie die Ergebnisse der Auswertung können dem jeweiligen leistungsbereichsspezifischen Teil in Abschnitt 3.3 entnommen werden.

Standardisierte Befragungen

Für die standardisierten Befragungen wurde auf die Expertinnen und Experten des jeweiligen Leistungsbereichs, die bei der Erstellung der Teilevaluationskonzepte beteiligt waren, zurückgegriffen (siehe hierzu IQTIG (2023), Abschnitt 2.3 und Anhang C). Darüber hinaus wurde, um die Berufsgruppe der Pflegekräfte in die Befragung einzubeziehen, der Deutsche Pflegerat um Benennung von Expertinnen und Experten gebeten. Hieraus konnte allerdings nur eine Vertreterin für den Leistungsbereich „Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit“ gewonnen werden.

Ziel der Befragungen war die Bewertung der bei der Auswertung der Curricula/Literatur herausgearbeiteten Schulungsinhalte durch die Expertinnen und Experten aus Perspektive der unterschiedlichen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Darüber hinaus konnten die Expertinnen und Experten weitere aus ihrer Sicht relevante Schulungsinhalte benennen und deren Relevanz einordnen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse sowie Informationen zu den beteiligten Expertinnen und Experten sind in den leistungsbereichsspezifischen Abschnitten in Abschnitt 3.3 dargestellt. Detaillierte Ergebnisse finden sich in Anhang B.

Experteninterviews

In den Leistungsbereichen „Mangelernährung“, „Multimodale Schmerztherapie“ und „Behandlung Tabakabhängigkeit“, in denen eine standardisierte Befragung durchgeführt wurde, wurden die Ergebnisse hieraus anschließend mit einer Expertin bzw. einem Experten aus dem Leistungsbereich noch einmal in einem leitfadengestützten, halbstrukturierten Experteninterview eingeordnet und beraten. Ziel der Interviews und deren theoretische Grundlage sind im Abschlussbericht in Abschnitt 2.3 und in den „Methodischen Grundlagen“ erläutert (IQTIG 2022b: 107 f.).

Im Leistungsbereich „Geburten“ wurden ebenfalls leitfadengestützte, halbstrukturierte Experteninterviews durchgeführt. Hierzu wurden mittels Internetrecherche drei Expertinnen bzw. Experten rekrutiert. Da für die interessierenden Themenbereiche *Frauenzentrierung* und *Interkulturalität* wenig Vorarbeiten bei der Auswertung von Curricula/Literatur gesichtet werden konnten, verfolgten die Interviews das Ziel, durch offene Fragen die beiden Gegenstände im Kontext einer vaginalen Geburt umfassend zu beleuchten. Die aufgenommenen Experteninterviews wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring bearbeitet (Mayring 2015), die aufgrund ihrer Komplexität allerdings nicht in vollem Ausmaß eingesetzt wurde (Kaiser 2014). Hierbei wurde zunächst das Material auf Grundlage der bekannten Kategorien aus der Auswertung der Curricula/Literatur deduktiv angewendet. Anschließend wurde für die in diesem ersten Schritt unberücksichtigten Interviewpassagen geprüft, ob induktiv weitere Kategorien gebildet werden konnten (Kaiser 2014). Aus beiden Arbeitsschritten wurden schließlich Mindestanforderungen an Schulungsinhalte abgeleitet, die insbesondere auf die Vollständigkeit des jeweiligen Themenbereichs zielten und zur weitergehenden Einschätzung Häufigkeit und Textumfang der kodierten Kategorien berücksichtigten.

Die Ergebnisse sind den leistungsspezifischen Teilen in Abschnitt 3.3 zu entnehmen. Die in den Experteninterviews verwendeten Leitfäden finden sich in Anhang C.

Synthese der Mindestanforderungen

Aus den Ergebnissen der jeweiligen einzelnen methodischen Schritte wurden berufsgruppenübergreifende Mindestanforderungen identifiziert. Hierbei wurden diejenigen Schulungsinhalte, die als obligat für alle relevanten Berufsgruppen gelten, als Mindestanforderungen gewertet. Diese sind in den leistungsbereichsspezifischen Abschnitten in Abschnitt 3.3 dargestellt.

3 Fachliche und technische Spezifikation

Die in den nachfolgenden Abschnitten dargestellten Spezifikationsempfehlungen beinhalten die für die Dokumentation relevanten Informationen sowie verfahrenstechnische Vorgaben und Strukturen. Sie stellen demnach sowohl die inhaltliche als auch die technische Beschreibung der zu erhebenden Datenfelder dar. In diesem Zusammenhang wird zunächst der Spezifikationsstandard kurz vorgestellt. Hierbei werden Aufbau und Begrifflichkeiten der nachfolgenden Spezifikation beschrieben (Abschnitt 3.1). Danach wird eine Übersicht über die für die Datenerfassung erforderlichen Teildokumentationsbögen gegeben (Abschnitt 3.2), um daran anschließend die Datenfelder der einzelnen Teildokumentationsbögen nach einrichtungsbezogener (Abschnitt 3.3) und fallbezogener Dokumentation (Abschnitt 3.4) zu spezifizieren. Dieser Teil operationalisiert die Evaluationskennziffern aus dem Abschlussbericht zur Erweiterung des Evaluationskonzepts sowie aus ergänzenden Daten aus dem bestehenden Evaluationskonzept (Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018) inhaltlich und spezifiziert ihre technische Einbettung in einen der entsprechenden Teildokumentationsbögen, die in der softwareseitigen Umsetzung zu insgesamt acht Dokumentationsbögen modular zusammengefügt werden. Abschließend werden die Dokumentationspflicht sowie weitere verfahrenstechnische Vorgaben erörtert (Abschnitt 3.5).

3.1 Spezifikationsstandard

Die Spezifikation beschreibt die einzelnen Datenfelder und deren Komponenten mithilfe unterschiedlicher Merkmale, die in Tabelle 3 gelistet sind.

Tabelle 3: Spezifikationsstandard (Merkmale)

Merkmale	Erläuterung
Evaluationskennziffer	Angabe, welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann
Datenfeldbezeichnung	Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage
Datenformat	Festlegung des Datenformats (siehe hierzu auch Tabelle 4)
Schlüssel	mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels ²
Ausfüllhinweise	Mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung

² Externe Schlüssel werden aufgrund ihres Umfangs nicht im Dokumentationsbogen selbst dargestellt, sondern in einer separaten Liste.

Darüber hinaus dienen Pseudocodes³ dazu, technische Funktionsweisen zu veranschaulichen. In der Spezifikation werden sie insbesondere gebraucht, um Formate (z. B. Freitext, Datum, Uhrzeit), Bedingungen (z. B. Pflichtfelder, Definition von Einschlusskriterien) und Konditionen (z. B. Frage nur dann stellen, wenn zuvor mit „ja“ geantwortet wurde) abzubilden. Ein Überblick über die verwendeten Pseudocodes bietet Tabelle 4.

Tabelle 4: Spezifikationsstandard (Pseudocodes)

Pseudocode	Bedeutung
DATUM	Datumsangabe
DEZIMALZAHL	Zahl mit Dezimalen; Anzahl der Dezimale wird dem Code vorangestellt (z. B. 2DEZIMALZAHL)
hart	Die dokumentierte Angabe wird abgelehnt (harte Regel).
ICD10	Angabe im ICD-10 Format
JAHR	Aus der zuvor angegebenen Variablen, wird nur das Jahr herangezogen.
KANN	fakultatives Datenfeld
LOOP	mehrmalige Angaben sind bis zur Begrenzung möglich; Begrenzung wird dem Code vorangestellt (z. B. 10LOOP)
Meldung:	Nach „Meldung:“ wird in Anführungszeichen der Meldungstext dargelegt, der bei Erfüllung der vorangehenden Bedingung angezeigt wird.
MUSS	obligatorisches Datenfeld
NUMSCHLUESSEL	Schlüssel mit ganzzahligen Schlüsselcodes
ODER	Entweder die vorangehende oder die nachfolgende Bedingung muss erfüllt sein-
STELLEN	Anzahl der Zeichen; Anzahl wird dem Code vorangestellt (z. B. 1STELLEN)
TEXT	Freitextangabe; Anzahl der Zeichen wird dem Code vorangestellt (z. B. 50TEXT)
UHRZEIT	Uhrzeitangabe
UND	Die vorangehende und die nachfolgende Bedingung müssen erfüllt sein.
weich	Es wird ein Hinweis auf einen möglichen Fehler bei der Dokumentation gegeben (weiche Regel).
ZAHL	ganze Zahl

³ Pseudocode ist eine informelle Darstellung einer programmiersprachlichen Anweisung. Es handelt sich um eine menschenlesbare Beschreibung, die nicht an eine bestimmte Programmiersprache gebunden ist. Pseudocode verwendet einfache und alltagsnahe Sprache, um den Ablauf oder die Funktionen einer Anweisung zu beschreiben, ohne die syntaktischen Regeln einer bestimmten Programmiersprache zu berücksichtigen.

3.2 Dokumentationsbögen

Es sind zehn Teildokumentationsbögen vorgesehen (Abbildung 1). Leistungsbereichsübergreifende Datenfelder, die über alle Leistungsbereiche hinweg zu dokumentieren sind, sind abgelegt in

- einem einrichtungsbezogenen Teilbogen (Dokumentation auf Ebene der jeweiligen Einrichtung, z. B. Patientenzahl, Personalstärke) und
- einem fallbezogenen Teilbogen für Leistungserbringer (Dokumentation auf Behandlungsfallebene).

In gleicher Systematik stehen für die vier Leistungsbereiche ebenfalls leistungsbereichsspezifische Teildokumentationsbögen zur Verfügung. In der softwareseitigen Umsetzung wird jedem leistungsbereichsspezifischen Teildokumentationsbogen der entsprechende leistungsbereichsübergreifende Teildokumentationsbogen angefügt, sodass insgesamt acht Dokumentationsbögen zur Verfügung stehen.

		Leistungserbringerdokumentation (LE)	
		einrichtungsbezogen (E)	fallbezogen (F)
leistungsbereichsübergreifend		Teildokumentationsbogen LE(E)	Teildokumentationsbogen LE(F)
leistungsbereichsspezifisch	Mangelernährung (ME)	Teildokumentationsbogen ME_LE(E)	Teildokumentationsbogen ME_LE(F)
	Multimodale Schmerztherapie (MS)	Teildokumentationsbogen MS_LE(E)	Teildokumentationsbogen MS_LE(F)
	Geburten (GE)	Teildokumentationsbogen GE_LE(E)	Teildokumentationsbogen GE_LE(F)
	Behandlung Tabakanhängigkeit (TA)	Teildokumentationsbogen TA_LE(E)	Teildokumentationsbogen TA_LE(F)

Abbildung 1: Übersicht Teildokumentationsbögen

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Datenfelder der einzelnen Teildokumentationsbögen dargestellt. Hierbei werden sowohl für die einrichtungsbezogene als auch für die fallbezogene Dokumentation jeweils zunächst die Datenfelder des leistungsbereichsübergreifenden Teildokumentationsbogens und anschließend die Datenfelder der leistungsbereichsspezifischen Teildokumentationsbögen beschrieben.

3.3 Einrichtungsbezogene Dokumentation

3.3.1 Leistungsbereichsübergreifend

Tabelle 5: Einrichtungsbezogene Dokumentation (leistungsbereichsübergreifend)

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Messung	NUMSCHLUESSEL	1=Interventionsmessung 3=Nullwertmessung	Bitte geben Sie für die nachfolgenden Angaben an, ob diese für eine Nullwertmessung oder eine Interventionsmessung dokumentiert werden.
Messbeginn	DATUM		Bitte geben Sie das Datum an, zu welchem die von Ihnen zuvor angegebene Messung (Nullwert- oder Interventionsmessung) im berichteten Erfassungsjahr (Kalenderjahr) begonnen hat.

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Messende	DATUM		Bitte geben Sie das Datum an, zu welchem die von Ihnen zuvor angegebene Messung (Nullwert- oder Interventionsmessung) im berichteten Erfassungsjahr (Kalenderjahr) geendet hat. Das Enddatum kann maximal der 31.12. des Jahres des Messbeginns sein.
Qualitätsvertrag-Kennzeichnung	[QV-XX-] ZAHL(5STELLEN) [-] ZAHL(4STELLEN)		Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.
Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)	ZAHL(9STELLEN)		
Anzahl der Patientinnen/Patienten der im Qualitätsvertrag definierten Zielgruppe, die im Messzeitraum (Messbeginn bis Messende) versorgt wurden.	ZAHL(4STELLEN)		
Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die gesamte Einrichtung (nach IKNR)			

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Anzahl an Abteilungen zum letzten Tag des Messzeitraums (Messende)	ZAHL(3STELLEN)		
Anzahl der stationär behandelten Patientinnen/Patienten im Messzeitraum (Messbeginn bis Messende)	ZAHL(6STELLEN)		Anzahl entlassener, stationär behandelter Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)
Anzahl der ambulant, vertragsärztlich behandelten Patientinnen/Patienten im Messzeitraum (Messbeginn bis Messende)	ZAHL(6STELLEN)		Anzahl entlassener, ambulant behandelter Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)
Anzahl der Plan-Betten zum letzten Tag des Messzeitraums (Messende)	ZAHL(4STELLEN)		Planbetten sind Betten in Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.
Bettenzahl (gesamt) im Messzeitraum (Messbeginn bis Messende)	ZAHL(4STELLEN)		Bettenzahl (gesamt) entspricht aufgestellten Betten: Aufgestellte Betten sind alle betriebsbereit aufgestellten Betten des Krankenhauses, die zur vollstationären Behandlung von Patientinnen/Patienten bestimmt sind. Die Zahl der aufgestellten Betten wird als Jahresdurchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Bettenzahl ermittelt. Die Zählung der Betten erfolgt unabhängig von deren Förderung. Betten zur teilstationären oder ambulanten Unterbringung, Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene werden nicht einbezogen.
Personal: ärztlicher Bereich zum letzten Tag des Messzeitraums (Messende)	ZAHL(5STELLEN)		Hauptamtliche Ärzte (ohne Belegärzte und ohne Zahnärzte)
Personal: nichtärztlicher Bereich zum letzten Tag des Messzeitraums (Messende)	ZAHL(5STELLEN)		Nichtärztliches Krankenhauspersonal (ohne Personal der Ausbildungsstätten), einschließlich Schüler/Auszubildende.

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Welche Aussage trifft zu?	NUMSCHLUESSEL	Im Rahmen des Qualitätsvertrags wurde... 1=ein neues Versorgungskonzept eingeführt 2=ein in der Einrichtung etabliertes Versorgungskonzept fortgeführt 3=ein in der Einrichtung etabliertes Versorgungskonzept angepasst fortgeführt	

3.3.2 Mangelernährung

Im Zusammenhang der Evaluationskennziffer ME-01 (Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe) wurden nach der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Vorgehensweise Mindestanforderungen für Schulungsinhalte zur Mangelernährung identifiziert. Die Ergebnisse hierzu sind in den nachfolgenden Absätzen beschrieben.

Ergebnisse zu Mindestanforderungen an Schulungsinhalte

Auswertung von Literatur/Curricula

Durch die orientierende Literaturrecherche konnten Curricula für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte, Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler sowie Absolventinnen und Absolventen vergleichbarer Studiengänge mit entsprechenden Zusatzqualifikationen identifiziert und ausgewertet werden.

Neben dem Curriculum „Ernährungsmedizinische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (BÄK) besteht für Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, die Zusatz-Weiterbildung „Ernährungsmedizin“ zu absolvieren. Sie soll die in der Ausbildung und Facharztweiterbildung erworbenen Grundkompetenzen zur Erkennung, Behandlung und Prävention ernährungsbedingter Krankheitsbilder erweitern und vertiefen. Neben den ernährungsmedizinischen Grundlagen, die Kenntnisse der biochemischen und physiologischen Grundlagen der Ernährung, der Verdauung und des Stoffwechsels umfassen, werden ernährungsmedizinische Präventionsprinzipien (z. B. Verhaltens- und Verhältnisprävention) vermittelt. Darüber hinaus stehen die Anwendung ernährungsmedizinischer Methoden wie die Erfassung des Ernährungsstatus und -verhaltens, Grundlagen der Ernährungsberatung sowie Methoden der Qualitätssicherung und Didaktik im Mittelpunkt der Weiterbildung. Ergänzend umfasst die Weiterbildung die Indikation, Durchführung und Qualitätssicherung der enteralen und parenteralen Ernährung sowie die Vermittlung detaillierte Kenntnisse zur Therapie und Prävention ernährungsmedizinisch relevanter Krankheitsbilder, z. B. Kurzdarmsyndrom oder Zöliakie. Die erlernten Inhalte werden in Fallseminaren vertieft (BÄK 2022c, BÄK 2022b).

Aufbauend auf ihrer Grundqualifikation, besteht für Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftlern sowie Absolventinnen und Absolventen vergleichbarer Studiengänge mit entsprechender Zusatzqualifikation die Möglichkeit, eine Zertifizierung zur Ernährungsberaterin bzw. zum Ernährungsberater durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) zu erlangen ([Berufsverband Hauswirtschaft] et al. 2019). Ziel des Curriculums ist die Erweiterung und Vertiefung der Fach- und Beratungskompetenz für die Ernährungsberatung. Es beinhaltet Grundlagen der Ernährungswissenschaft, Methoden der Ernährungserhebung und -therapie sowie Methodik, Didaktik und praktische Umsetzung der Ernährungsberatung unter Berücksichtigung ernährungspsychologischer und -soziologischer Aspekte. Der Schwerpunkt des Curriculums liegt auf

der Prävention und Therapie ernährungsbedingter Krankheiten, z. B. der Ernährung von Krebspatienten und -patientinnen oder älteren Menschen. Ergänzend werden berufsfeldrelevante Themen wie Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Evaluation oder die rechtliche Situation der Ernährungsberatung behandelt (DGE 2017).

Darüber hinaus besteht für Pflegefachkräfte die Möglichkeit, das strukturierte Curriculum „Pflegeexperte Ernährungsmanagement DGEM“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) zu absolvieren. Die Inhalte sollen die Rolle von Pflegefachkräften in der interdisziplinären ernährungsmedizinischen Patientenversorgung stärken, sie aber nicht für die Ernährungsberatung qualifizieren. Ziel des Curriculums ist es, Pflegende in der Umsetzung eines gesicherten evidenzbasierten Ernährungsmanagements in der stationären und ambulanten Pflege als Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten für orale, enterale und parenterale Ernährung zu qualifizieren. Dazu werden grundlegende Kenntnisse der Ernährungslehre (z. B. Mikro- und Makronährstoffe, Energiebedarf und Energiebilanz), Möglichkeiten und Grenzen der ernährungsmedizinischen Prävention sowie Methoden zur Erfassung, Überwachung und Steuerung der Ernährungstherapie vermittelt. Weiterhin werden die verschiedenen Therapieformen der oralen, enteralen und parenteralen Ernährung behandelt und pflegerische Aspekte des Ernährungsmanagements eingeordnet. Im Mittelpunkt stehen Definition, Ursachen, Symptome, Folgen und Interventionen der Mangelernährung sowie das klinische Ernährungsmanagement ausgewählter Krankheitsbilder. Dazu zählen bspw. gastrointestinale Erkrankungen, onkologische Erkrankungen oder chirurgische Patientinnen und Patienten. Dabei werden anhand praktischer Übungen die erlernten Inhalte vertieft, bspw. das Screening auf Mangelernährung, die Berechnung des Energiebedarfs, die Erstellung von Therapie- bzw. Ernährungsplänen oder die Durchführung verschiedener Formen der Ernährungstherapie (Rubin et al. 2016).

Auf Basis der aufgeführten Curricula wurden wesentliche Schulungsinhalte abstrahiert und berufsgruppenübergreifend in elf Schulungsinhalten zusammengefasst:

- Ernährungswissenschaftliche Grundlagen
- Ernährungsmedizinische Grundlagen
- Mangelernährung (Definition, Formen, Symptome und Folgen)
- Möglichkeiten und Grenzen ernährungstherapeutischer Maßnahmen
- Ernährungsmedizinische Diagnosestrategien von Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung oder Risiko einer Mangelernährung
- Ernährungsmedizinische Behandlungsstrategien von Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung oder Risiko einer Mangelernährung
- Umsetzung einer partizipativen Ernährungsberatung
- Begleitende Betreuung während einer Ernährungstherapie
- Ernährungsmedizinische Krankheitsbilder (Prävention und Behandlung)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Patientenorientierte Kommunikation

Standardisierte Befragung

An der standardisierten Befragung nahmen vier von den Fachgesellschaften benannte Expertinnen und Experten teil. Die Teilnehmenden gaben ärztliche und andere Qualifikationen an. Unabhängig von ihrer beruflichen Tätigkeit sollten die Expertinnen und Experten angeben, welche Berufsgruppen sie in der Befragung vertreten. Dabei waren Ärztinnen und Ärzte ebenso wie die Perspektive der Patientinnen und Patienten repräsentiert.

Bestandteil der standardisierten Befragung war die Bewertung der aus der orientierenden Literaturrecherche gewonnenen Schulungsinhalte. Die Expertinnen und Experten bewerteten in einem ersten Schritt die Relevanz der Schulungsinhalte für ihre jeweils angegebene Berufsgruppe. Schulungsinhalte, die als relevant gewertet wurden, konnten anschließend als obligatorischer oder optionaler Schulungsinhalt gewertet werden. Gleiches galt für die Ergänzung weiterer Schulungsinhalte durch die Teilnehmenden.

Die Auswertung der standardisierten Befragung ergab, dass sechs Schulungsinhalte, die die ernährungsmedizinischen Grundlagen, die Mangelernährung sowie die Möglichkeiten und Grenzen ernährungstherapeutischer Maßnahmen als auch die ernährungsmedizinische Diagnostik und Behandlungsstrategien ernährungsmedizinischer Krankheitsbilder umfassen, von den Expertinnen und Experten als obligatorisch bewertet wurden. Darüber hinaus konnten fünf weitere Schulungsinhalte identifiziert werden, von denen drei als obligatorisch und zwei als optional bewertet wurden. Inhalte, die insgesamt als nicht relevant bewertet wurden, konnten nicht identifiziert werden. Die ausführlichen Ergebnisse sind in Anhang B dargestellt.

Experteninterviews

Zur Einordnung der Ergebnisse der standardisierten Befragung (Anhang B) wurden diese im Rahmen eines Expertengesprächs abschließend diskutiert und bewertet. Hierzu wurde im Vorfeld ein Leitfaden entwickelt (Anhang C), der der Expertin oder dem Experten zur Verfügung gestellt wurde. Anhand der Frage, welche der aufgeführten Schulungsinhalte berufsgruppenübergreifend als verpflichtend anzusehen sind, konnten insgesamt acht aus den Curricula abgeleitete Schulungsinhalte als obligatorisch identifiziert werden. Neben der Vermittlung ernährungswissenschaftlicher und ernährungsmedizinischer Grundlagen sowie der Definition, Formen, Symptome und Folgen von Mangelernährung wurden auch die Möglichkeiten und Grenzen ernährungstherapeutischer Maßnahmen als verpflichtende Schulungsinhalte genannt. Hervorgehoben wurden ernährungsmedizinische Diagnose- und Behandlungsstrategien bei Mangelernährten oder von Mangelernährung bedrohten Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus sollten berufsgruppenübergreifend ernährungsmedizinische Krankheitsbilder in Prävention und Therapie sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Ernährungsteam vertieft werden. Die Umsetzung einer partizipativen Ernährungsberatung wurde hingegen nicht als geeigneter berufsgruppenübergreifender Fortbildungsinhalt angesehen. Die patientenorientierte Kommunikation sowie die begleitende Betreuung während einer Ernährungstherapie wurden aufgrund thematischer Über-

schneidungen in bereits bestehende verpflichtende Schulungsinhalte integriert. Außerdem wurden fünf weitere Schulungsinhalte identifiziert, von denen vier als relevant, aber ebenfalls als thematische Doppelung bewertet und daher zu anderen Schulungsinhalten ergänzt wurden.

Mindestanforderungen

Aus den vorangegangenen Schritten wurden die folgenden Schulungsinhalte als Mindestanforderungen an eine Schulung im Sinne der Evaluationskennziffer ME-01 identifiziert:

- Ernährungswissenschaftliche Grundlagen
- Ernährungsmedizinische Grundlagen
- Mangelernährung (Definition, Formen, Symptome und Folgen)
- Möglichkeiten und Grenzen ernährungstherapeutischer Maßnahmen
- Ernährungsmedizinische Diagnosestrategien von Patientinnen/Patienten mit Mangelernährung oder einem Risiko einer Mangelernährung
- Ernährungsmedizinische Behandlungsstrategien von Patientinnen/Patienten mit Mangelernährung oder einem Risiko einer Mangelernährung
- Ernährungsmedizinische Krankheitsbilder (Prävention und Behandlung)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Spezifikationsempfehlungen

Tabelle 6: Einrichtungsbezogene Dokumentation (Mangelernährung)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
ME-01	Wie hoch war im Erfassungszeitraum die Anzahl an Personen in der jeweiligen Berufsgruppe, die in die Versorgung der Zielgruppe des Qualitätsvertrags eingeschlossen waren?			Zu zählen sind für die jeweilige Berufsgruppe alle Personen, die im Erfassungszeitraum (Datum des Messbeginns bis Datum des Messendes) in der Einrichtung beschäftigt und im Kalenderjahr des Erfassungszeitraums mindestens 30 Tage anwesend waren. Es sind Personen in den Bereichen (beispielsweise Abteilungen, Stationen) zu berücksichtigen, die die im Qualitätsvertrag vereinbarte Zielgruppe versorgen bzw. die im Qualitätsvertrag vereinbarten Maßnahmen anwenden (werden). Die vorgenannten Bedingungen erfüllend, sind auch die Personen zu berücksichtigen, die im Erfassungszeitraum ausgeschieden sind oder teilweise abwesend waren (z. B. durch Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit).
ME-01	Ärztinnen/Ärzte	ZAHL(3STELLEN)		
ME-01	Diätassistentinnen/-assistenten	ZAHL(3STELLEN)		
ME-01	Ökotrophologinnen/Ökotrophologen	ZAHL(3STELLEN)		
ME-01	Ernährungswissenschaftlerinnen/ Ernährungswissenschaftler	ZAHL(3STELLEN)		
ME-01	Pflegefachkräfte	ZAHL(3STELLEN)		
ME-01	weitere Angehörige der Gesundheitsberufe	ZAHL(3STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
ME-01	Welche weiteren Angehörigen der Gesundheitsberufe sind an der Versorgung beteiligt?	TEXT(50STELLEN)		
ME-01	Wie hoch war im Erfassungszeitraum die Anzahl an Personen in der jeweiligen Berufsgruppe, die eine Schulung zur Mangelernährung abgeschlossen haben, die die Mindestanforderungen erfüllt?			<p>Zu zählen sind für die jeweilige Berufsgruppe alle Personen, die im Erfassungszeitraum (Datum des Messbeginns bis Datum des Messendes) bis zum Datum des Messendes eine Schulung mit nachfolgenden Schulungsinhalten (Mindestanforderungen) abgeschlossen haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ernährungswissenschaftliche Grundlagen ▪ Ernährungsmedizinische Grundlagen ▪ Mangelernährung (Definition, Formen, Symptome und Folgen) ▪ Möglichkeiten und Grenzen ernährungstherapeutischer Maßnahmen ▪ Ernährungsmedizinische Diagnosestrategien von Patientinnen/Patienten mit Mangelernährung oder einem Risiko einer Mangelernährung ▪ Ernährungsmedizinische Behandlungsstrategien von Patientinnen/Patienten mit Mangelernährung oder einem Risiko einer Mangelernährung ▪ Ernährungsmedizinische Krankheitsbilder (Prävention und Behandlung) ▪ Interdisziplinäre Zusammenarbeit
ME-01	Ärztinnen/Ärzte	ZAHL(3STELLEN)		
ME-01	Diätassistentinnen/-assistenten	ZAHL(3STELLEN)		
ME-01	Ökotrophologinnen/Ökotrophologen	ZAHL(3STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
ME-01	Ernährungswissenschaftlerinnen/ Ernährungswissenschaftler	ZAHL(3STELLEN)		
ME-01	Pflegefachkräfte	ZAHL(3STELLEN)		
ME-01	weitere Angehörige der Gesundheitsberufe	ZAHL(3STELLEN)		

3.3.3 Multimodale Schmerztherapie

Im Zusammenhang der Evaluationskennziffer MS-02 (Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe) wurden nach der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Vorgehensweise Mindestanforderungen für Schulungsinhalte zur interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (IMST) identifiziert. Die Ergebnisse hierzu sind in den nachfolgenden Absätzen beschrieben.

Ergebnisse zu Mindestanforderungen an Schulungsinhalte

Auswertung von Literatur/Curricula

Durch die orientierende Literaturrecherche konnten Curricula für Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie für Pflegekräfte identifiziert und ausgewertet werden.

Im Rahmen der Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ der BÄK werden Ärztinnen und Ärzten die Grundlagen und Erkenntnisse der speziellen Schmerztherapie vermittelt. Die Weiterbildung dient der Ergänzung einer Facharztkompetenz, wobei die Erkennung und interdisziplinäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen im Mittelpunkt steht. Neben den Grundlagen der Schmerzmedizin, zu denen z. B. Ursachen, Epidemiologie und Prävention chronischer Schmerzen sowie das biopsychosoziale Schmerzmodell gehören, werden Schmerzerkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems sowie psychische Komorbiditäten behandelt. Darüber hinaus vermittelt das Curriculum detaillierte Kenntnisse über muskuloskeletale Schmerzen sowie verschiedene Schmerzsyndrome wie Tumorschmerzen oder Schmerzen des Gefäßsystems (BÄK 2022d).

Im psychotherapeutischen Bereich erfolgt eine vergleichbare Spezialisierung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch die Fort-/Weiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie (SSPT)“ der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung. Neben der Vermittlung schmerzbezogener medizinischer Grundlagen wie des biopsychosozialen Konzepts, der funktionellen Anatomie des Schmerzes und der Schmerzverarbeitung sowie der medizinischen Diagnostik und medizinischer Interventionsverfahren bei Schmerzerkrankungen bilden verschiedene Krankheitsbilder (z. B. Rheuma und Fibromyalgiesyndrom) und psychotherapeutische Interventionen sowie physiotherapeutische Methoden die Basis der allgemeinen Grundlagen. Darauf aufbauend erfolgt entsprechend den Altersgruppen Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche eine Weiterbildung in der Durchführung von Anamnese, Diagnostik, Therapieplanung und der Anwendung von verfahrens- und altersspezifischen Therapieansätzen bzw. -methoden. Um eine interdisziplinäre Umsetzung zu ermöglichen, sollen die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation mit anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal) gefördert werden (DGPSF [kein Datum], BpTK 2022).

Des Weiteren bietet die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. die integrierte Fort- und Weiterbildung „Spezielle Schmerzphysiotherapie (SpSPT)“ und „Spezielle Schmerzergotherapie (SpSET)“ an. Der Arbeitskreis „Schmerz und Bewegung“ entwickelte und evaluierte zunächst ein Weiterbil-

dungskonzept von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, das um ergotherapeutische Inhalte erweitert wurde. Die Fort- und Weiterbildungen umfassen anatomisch-physiologische und pathophysiologische sowie psychotherapeutische Grundlagen (z. B. biopsychosoziales Modell). Der Schwerpunkt dieser Curricula liegt auf einem verbesserten Verständnis und der Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen, unter Anwendung von physio- und ergotherapeutischen Interventionen und Schmerzmanagement. Im Hinblick auf die Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder sowie Patienten- und Altersgruppen werden auch Themen wie Beziehungsgestaltung, Kommunikation und patientenorientierte Edukation behandelt. Zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit werden entsprechende Inhalte und Zielsetzungen anderer Berufsgruppen aufgegriffen (Deutsche Schmerzakademie 2023).

Ergänzend besteht für Pflegefachkräfte die Möglichkeit, das Curriculum „Pflegerisches Schmerzmanagement“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. zu absolvieren. Es orientiert sich am „Core Curriculum for the European Diploma in Pain Nursing“ der European Pain Federation (EFIC). Neben der Vermittlung grundlegender Inhalte der Schmerzwissenschaft, z. B. der Multidimensionalität von Schmerz, Schmerzmechanismen und Schmerzdefinition, liegt der Schwerpunkt des Curriculums auf den Prinzipien des Schmerzassessments und der Schmerztherapie. Die Pflegefachkraft soll in der Förderung der patientenbezogenen Selbstkompetenz (z. B. Schmerzmanagement) geschult werden und nicht-medikamentöse Interventionen anwenden bzw. Patientinnen und Patienten zur eigenständigen Durchführung anleiten können. Darüber hinaus wird die Pflegefachkraft in der Verabreichung, Überprüfung und Beurteilung der Wirksamkeit der medikamentösen Therapie geschult. Um eine interdisziplinäre Versorgung unterschiedlicher Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten zu gewährleisten, werden im Curriculum das interprofessionelle Arbeiten sowie spezielle Patientengruppen, z. B. ältere Menschen oder Menschen mit Demenz, fokussiert (Sirsch et al. 2021).

Aus den genannten Curricula wurden wesentliche Schulungsinhalte abstrahiert und berufsgruppenübergreifend in zwölf Schulungsinhalten zusammengefasst:

- Algesiologie und chronisches Schmerzsyndrom
- Epidemiologie, Pathophysiologie und Therapieansätze diverser Schmerzsyndrome
- Schmerzerkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems, psychische Komorbiditäten
- Muskuloskelettale Schmerzen
- Planung und Durchführung einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie
- Schmerzassessment (Anamnese und partizipative Behandlungsplanung)
- Physiotherapeutische Maßnahmen
- Ergotherapeutische Maßnahmen
- Psychotherapeutische Verfahren
- Medikamentöse Therapie
- Medikamentenmanagement
- Patientenorientierte Kommunikation

Standardisierte Befragung

An der standardisierten Befragung nahmen insgesamt fünf von den Fachgesellschaften benannte Expertinnen und Experten teil. Die Teilnehmenden gaben ärztliche, psychologische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und andere erworbene Qualifikationen an. Unabhängig von der ausgeübten Tätigkeit sollten die Expertinnen und Experten angeben, welche Berufsgruppen sie in der Befragung vertreten. Dabei waren alle Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegefachkräfte) sowie darüber hinaus die Perspektive der Patientinnen und Patienten repräsentiert.

Bestandteil der standardisierten Befragung war die Bewertung der aus der orientierenden Literaturrecherche gewonnenen Schulungsinhalte. In einem ersten Schritt bewerteten die Expertinnen und Experten, ob die aufgelisteten Schulungsinhalte für ihre jeweils angegebene Berufsgruppe relevant sind oder nicht. Relevante Schulungsinhalte konnten anschließend als obligatorisch oder optional bewertet werden. Gleiches galt für die Ergänzung weiterer Schulungsinhalte durch die Expertin oder den Experten selbst.

Die Ergebnisse der standardisierten Befragung zeigen, dass die Planung und Durchführung einer interdisziplinären Schmerztherapie, das Schmerzassessment und die patientenorientierte Kommunikation von allen Expertinnen und Experten berufsgruppenübergreifend primär als obligatorisch bewertet wurden. Die verbliebenen Schulungsinhalte der orientierenden Literaturrecherche wie muskuloskelettale Schmerzen oder Epidemiologie, Pathophysiologie und Therapieansätze diverser Schmerzsyndrome wurden hingegen unterschiedlich in der Relevanz bewertet. Eine klare berufsgruppenübergreifende Tendenz konnte hierbei nicht festgestellt werden. Ergänzend formulierten Expertinnen und Experten fünf weitere Schulungsinhalte, die alle als obligatorisch bewertet wurden. Die ausführlichen Ergebnisse sind in Anhang B dargestellt.

Experteninterviews

Ziel der Experteninterviews war es, die Ergebnisse der standardisierten Befragung (Anhang B) mit einem Experten oder einer Expertin abschließend zu beraten und zu bewerten. Zu diesem Zweck wurde vorab ein Leitfaden (Anhang C) mit Fragen zu den Ergebnissen der standardisierten Expertenbefragung entwickelt und zur Verfügung gestellt. Auf die Frage, welche der aufgeführten Schulungsinhalte berufsgruppenübergreifend als obligatorisch gelten können, wurden insgesamt sieben der aus den Curricula abgeleiteten Schulungsinhalte identifiziert. Neben schmerzmedizinischen Grundlagen wie Epidemiologie, Pathophysiologie und Therapieansätzen verschiedener Schmerzsyndrome bzw. muskuloskelettaler Schmerzen wurden prozessorientierte Schulungsinhalte wie Planung und Durchführung einer IMST, Schmerzassessment und patientenorientierte Kommunikation hervorgehoben. Aufgrund der Voraussetzung bestimmter Qualifikationen für die einzelnen Berufsgruppen zur Durchführung einer IMST wurden berufsgruppenspezifische Schulungsinhalte wie physio-, ergo- und psychotherapeutische Verfahren als Mindestanforderungen für Schulungsinhalte ausgeschlossen. Da die Verordnung einer Medikation in ärztlicher Verant-

wortung liegt, wurden auch Schulungsinhalte wie „Medikamentöse Therapie“ und „Medikationsmanagement“ als ungeeignete berufsgruppenübergreifende Schulungsinhalte eingestuft. Ebenso wurden fünf weitere Schulungsinhalte identifiziert, von denen drei als verpflichtend, aber als thematische Doppelung bewertet wurden. Daher wurde entschieden, diese in andere obligatorische Schulungsinhalte zu integrieren.

Mindestanforderungen

Auf Grundlage der vorangehenden Schritte wurden die nachfolgenden Schulungsinhalte als Mindestanforderungen an eine Schulung im Sinne der Evaluationskennziffer MS-02 identifiziert:

- Algesiologie und chronisches Schmerzsyndrom
- Epidemiologie, Pathophysiologie und Therapieansätze diverser Schmerzsyndrome
- Schmerzerkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems, psychische Komorbiditäten
- Muskuloskelettale Schmerzen
- Rahmenbedingungen, Planung, Gestaltung (Teamprozesse und Strukturen) und Durchführung einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie
- Schmerzassessment (Anamnese und partizipative Behandlungsplanung)
- Patientenorientierte Kommunikation (Grundlagen der Gesprächsführung)

Spezifikationsempfehlungen

Tabelle 7: Einrichtungsbezogene Dokumentation (Multimodale Schmerztherapie)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-01	Wird zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen ein interdisziplinäres Schmerz-Team eingesetzt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-01	Welche der nachfolgenden Berufsgruppen sind im interdisziplinären Schmerzteam vertreten?			
MS-01	Fachärztin/Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie“	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-01	andere Ärztin/anderer Arzt	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-01	Psychologin/Psychologe	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-01	Physiotherapeutin/Physiotherapeut	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-01	Ergotherapeutin/Ergotherapeut	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-01	Pflegfachkraft	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-01	Sozialdienstmitarbeiterin/Sozialdienstmitarbeiter	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-02	Wie hoch war im Erfassungszeitraum die Anzahl an Personen in der jeweiligen Berufsgruppe, die in die Versorgung der Zielgruppe des Qualitätsvertrags eingeschlossen waren?			Zu zählen sind für die jeweilige Berufsgruppe alle Personen, die im Erfassungszeitraum (Datum des Messbeginns bis Datum des Messendes) in der Einrichtung beschäftigt und im Kalenderjahr des Erfassungszeitraums mindestens 30 Tage anwesend waren. Es sind Personen in den Bereichen (beispielsweise Abteilungen, Stationen) zu berücksichtigen, die die im Qualitätsvertrag vereinbarte Zielgruppe versorgen bzw. die im Qualitätsvertrag vereinbarten Maßnahmen anwenden (werden). Die vorgenannten Bedingungen erfüllend, sind auch die Personen zu berücksichtigen, die im Erfassungszeitraum ausgeschieden sind oder teilweise abwesend waren (z. B. durch Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit).
MS-02	Ärztinnen/Ärzte	ZAHL(3STELLEN)		Eine Person, die sowohl eine medizinische (Ärztin/Arzt) als auch eine psychologische (Psychologin/Psychologe) Qualifikation aufweist, ist der Berufsgruppe zuzuordnen, welcher die ausgeübten Tätigkeiten (überwiegend) entsprechen. Diese Person ist nur einmal zu zählen.
MS-02	Psychologinnen/Psychologen	ZAHL(3STELLEN)		Eine Person, die sowohl eine medizinische (Ärztin/Arzt) als auch eine psychologische (Psychologin/Psychologe) Qualifikation aufweist, ist der Berufsgruppe zuzuordnen, welcher die ausgeübten Tätigkeiten (überwiegend) entsprechen. Diese Person ist nur einmal zu zählen.
MS-02	Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten	ZAHL(3STELLEN)		
MS-02	Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten	ZAHL(3STELLEN)		
MS-02	Sozialdienstmitarbeiterinnen/-mitarbeiter	ZAHL(3STELLEN)		
MS-02	Pflegefachkräfte	ZAHL(3STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-02	weitere Angehörige der Gesundheitsberufe	ZAHL(3STELLEN)		
MS-02	Welche weiteren Angehörige der Gesundheitsberufe sind an der Versorgung beteiligt?	TEXT(50STELLEN)		
	Wie hoch war im Erfassungszeitraum die Anzahl an Personen in der jeweiligen Berufsgruppe, die eine Schulung zur interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (IMST) abgeschlossen haben, welche die Mindestanforderungen erfüllt?			<p>Zu zählen sind für die jeweilige Berufsgruppe alle Personen, die im Erfassungszeitraum (Datum des Messbeginns bis Datum des Messendes) bis zum Datum des Messendes eine Schulung mit nachfolgenden Schulungsinhalten (Mindestanforderungen) abgeschlossen haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Algesiologie und chronisches Schmerzsyndrom ▪ Epidemiologie, Pathophysiologie und Therapieansätze diverser Schmerzsyndrome ▪ Schmerzerkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems, psychische Komorbiditäten ▪ Muskuloskelettale Schmerzen ▪ Rahmenbedingungen, Planung, Gestaltung (Teamprozesse und Strukturen) und Durchführung einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie ▪ Schmerzassessment (Anamnese und partizipative Behandlungsplanung) ▪ Patientenorientierte Kommunikation (Grundlagen der Gesprächsführung)
MS-02	Ärztinnen/Ärzte	ZAHL(3STELLEN)		Eine Person, die sowohl eine medizinische (Ärztin/Arzt) als auch eine psychologische (Psychologin/Psychologe) Qualifikation aufweist, ist der Berufsgruppe zuzuordnen, welcher die ausgeübten Tätigkeiten (überwiegend) entsprechen. Diese Person ist nur einmal zu zählen.

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-02	Psychologinnen/Psychologen	ZAHL(3STELLEN)		Eine Person, die sowohl eine medizinische (Ärztin/Arzt) als auch eine psychologische (Psychologin/Psychologe) Qualifikation aufweist, ist der Berufsgruppe zuzuordnen, welcher die ausgeübten Tätigkeiten (überwiegend) entsprechen. Diese Person ist nur einmal zu zählen.
MS-02	Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten	ZAHL(3STELLEN)		
MS-02	Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten	ZAHL(3STELLEN)		
MS-02	Sozialdienstmitarbeiterinnen/-mitarbeiter	ZAHL(3STELLEN)		
MS-02	Pflegefachkräfte	ZAHL(3STELLEN)		
MS-02	weitere Angehörige der Gesundheitsberufe	ZAHL(3STELLEN)		
MS-04	Verfügte das Krankenhaus [NWM: zum Datum des Messbeginns/INT: zum Datum des Messendes] über einen Standard zur Erstellung des Behandlungsplans?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Ein Standard kann beispielsweise eine Checkliste oder eine Standard Operating Procedure (SOP) sein.
MS-04	Enthält der Standard den jeweiligen nachfolgenden Aspekt zur Erstellung des Behandlungsplans?			
MS-04	Berücksichtigung der Anforderungen an eine partizipative Entscheidungsfindung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-04	Festlegung von Therapiezielen	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-04	Festlegung von geeigneten therapeutischen Maßnahmen	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-04	Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu den geplanten therapeutischen Maßnahmen	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-04	Berücksichtigung von therapeutischen Einschränkungen bei psychischen Erkrankungen und bei Substanzmittelabhängigkeiten	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

3.3.4 Geburten

Im Zusammenhang der Evaluationskennziffer GE-02 (Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe zur Schwangerenzentrierung) wurden nach der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Vorgehensweise Mindestanforderungen für Schulungsinhalte zur frauenzentrierten und kultursensiblen Betreuung identifiziert. Die Ergebnisse hierzu sind in den nachfolgenden Absätzen beschrieben.

Ergebnisse zu Mindestanforderungen an Schulungsinhalte

Auswertung von Literatur/Curricula

Eine einheitliche Definition von frauenzentrierter und kultursensibler Betreuung bei einer Geburt für die Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems ist der Literatur nicht zu entnehmen, in der die beiden Gegenstände „Frauzentrierung“ und „Interkulturalität“ zudem meist getrennt betrachtet werden.

In Anlehnung an das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (gesundheitsziele.de 2017) versteht das IQTIG in Bezug auf das Instrument der Qualitätsverträge unter **Frauzentrierung** im Kontext der Geburt eine individuelle Betreuung und die Bereitstellung und Aufbereitung evidenzbasierter Informationen in einer für die Frau verständlichen Art und Weise, die es ihr und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen ermöglicht, eine informierte Entscheidung bezüglich der Geburt und eventueller Interventionen zu treffen. Die Frau und ihre Angehörigen/Vertrauenspersonen sollen darüber hinaus durch evidenzbasierte Maßnahmen unterstützt werden, die sich an den Entscheidungen, Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen der Frau orientieren.

Schulungsinhalte zu frauenzentrierter Betreuung bei der Geburt konnten der Literatur nicht unmittelbar entnommen werden. Die Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ verweist in diesem Zusammenhang auf die zwölf Schritte für eine sichere und respektvolle MutterBaby-Familien-Betreuung der International Childbirth Initiative (DGGG/DGHWi 2020). Die zwölf Schritte beinhalten neben der Wahrung von Respekt und Würde im Umgang eine kulturell sichere und sensible Kommunikation mit der Frau und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen. Rechtzeitige, verständliche und umfassende evidenzbasierte Informationen über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Erfolgsaussichten, Folgen und Risiken der Maßnahmen sowie deren Notwendigkeit und Dringlichkeit sind bereitzustellen, um der Frau eine informierte und wohlüberlegte Entscheidung zu ermöglichen. Eine kontinuierliche Unterstützung durch evidenzbasierte Maßnahmen, die sich an den Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen der Frau orientiert, ist zu gewährleisten. Hierbei sei auch die erforderliche fachliche Kompetenz des die Geburt betreuenden Personals betont. Die Frau und ihre Angehörigen/Vertrauenspersonen sollen in Entscheidungsprozesse mit einbezogen, unterstützt und respektvoll behandelt werden, auch wenn sie sich gegen eine empfohlene Maßnahme entscheiden (ICI 2020).

Auch das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ greift das Thema der Frauenzentrierung auf und orientiert sich am international gebräuchlichen Konzept „Woman-centred care“. Das Konzept sieht eine auf die Frau zugeschnittene Betreuung und das Erkennen der Bedürfnisse und Bedarfe der Frau und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen vor. Informierte Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten, persönliche Kontrolle, Mit- und Selbstbestimmung sowie Kontinuität in der Betreuung durch eine oder mehrere bekannte Betreuungspersonen nach dem Prinzip einer partnerschaftlichen Betreuung werden als zentral angesehen. Die Kompetenz der Frau, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, ist hierbei anzuerkennen, und ihre sozialen, emotionalen, körperlichen, psychosozialen, spirituellen und kulturellen Bedürfnisse und Erwartungen sind zu berücksichtigen. Die sprachlich und inhaltlich verständliche Darreichung von Informationen, Optionen und Wahlmöglichkeiten wird als Voraussetzung festgelegt. Entscheidungen sollen interaktiv zwischen der Frau und den Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die Geburt begleiten, getroffen werden. Ebenfalls wird in den Nationalen Gesundheitszielen festgehalten, dass sprachliche und kulturelle Barrieren zu erkennen und zu beachten sind (gesundheitsziele.de 2017).

Aus den genannten Quellen können folgende Schulungsinhalte zu einer frauenzentrierten Betreuung synthetisiert werden:

- Wahrung von Respekt und Würde
- Individuelle, auf die einzelne Frau zugeschnittene Betreuung
- Sichere und sensible Kommunikation
- Darreichung von sprachlich und inhaltlich verständlichen, umfassenden, evidenzbasierten Informationen (über Art, Umfang, Durchführung, Erfolgsaussichten, Dringlichkeit, Folgen und Risiken von Maßnahmen und Alternativen)
- Kontinuierliche evidenzbasierte Unterstützung/Betreuung
- Fachkompetenz bei nicht alltäglichen Kindslagen (z. B. Beckenendlage)
- Interaktive partnerschaftliche Entscheidungsfindung (Miteinbeziehung und Unterstützung von informierten wohlüberlegten Entscheidungsprozessen)
- Ermöglichung von persönlicher Kontrolle, Mit- und Selbstbestimmung
- Anerkennung und Einbeziehung sozialer, emotionaler, körperlicher, psychosozialer, spiritueller und kultureller Bedürfnisse und Erwartungen der Frau (und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen)
- Sprachliche und kulturelle Barrieren erkennen und beachten

Unter **kultursensibler Betreuung** in Bezug auf das Instrument der Qualitätsverträge versteht das IQTIG eine Versorgung, die auf dem Bewusstsein kultureller, sprachlicher, ethnischer und religiöser Unterschiede in der Gesellschaft beruht. Diese Unterschiede können durch einen Migrationshintergrund, durch Zuwanderung, aber auch durch regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands bedingt sein.

Es konnten zwei Projekte identifiziert werden, die sich mit Schulungen zur kultursensiblen Betreuung im deutschen Gesundheitssystem auseinandersetzen.

Der „Praxisleitfaden für Fachpersonal aus dem Gesundheits- und Sozialwesen“ „Interkulturelle Kompetenz in der Mütter- und Frauengesundheit“ diskutiert keine direkten Schulungsschwerpunkte für interkulturelle Kompetenzen. Thematisiert werden aber interkulturelle Schwierigkeiten wie Sprachbarrieren, Unwissenheit über das deutsche Gesundheitssystem und mangelndes Wissen über den Ablauf von Schwangerschaft, Geburt und die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen sowie religiöse und kulturelle Unterschiede im Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Als interkulturelle Kompetenzen werden die Auseinandersetzung mit eigenen und anderen kulturellen Hintergründen (Prägung, Handlungen, Identität und Werte) sowie der Umgang mit und der Abbau von Stereotypen und Vorurteilen hervorgehoben. Thematisiert werden auch kommunikative Fähigkeiten im verbalen und nonverbalen Bereich, der Umgang mit Sprachmittlerinnen und -mittlern,⁴ die Schaffung eines Bewusstseins für unterschiedliche Kommunikationsregeln, der Umgang mit Tabuthemen und das Finden von Lösungsansätzen bei kulturellen Unterschieden. Als Kernkompetenzen werden die Fähigkeit der Perspektivübernahme, Empathie, Wertschätzung und Verständnis für andere Werte, Lebensweisen, Kulturen, Religionen und Rollenverständnisse sowie eine Offenheit, darauf zu reagieren, aufgeführt (EMZ 2016).

Darüber hinaus gibt es mit dem IPIKA-Projekt ein interkulturelles und interprofessionelles Fortbildungsprogramm, das sich an Berufsgruppen aus der Pflege, Medizin und Psychoonkologie, aus dem Sozialdienst und an Hebammen richtet. Es soll praxisnahe berufsgruppenübergreifende interkulturelle Kommunikationsfähigkeiten und Kompetenzen vermitteln. Als Schulungsschwerpunkte werden die Vermittlung von subjektiven, soziokulturell beeinflussten Vorstellungen von Krankheitskonzepten, Behandlung, Krankheitsbewältigungsstrategien sowie von Rollenerwartungen an Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung festgehalten. Weitere Themen sind die Zusammenhänge von Migration und Flucht mit der physischen und psychischen Gesundheit, Zugangs- und Versorgungsbarrieren für Menschen mit Flucht- oder Migrationshintergrund sowie Traumasensibilisierung. Im Bereich der Kommunikation stehen der Umgang mit Sprachbarrieren, der Einsatz von professionellen Sprachmittlerinnen und -mittlern sowie Kommunikationshilfsmitteln wie Bildtafeln und Übersetzungs- und Kommunikations-Apps im Mittelpunkt. Gleichfalls wird sich mit dem Umgang mit Stereotypen, Fremdbildern, Vorurteilen, Diskriminierung und Rassismus im Klinikalltag und dem Einfluss dieser Faktoren auf die Gesundheit beschäftigt, ebenso mit Ethik im interkulturellen Kontext sowie dem Umgang mit ethischen Konfliktfeldern und Differenzen. Die Vermittlung von Strategien zur Konfliktbewältigung und von deeskalierenden Maßnahmen ist ebenfalls Bestandteil (Dimitrova et al. 2022).

Aus den genannten Quellen können folgende Schulungsinhalte zu einer kultursensiblen Betreuung synthetisiert werden:

⁴ Sprachmittlerin und -mittler ist der Überbegriff für die beiden Berufsformen der Dolmetscherin und des Dolmetschers sowie der Übersetzerin und des Übersetzers.

- Auseinandersetzung mit den eigenen und anderen kulturellen Hintergründen (Prägung, Handlungen, Identität und Werten)
- Umgang mit und Abbau von Stereotypen, Vorurteilen und Fremdbildern
- Kommunikation:
 - Erarbeiten von sensiblen verbalen und nonverbalen Fähigkeiten
 - Umgang mit Sprachmittlerinnen und -mittlern und Kommunikationshilfsmitteln (Bildtafeln, Kommunikations-Apps)
 - Schaffung eines Bewusstseins für unterschiedliche Kommunikationsregeln
 - Umgang mit Tabuthemen
 - Umgang mit Sprachbarrieren
- Verständnis bei kulturellen Unterschieden (Werte, Lebensweisen, Kulturen, Religionen, Rollenvorstellungen)
- Schulung von Perspektivübernahme, Empathie, Wertschätzung und Verständnis
- Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Krankheitskonzepten und Krankheitsbewältigungsstrategien
- Rollenerwartungen an Berufsgruppen
- Zusammenhänge von Migration und Flucht mit der Gesundheit
- Zugangs- und Versorgungsbarrieren
- Traumasensibilisierung
- Umgang mit Diskriminierung und Rassismus
- Umgang mit ethischen Konfliktfeldern und Differenzen
- Konfliktbewältigung und Deeskalation

Experteninterviews

Um aus den durch die Literatur synthetisierten Merkmalen und Kriterien Mindestanforderungen für Schulungsinhalte in frauenzentriertem und kultursensiblen Umgang zu prüfen und ggf. weitere zu identifizieren, wurden drei leitfadengestützte halbstrukturierte Interviews mit zwei Expertinnen und einem Experten geführt. Jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter konnte vom Institut für Hebammenwissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin, von Mother Hood e. V. – Bundeselterninitiative zum Schutz von Mutter und Kind während Schwangerschaft, Geburt und erstem Lebensjahr und von der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde als Expertinnen und Experte für die Interviews gewonnen werden.

Durch die Interviews wurden die aus der Literatur herausgearbeiteten Mindestanforderungen weitestgehend bestätigt und konnten um weitere Anforderungen ergänzt werden. Ein Hauptaugenmerk wird von den Expertinnen und Experten auf folgende Bereiche gelegt: individuelle Betreuung, Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Frau, Kommunikation, Shared decision-making und Selbstbestimmung, fachliche Kompetenz der Angehörigen der Gesundheitsberufe, Umgang mit den eigenen und fremden kulturellen Hintergründen, Umgang mit Traumata aufseiten sowohl der Frauen als auch der Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Es wurde hervorgehoben, dass Frauenzentrierung und Kultursensibilität in der klinischen Praxis nicht scharf voneinander abgrenzbar sind. Die Mehrheit der Interviewten legt dar, dass eine Frauenzentrierung, die den Fokus auf die **individuelle Betreuung** der Frau legt, keiner getrennten Betrachtung des kulturellen Hintergrundes bedarf, sondern diese hierin bereits inkludiert ist. Zudem wurde mit Blick auf den kulturellen Hintergrund darauf hingewiesen, dass die Kultur, die einer Person von Dritten wie etwa den Angehörigen der Gesundheitsberufe zugeschrieben werde, von dieser nicht zwingend gelebt werden müsse. Solche Zuschreibungen könnten von stereotypen Vorstellungen beeinflusst sein und je nach geografischem und sozialem Umfeld eine sehr individuelle Ausprägung aufweisen. Zu beachten ist bei einer individuellen Betreuung neben der medizinischen Komponente auch die mentale Gesundheit, das individuelle Mindset, die Biografie, persönliche Ressourcen und Belastungen der Frauen.

Beide Expertinnen und der Experte thematisieren eine Betreuung, die sich an den an den **Wünschen und Bedürfnissen** der Frauen orientiert. Sie sehen darin eine Anerkennung der Autonomie der Frauen und ihrer Befähigung, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Sie befürworten eine Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen und die Anerkennung der eigenen Expertisen der Frauen. Eine Expertin ergänzte, dass die Wünsche und Bedürfnisse als Ressource und Motivator gesehen werden sollten, die im Rahmen der Geburt genutzt werden könnten und deren Anerkennung zur körperlichen und seelischen Gesundheit der Frauen auch nach der Geburt beitrage.

Eine zentrale Bedeutung wird auch dem Bereich der **Kommunikation** zugeschrieben. Thematisiert wird neben den aus der Literatur synthetisierten Kriterien die Bedeutung von Sprache. Es wird darauf hingewiesen, dass die in der Geburtshilfe verwendete Sprache zum Teil negativ konnotiert ist und daher bewusst umgangen werden sollte. So wird bspw. das Wort „Wehe“ im alltagssprachlichen Gebrauch mit einer Drohung („wehe, wenn...“) oder im Zusammenhang mit Schmerz („wehtun“) verwendet. Ebenso wird die Wichtigkeit des Einsatzes von Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern hervorgehoben, aber auch die Schaffung eines Bewusstseins für die Möglichkeit von Übersetzungsschwierigkeiten und Schwierigkeiten im Umgang mit Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern. Eine Expertin hebt außerdem hervor, dass es wichtig sei, eine Umgebung zu schaffen, in der auch ein „Nein“ als Antwort möglich ist. Im deutschen Gesundheitssystem könne dies durch das Machtgefälle zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und den Frauen, aber auch durch kulturelle Hintergründe, bei denen ein „Nein“ als unhöflich gilt, erschwert sein. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe sollten demnach dahingehend geschult sein, dass sie auch mit einem „Nein“ umgehen können.

Die Erfüllung der vorangehenden Anforderungen an die Versorgung wird auch durch eine hohe **fachliche Kompetenz** der Angehörigen der Gesundheitsberufe ermöglicht, die es erlaubt, alternative Vorgehensweisen aufzuzeigen. In einem Teil der Interviews wurde bemängelt, dass z. B. der Umgang mit Beckenendlagen und Zwillingsgeburten nicht mehr Bestandteil der Ausbildung von Hebammen sei und betroffene Schwangere in vielen Kliniken nicht mehr auf vaginalem Weg

gebären könnten. Dies wird als Kompetenzverlust und als Einschränkung der Selbstbestimmung der Frauen angesehen.

Die **Selbstbestimmung** und **Einbeziehung der Frau in Entscheidungen (Shared decision-making)** wird von beiden Expertinnen und dem Experten thematisiert. Eine Expertin setzt Frauenzentrierung mit partizipativer Entscheidungsfindung gleich und sieht diese als zentrales Element im Rahmen der Geburt. Der Experte hebt hervor, dass die Frauen außer in absoluten Notfällen (bspw. dem Fehlen kindlicher Herztöne) in alle Entscheidungen mit einzubeziehen seien und dass sie körperlich und geistig in die Lage versetzt werden müssten, solche Entscheidungen treffen zu können.

Bezüglich eines **Umgangs mit den eigenen und fremden kulturellen Hintergründen** wird von beiden Expertinnen und dem Experten darauf hingewiesen, dass es nicht auf spezifisches Wissen über einzelne Länder und die dort vorherrschenden kulturellen Hintergründe ankomme, sondern auf ein allgemeines Verständnis für kulturelle Unterschiede. Es wird in einem Teil der Interviews dargelegt, dass aufgrund der Menge an unterschiedlichen kulturellen Ausprägungen und durch bestehende Forschungslücken eine umfassende Information auf diesem Gebiet nicht möglich sei. Vielmehr sollten aus Sicht der Expertinnen und des Experten die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die Geburt begleiten, sich ihrer eigenen kulturellen Hintergründe bewusst sein, um hieraus resultierende vorgefertigte Haltungen zu hinterfragen. Dadurch würden die Zuschreibung von kulturellen Haltungen und die auf dieser Zuschreibung beruhenden Empfehlungen durch Angehörige der Gesundheitsberufe minimiert. Der Gefahr einer Abkehr von einer individuellen Frauenzentrierung hin zu einer von Stereotypen geleiteten Versorgung könne so entgegengewirkt werden.

Als weiterer wichtiger Punkt wurde der **Umgang mit Traumata und deren Vermeidung** thematisiert. In den Gesprächen mit den Expertinnen und dem Experten wurde deutlich, dass es sich hierbei um ein sehr weites Feld handelt. Zum einen müssten die Frauen im Vorfeld der Geburt sensibel nach bestehenden Traumata gefragt werden und diese während der Geburt berücksichtigt werden. Zum anderen wurde aber auch auf die Traumata der Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die Geburt begleiten, hingewiesen. Diese bedürfen nach Meinung der Expertinnen und des Experten einer regelmäßigen Supervision, um entstandene Traumata zu verarbeiten und deren Folgen nicht in nachfolgende Geburten mitzunehmen und den Verlauf dadurch zu beeinflussen.

In zwei Interviews wird ergänzt, dass die **Einstellung** des Personals **zur Geburt** als wichtige Komponente und Ressource im Kreißaal anzusehen sei. Die derzeit gelebte Geburtskultur sei aber in alten Traditionen verhaftet und müsse mithilfe von Evidenz hinterfragt werden.

Auch wurde von einer Expertin auf die aktuelle **Rechtslage** hingewiesen. In diesem Zusammenhang werden durch Unwissenheit bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe und Regelungslücken Unsicherheiten ausgelöst, weshalb eine Thematisierung im Rahmen einer Schulung vorgeschlagen wird.

Mindestanforderungen

Folgende Schwerpunkte können mit Blick auf Mindestanforderungen an Schulungsinhalte für eine frauenzentrierte kultursensible Betreuung während der Geburt festgehalten werden:

- Individuelle Betreuung der Frau
- Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Frauen
- Kommunikation
- Fachliche Kompetenz
- Selbstbestimmung und Einbeziehung der Frau in Entscheidungen (Shared decision-making)
- Umgang mit den eigenen und fremden kulturellen Hintergründen
- Umgang mit Traumata und deren Vermeidung
- Einstellung zur Geburt
- Rechtslage

Die den Schwerpunkten zugrunde liegenden Schulungsinhalte sind hierbei:

- Individuelle, auf die einzelne Frau zugeschnittene Betreuung, Wahrung von Respekt und Würde
- Darreichung von sprachlich und inhaltlich verständlichen, umfassenden, evidenzbasierten Informationen (über Art, Umfang, Durchführung, Erfolgsaussichten, Dringlichkeit, Folgen und Risiken von Maßnahmen und Alternativen)
- Kontinuierliche evidenzbasierte Unterstützung/Betreuung
- Fachkompetenz bei nicht alltäglichen Kindslagen (z. B. Beckenendlage, Mehrlingsgeburten)
- Interaktive partnerschaftliche Entscheidungsfindung (Miteinbeziehung und Unterstützung von informierten wohlüberlegten Entscheidungsprozessen)
- Ermöglichung von persönlicher Kontrolle, Mit- und Selbstbestimmung
- Auseinandersetzung mit den eigenen und anderen kulturellen Hintergründen (Prägung, Handlungen, Identität und Werten), Bewusstsein für die eigene Einstellung zur Geburt und Hinterfragen von eigenen Traditionen
- Schulung von Perspektivübernahme, Empathie, Wertschätzung und Verständnis
- Anerkennung und Einbeziehung sozialer, emotionaler, körperlicher, psychosozialer, spiritueller und kultureller Bedürfnisse und Erwartungen der Frau (und ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen)
- Verständnis für kulturelle Unterschiede (Werte, Lebensweisen, Kulturen, Religionen, Rollenvorstellungen, Umgang mit und Abbau von Stereotypen, Vorurteilen und Fremdbildern)
- Erarbeiten von sensiblen verbalen und nonverbalen Fähigkeiten, Umgang mit Sprachbarrieren, Umgang mit Sprachmittlerinnen und -mittlern und Kommunikationshilfsmitteln (Bildtafeln, Kommunikations-Apps), Schaffung eines Bewusstseins für unterschiedliche Kommunikationsregeln, Umgang mit Tabuthemen, Gesprächsführungstechniken, Rhetorik, Schaffung eines Bewusstseins für die verwendete Sprache und Sprachduktus, Schaffung eines Raumes, in dem für die Frau auch eine Ablehnung einer Empfehlung möglich ist
- Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Krankheitskonzepten und Krankheitsbewältigungsstrategien

- Rollenerwartungen an Berufsgruppen
- Zusammenhänge von Migration und Flucht mit Gesundheit
- Bewusstsein für Zugangs- und Versorgungsbarrieren
- Sensibilisierung für Traumata sowohl aufseiten der Frauen als auch aufseiten des die Geburt begleitenden Personals
- Umgang mit Diskriminierung und Rassismus
- Umgang mit ethischen Konfliktfeldern und Differenzen
- Konfliktbewältigung und Deeskalation
- Schulung der aktuellen Rechtslage, Aufzeigen und Umgang mit möglichen Unsicherheiten
- Supervision

Spezifikationsempfehlungen

Tabelle 8: Einrichtungsbezogene Dokumentation (Geburten)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-09	Welcher Versorgungsstufe nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) gehört Ihre Einrichtung zum Datum des Messendes an?	NUMSCHLUESSEL	1=Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1 2=Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2 3=Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt 4=Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik	
GE-01/02	Wie hoch war im Erfassungszeitraum die Anzahl an Personen in der jeweiligen Berufsgruppe, die in die Versorgung der Zielgruppe des Qualitätsvertrags eingeschlossen waren?			Zu zählen sind für die jeweilige Berufsgruppe alle Personen, die im Erfassungszeitraum (Datum des Messbeginns bis Datum des Messendes) in der Einrichtung beschäftigt und im Kalenderjahr des Erfassungszeitraums mindestens 30 Tage anwesend waren. Es sind Personen in den Bereichen (beispielsweise im Kreißsaal oder auch in der Sprechstunde/Erstanmeldung tätige Personen) zu berücksichtigen, die die im Qualitätsvertrag vereinbarte Zielgruppe versorgen bzw. die im Qualitätsvertrag vereinbarten Maßnahmen anwenden (werden). Die vorgenannten Bedingungen erfüllend, sind auch die Personen zu berücksichtigen, die im Erfassungszeitraum ausgeschieden sind oder teilweise abwesend waren (z. B. durch Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit).
GE-01/02	angestellte Hebammen	ZAHL(3STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-01/02	Geburtshelferinnen und -helfer	ZAHL(3STELLEN)		
GE-01/02	Kinderärztinnen und -ärzte	ZAHL(3STELLEN)		
GE-01/02	Anästhesistinnen und Anästhesisten	ZAHL(3STELLEN)		
GE-01	Wie hoch war die Anzahl an Personen in der jeweiligen Berufsgruppe, die zum Ende des Erfassungszeitraums in den zurückliegenden 12 Monaten eine Neugeborenen-Reanimations-schulung abgeschlossen haben, die die Empfehlungen der ERC berücksichtigt?	ZAHL(3STELLEN)		Zu zählen sind für die jeweilige Berufsgruppe alle Personen, die im Erfassungszeitraum (Datum des Messbeginns bis Datum des Messendes) bis zum Datum des Messendes in den zurückliegenden 12 Monaten eine Neugeborenen-Reanimations-schulung abgeschlossen haben, die die Empfehlungen des European Resuscitation Council (ERC) berücksichtigt.
GE-01	angestellte Hebammen	ZAHL(3STELLEN)		
GE-01	Geburtshelferinnen und -helfer	ZAHL(3STELLEN)		
GE-01	Kinderärztinnen und -ärzte	ZAHL(3STELLEN)		
GE-01	Anästhesistinnen und Anästhesisten	ZAHL(3STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-02	Wie hoch war im Erfassungszeitraum die Anzahl an Personen in der jeweiligen Berufsgruppe, die eine Schulung zum kultursensiblen und frauenzentrierten Umgang mit Schwangeren abgeschlossen haben, die die Mindestanforderungen erfüllt?	ZAHL(3STELLEN)		<p>Zu zählen sind für die jeweilige Berufsgruppe alle Personen, die im Erfassungszeitraum (Datum des Messbeginns bis Datum des Messendes) bis zum Datum des Messendes eine Schulung mit nachfolgenden Schwerpunkten an Schulungsinhalten (Mindestanforderungen) abgeschlossen haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ individuelle Betreuung der Frau ▪ Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Frauen ▪ Kommunikation ▪ fachliche Kompetenz ▪ Selbstbestimmung und Einbeziehung der Frau in Entscheidungen (Shared decision making) ▪ Umgang mit den eigenen und fremden kulturellen Hintergründen ▪ Umgang mit Traumata und deren Vermeidung ▪ Einstellung zur Geburt ▪ Rechtslage <p>Eine ausführliche Beschreibung der Schulungsinhalte entnehmen Sie bitte der letzten Seite des Dokumentationsbogens.</p>
GE-02	angestellte Hebammen	ZAHL(3STELLEN)		
GE-02	Geburtshelferinnen und -helfer	ZAHL(3STELLEN)		
GE-02	Kinderärztinnen und -ärzte	ZAHL(3STELLEN)		
GE-02	Anästhesistinnen und Anästhesisten	ZAHL(3STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-03	Verfügte das Krankenhaus [NWM: zum Datum des Messbeginns/INT: zum Datum des Messendes] über einen Standard zur Information und Beratung der Schwangeren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Ein Standard kann beispielsweise eine Checkliste oder eine Standard Operating Procedure (SOP) sein.
GE-03	Enthält der Standard den jeweiligen nachfolgenden Aspekt bzgl. der vorgeburtlichen Information und Beratung der Schwangeren?			
GE-03	mögliche Geburtsorte/Geburtssettings	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	<p>Mögliche Geburtsorte/-settings:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhäuser der verschiedenen Versorgungsstufen (Hebammenkreißsaal und/oder ärztlich geleiteter Kreißsaal) ▪ Geburtshäuser ▪ Hausgeburten Die Information /Beratung hat die unterschiedlichen Betreuungsmöglichkeiten im jeweiligen Setting zu umfassen ▪ Zugang zu Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme, ärztliche Betreuung ▪ mögliche schmerzlindernde Maßnahmen

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-03	Betreuungsmöglichkeiten in den verschiedenen Geburtsphasen	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Information und Beratung über Spezifika und Betreuung in einzelnen Geburtsphasen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Latenzphase: Umgang mit Wehenschmerz, Kontaktmöglichkeiten zum geburtshilflichen Team, Zeichen des Geburtsbeginns und Umgang mit Blasensprung und Wehen ▪ Austrittsphase: Umgang mit dem eigenen Pressdrang ▪ Nachgeburtsperiode: Nutzen und Risiken von abwartendem und aktivem Management
GE-03	verschiedene Geburtsmodi	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Geburtsmodi sind vaginale Geburt, vaginal-operative Geburt und Sectio
GE-03	Möglichkeit, Nutzen und Risiken einer konservativen Schmerzbewältigung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Zur konservativen Schmerzbewältigung zählen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atem- und Entspannungstechniken ▪ Massagen durch Begleitpersonen ▪ Abspielen von Musik ▪ schmerzlindernde Haltungen ▪ Bewegung
GE-03	Möglichkeit, Nutzen und Risiken einer medikamentösen Schmerzbewältigung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-03	Enthält der Standard Aspekte zur Information und Beratung bzgl. der jeweiligen nachfolgenden Komplikation?			

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-03	vorzeitiger Blasensprung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-03	protrahierte Eröffnungsphase	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-03	Komplikationen, die eine Fetalblutanalyse indizieren	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-03	Mekonium im Fruchtwasser	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-04	Verfügte das Krankenhaus [NWM: zum Datum des Messbeginns/INT: zum Datum des Messendes] über einen Standard zur Erst-/Aufnahmeuntersuchung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Ein Standard kann beispielsweise eine Checkliste oder eine Standard Operating Procedure (SOP) sein.
GE-04	Enthält der Standard den jeweiligen nachfolgenden Aspekt zur Erst-/Aufnahmeuntersuchung?			
GE-04	Erfassung der fetalen Bewegung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-04	Erfassung der Bedürfnissen der Schwangeren	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-04	Erfassung der Wünschen der Schwangeren	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-04	Erfassung der Erwartungen der Schwangeren	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-04	Information über die Latenzzeit und Umgang mit Wehenschmerz	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Latenzzeit definiert sich als frühe Wehenphase bis zu einer Muttermundseröffnung von 4 bis 6 Zentimetern.
GE-04	Information über Unterstützungsmöglichkeiten, Zuständigkeiten und Kontaktmöglichkeiten der Klinik	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-04	partizipative Planung des weiteren Vorgehens (unter Beteiligung und Mitbestimmung der Frau)	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-04	Abklärung/Beratung über mögliche Risikoschwangerschaft	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-05	Verfügte das Krankenhaus [NWM: zum Datum des Messbeginns/INT: zum Datum des Messendes] über einen Standard zur Erstbeurteilung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Ein Standard kann beispielsweise eine Checkliste oder eine Standard Operating Procedure (SOP) sein.
GE-05	Enthält der Standard den jeweiligen nachfolgenden Aspekt zur Erstbeurteilung?			
GE-05	Erfassung der Bedürfnisse der Schwangeren	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-05	Erfassung der Wünschen der Schwangeren	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-05	Erfassung der pränatal erhobene Befunde und Eintragungen im Mutterpass	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-05	Erfassung der Wehentätigkeit (Frequenz, Dauer und Stärke)	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-05	Erfassung der empfundenen Schmerzstärke	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-05	Erfassung von vaginaler Blutung, Schleim- und Fruchtwasserabgang	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-05	Erfassung der kindlichen Vitalität im Mutterleib	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-05	Erfassung der kindlichen Lage im Mutterleib	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-05	Erfassung der maternalen Vitalzeichen	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-05	Ergebnisse der Urinuntersuchung (Urinteststreifen)	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-06	Verfügte das Krankenhaus [NWM: zum Datum des Messbeginns/INT: zum Datum des Messendes] über einen Standard zur Beachtung von Bedürfnissen der Schwangeren und des Kindes?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Ein Standard kann beispielsweise eine Checkliste oder eine Standard Operating Procedure (SOP) sein.
GE-06	Enthält der Standard den jeweiligen nachfolgenden Aspekt zur Beachtung von Bedürfnissen der Schwangeren und des Kindes?			
GE-06	Ermöglichung von einer oder mehreren Begleitpersonen	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-06	Information über die Möglichkeit, während der Geburt zu essen	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-06	Information über die Möglichkeit, während der Geburt zu trinken	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-06	Motivation zur Bewegung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-06	Motivation zur freien Wahl der Gebärposition	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-06	Ermöglichung des Bonding-Prozesses	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-07	Verfügte das Krankenhaus [NWM: zum Datum des Messbeginns/INT: zum Datum des Messendes] über einen Standard zu Angeboten und zur Unterstützung der Schwangeren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Ein Standard kann beispielsweise eine Checkliste oder eine Standard Operating Procedure (SOP) sein.
GE-07	Enthält der Standard den jeweiligen nachfolgenden Aspekt zu Angeboten und zur Unterstützung der Schwangeren?			
GE-07	Unterstützung der Schwangeren bei konservativer Schmerzlinderung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Konservative Schmerzlinderung beinhaltet beispielsweise eine Unterstützung bei Atem- und Entspannungstechniken, die Anwendung von erlernten Massage-techniken durch Begleitpersonen und das Abspielen von Musik.
GE-07	Angebot einer nicht medikamentösen Gebärunderstützung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Eine nicht medikamentöse Gebärunderstützung beinhaltet beispielsweise Zuspruch, Motivation zu einem Positionswechsel oder Blasenentleerung.
GE-07	Angebot einer Dammschutzprophylaxe	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Eine Dammschutzprophylaxe umfasst beispielsweise den Einsatz von warmen Kompressen.

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-07	Unterstützung eines abwartenden Managements in der Nachgeburtsphase	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Abwartendes Management in der Nachgeburtsphase umfasst: <ul style="list-style-type: none"> keine routinemäßige Anwendung von Uterotonika Abklemmen der Nabelschnur erst nach Beendigung der Pulsation spontane Geburt der Plazenta und Eihäute durch die Mutter
GE-08	Verfügte das Krankenhaus [NWM: zum Datum des Messbeginns/INT: zum Datum des Messendes] über einen Standard zum Einsatz von nicht-routinemäßig einzusetzenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Ein Standard kann beispielsweise eine Checkliste oder eine Standard Operating Procedure (SOP) sein. Unter „nicht-routinemäßig“ wird im Zusammenhang mit Qualitätsverträgen verstanden, dass die Maßnahmen nicht als Standard bei allen Geburten durchgeführt werden, sondern bei medizinischer Indikation.
GE-08	Enthält der Standard Aspekte zum Einsatz der jeweiligen nachfolgenden diagnostischen/therapeutischen Maßnahme?			
GE-08	CTG-Überwachung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Bei einer nicht routinemäßigen CTG-Überwachung werden Schwangere mit niedrigem Risiko bei Aufnahme und in der aktiven Eröffnungsphase sowie Schwangere mit etablierter PDA betrachtet.
GE-08	fetale Elektrokardiogramme (EKG) mittels Kopfschwartenelektrode oder abdominaler EKG-Ableitung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-08	intrapartale fetale Sauerstoffsättigungsmessung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-08	intrapartale Ultraschalluntersuchung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-08	eingesetztes aktives Management der Geburt	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Ein aktives Management der Geburt beinhaltet routinemäßige vaginale Untersuchungen (alle zwei Stunden), die Gabe von Oxytocin, sobald die Wehentätigkeit nachlässt, und eine Durchführung von frühen Amniotomien (künstliche Fruchtblaseneröffnung).
GE-08	Amniotomie	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-08	Episiotomie	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Die nachfolgenden Angaben beziehen auf das Krankenhaus nach Institutionskennzeichen.			
GE-09	Wie viele angestellte Hebammen waren im jeweiligen Monat insgesamt beschäftigt?	ZAHL(3STELLEN)(12LOOP)		
GE-09	Gesamtzahl der im jeweiligen Monat tatsächlichen Personalstunden (Ist-Stunden) von angestellten Hebammen	ZAHL(5STELLEN)(12LOOP)		Unter Ist-Stunden werden die tatsächlich für den Arbeitseinsatz zur Verfügung stehenden Personenstunden verstanden, ohne Krankheits-, Fort- und Weiterbildungstage, aber inklusive Mehrarbeit und Überstunden. Nicht mit einzurechnen sind die Stunden von Hebammenschülerinnen und -schülern sowie Studentinnen und Studenten.
GE-09	Wie hoch ist die Wochenarbeitszeit einer in Vollzeit beschäftigten Hebamme?	1DEZIMAL-ZAHL(3STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-09	Wie viele Hebammen auf Leasingbasis waren im jeweiligen Monat insgesamt beschäftigt?	ZAHL(3STEL-LEN)(12LOOP)		
GE-09	Gesamtzahl der im jeweiligen Monat tatsächlichen Personalstunden (Ist-Stunden) von Hebammen auf Leasingbasis	ZAHL(5STEL-LEN)(12LOOP)	9=Angabe der Arbeitsstunden nicht möglich.	Unter Ist-Stunden werden die für den Arbeitseinsatz abgerechneten Personenstunden verstanden.
GE-09	Wie viele Hebammen auf Honorarbasis waren im jeweiligen Monat insgesamt beschäftigt?	ZAHL(3STEL-LEN)(12LOOP)		
GE-09	Gesamtzahl der im jeweiligen Monat tatsächlichen Personalstunden (Ist-Stunden) von Hebammen auf Honorarbasis	ZAHL(5STEL-LEN)(12LOOP)	9=Angabe der Arbeitsstunden nicht möglich.	Unter Ist-Stunden werden die für den Arbeitseinsatz abgerechneten Personenstunden verstanden.
GE-09	Wie viele Beleghebammen sind im jeweiligen Monat insgesamt beschäftigt?	ZAHL(3STEL-LEN)(12LOOP)		
GE-09	Wie viele Geburten gab es in der Einrichtung im jeweiligen Monat insgesamt?	ZAHL(4STEL-LEN)(12LOOP)		Eine Geburt wird zu dem Monat gerechnet, in dem der Geburtstermin liegt.
GE-09	Wie viele Geburten von Frühgeborenen (Kinder, die vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden) gab es in der Einrichtung im jeweiligen Monat insgesamt?	ZAHL(4STEL-LEN)(12LOOP)		Eine Geburt wird zu dem Monat gerechnet, in dem der Geburtstermin liegt.
	Wie viele primäre Sectiones (Kaiserschnittgeburten) gab es in der Einrichtung im jeweiligen Monat?	ZAHL(3STEL-LEN)(12LOOP)		Eine Sectio wird zu dem Monat gerechnet, in dem der Geburtstermin liegt. Gezählt werden alle primären Sectiones unabhängig davon, ob sie im Rahmen des Qualitätsverträge durchgeführt wurden oder nicht.

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				Zu zählen sind die Sectiones, die mit folgenden OPS kodiert wurden: OPS 5-740.0, 5-741.0, 5-741.2, 5-741.4, 5-742.0, 5-749.10.
	Wie viele sekundäre Sectiones (Kaiserschnittgeburten) gab es in der Einrichtung im jeweiligen Monat?	ZAHL(3STELLEN)(12LOOP)		<p>Eine Sectio wird zu dem Monat gerechnet, in dem der Geburtstermin liegt.</p> <p>Gezählt werden alle sekundären Sectiones unabhängig davon, ob sie im Rahmen des Qualitätsverträge durchgeführt wurden oder nicht.</p> <p>Zu zählen sind die Sectiones, die mit folgenden OPS kodiert wurden: OPS 5-740.1, 5-741.1, 5-741.3, 5-741.5, 5-742.1, 5-749.11.</p>
	Wie viele sonstige/nicht näher bestimmte Sectiones (Kaiserschnittgeburten) gab es in der Einrichtung im jeweiligen Monat?	ZAHL(3STELLEN)(12LOOP)		<p>Eine Sectio wird zu dem Monat gerechnet, in dem der Geburtstermin liegt.</p> <p>Gezählt werden alle sonstigen / nicht näher bestimmten Sectiones unabhängig davon, ob sie im Rahmen des Qualitätsverträge durchgeführt wurden oder nicht.</p> <p>Zu zählen sind die Sectiones, die mit folgenden OPS kodiert wurden: OPS 5-740.y, 5-741.x, 5-741.y, 5-742.y, 5-749.0, 5-749.x, 5-749.y.</p>

3.3.5 Behandlung Tabakabhängigkeit

Im Zusammenhang der Evaluationskennziffer TA-01 (Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe) wurden nach der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Vorgehensweise Mindestanforderungen für Schulungsinhalte zur Tabakentwöhnung identifiziert. Die Ergebnisse hierzu sind in den nachfolgenden Absätzen beschrieben.

Ergebnisse zu Mindestanforderung an Schulungsinhalte

Auswertung von Literatur/Curricula

Durch die orientierende Literaturrecherche konnten Fortbildungsangebote für ärztliches Personal im Rahmen des Curriculums der BÄK zur Behandlung der Tabakabhängigkeit identifiziert und ausgewertet werden. Ergänzend bietet „Das Rauchfrei Programm“ eine zertifizierte Ausbildung zum Rauchfrei-Trainer für Fachkräfte in der stationären Gesundheitsversorgung und Personen mit einer Berufsausbildung und/oder Tätigkeit im Gesundheits- oder Sozialwesen an, die in die Abstrahierung relevanter Schulungsinhalte einbezogen wurde.

Ziel des Curriculums „Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung“ der BÄK ist es, Ärztinnen und Ärzten detaillierte Informationen über die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und gesundheitlichen Aspekte des Tabakkonsums und der Tabakentwöhnung zu vermitteln. Die Einordnung der Tabakproblematik in den gesellschaftlichen Kontext, die beispielhafte Darstellung bestehender politischer Strategien zur Tabakkontrolle und ärztlicher Interventionsmöglichkeiten sowie die gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums und die Auswirkungen des Rauchstopps stehen dabei im Vordergrund. Aufbauend auf den Grundlagen der Tabakabhängigkeit werden Methoden der Tabakentwöhnung wie die motivierende Beratung zum Rauchstopp, verhaltenstherapeutische Ansätze (z. B. Verhaltensanalyse, kognitive Umstrukturierung oder Rückfallmanagement) und pharmakologische Unterstützung durch Nikotinersatzpräparate und Medikamente vermittelt. Ein besonderer Schwerpunkt des Curriculums liegt auf der Vermittlung von Handlungskompetenzen. Neben der Anamnese und Erhebung des Rauchstatus, dessen Bewertung und der Initiierung der Tabakentwöhnungstherapie sollen die Ärztinnen und Ärzte grundlegende Elemente der patientenorientierten Ansprache, Intervention und motivierenden Gesprächsführung sowie Gesprächs- und Beratungstechniken zur Motivationsförderung anwenden können, um ein strukturiertes Tabakentwöhnungsprogramm direkt oder als Kursleiter im Gruppensetting durchführen zu können. Außerdem wird die Umsetzung und Implementierung der genannten Maßnahmen im unmittelbaren Arbeitsumfeld vermittelt (BÄK 2022a).

Darüber hinaus bietet „Das Rauchfrei Programm“ explizit für Fachkräfte in der stationären Gesundheitsversorgung und für Personen mit einer Berufsausbildung und/oder Tätigkeit im Gesundheits- oder Sozialwesen ein Klinikzertifikat an, das sie als „Rauchfrei-Trainer“ zur Durchführung bzw. zum Angebot von Rauchfrei-Kursen in Kliniken befähigt. Im Rahmen der Schulung werden neben Grundlagenwissen zum Tabakkonsum und dessen Entstehung bzw. Aufrechterhaltung auch Methoden zur Veränderung des Tabakkonsums vermittelt. Ergänzend werden die

Strukturen und Methoden des Rauchfrei-Programms besprochen und eine Einführung in den Rauchfrei-Klinikkurs gegeben. Didaktisch fokussiert die Fortbildung primär auf die Wissensvermittlung sowie die praktische Umsetzung und Implementierung der Tabakentwöhnung im stationären Bereich (Rauchfrei Programm 2023).

Anhand der genannten Schulungsinhalte wurden wesentliche Schulungsinhalte abstrahiert und berufsgruppenübergreifend in acht Schulungsinhalten zusammengefasst:

- Tabakkonsum im gesellschaftlichen Kontext
- Strategien der Tabakkontrollpolitik
- Entstehung und Auswirkungen der Tabakabhängigkeit
- Tabakentwöhnung und ihre (körperlichen) Auswirkungen
- Bestimmung der Tabakabhängigkeit (Screening, diagnostische Verfahren)
- Methoden der Tabakentwöhnung (u. a. Nikotinersatztherapie, verhaltenstherapeutische Ansätze)
- Patientenzentrierte und partizipative Behandlung der Tabakabhängigkeit
- Patientenorientierte Kommunikation und Motivation der Patientin / des Patienten

Standardisierte Befragung

An der standardisierten Befragung nahmen insgesamt drei von den Fachgesellschaften benannte Expertinnen und Experten teil. Die Teilnehmenden gaben medizinische, pflegerische und andere erworbene Qualifikationen an. Unabhängig von der Berufsausübung sollten die Expertinnen und Experten angeben, welche Berufsgruppen sie in der Befragung vertreten. Dabei waren Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte repräsentiert.

Bestandteil der standardisierten Befragung war die Bewertung der aus der orientierenden Literaturrecherche gewonnenen Schulungsinhalte. Entsprechend den angegebenen Berufsgruppen erfolgte in einem ersten Schritt eine Bewertung der Relevanz der dargestellten Schulungsinhalte durch die Expertinnen und Experten. Die als relevant bewerteten Inhalte wurden anschließend als obligatorische oder optionale Schulungsinhalte klassifiziert. Die von den Expertinnen und Experten ergänzten weiteren Schulungsinhalte wurden nach der gleichen Systematik bewertet.

Die Auswertung der Bewertung der Schulungsinhalte zeigt, dass die Expertinnen und Experten von den acht aufgeführten Schulungsinhalten die Tabakentwöhnung und ihre (körperlichen) Auswirkungen, die Methoden der Tabakentwöhnung, die patientenzentrierte und partizipative Behandlung der Tabakabhängigkeit sowie die patientenorientierte Kommunikation und Motivation der Patientinnen und Patienten als obligatorisch bewerteten. Die übrigen Schulungsinhalte der orientierenden Literaturrecherche werden dagegen teilweise als optional oder nicht relevant eingestuft. Darüber hinaus wurden von den Expertinnen und Experten neun weitere Schulungsinhalte genannt, von denen sieben als obligatorisch und zwei als optional bewertet wurden. Insgesamt konnten keine Schulungsinhalte identifiziert werden, die pauschal als nicht relevant bewertet wurden. Die Ergebnisse der Bewertungen sind in Anhang B dargestellt.

Experteninterviews

Ziel der Experteninterviews war die abschließende Diskussion und Bewertung der Ergebnisse der standardisierten Befragung mit einer Expertin bzw. einem Experten. In diesem Zusammenhang wurde vorab ein Leitfaden (Anhang C) mit Fragen für das standardisierte Interview entwickelt und zur Verfügung gestellt. Auf die Frage, welche der aufgeführten Schulungsinhalte berufsgruppenübergreifend verpflichtend sind, konnten fünf verpflichtende und ein optionaler Inhalt identifiziert werden. Neben den Grundlagen der Tabakentwöhnung und deren (körperlicher) Auswirkungen wurden die Feststellung der Tabakabhängigkeit durch Screening und diagnostische Verfahren sowie die Methoden der Tabakentwöhnung (u. a. Nikotinersatztherapie, verhaltenstherapeutische Ansätze) als obligatorisch hervorgehoben. Darüber hinaus sind eine patientenzentrierte und partizipative Behandlung der Tabakabhängigkeit sowie eine patientenorientierte Kommunikation und Motivation als verpflichtende Schulungsinhalte anzusehen. Die Entstehung und die Auswirkungen der Tabakabhängigkeit wurden als optionale Inhalte bewertet. Schulungsinhalte wie die Einordnung des Tabakkonsums in den gesellschaftlichen Kontext und Strategien der Tabakpolitik sind entweder bereits in den zuvor genannten Schulungsinhalten enthalten oder wurden für berufsgruppenübergreifende Schulungsinhalte als ungeeignet befunden. Ergänzend wurden neun weitere Schulungsinhalte erfasst. Davon wurden vier Inhalte als verpflichtend bewertet, wovon drei als thematische Doppelungen bzw. inhaltliche Ergänzungen identifiziert wurden. Aus diesem Grund wurde hieraus nur der Schulungsinhalt Prozess- und Strukturvoraussetzungen zur Umsetzung der stationären Tabakentwöhnung (u. a. interprofessionelle Zusammenarbeit, Kommunikation) als verpflichtend aufgenommen.

Mindestanforderungen

Anhand der zuvor erfolgten Schritte wurden die folgenden Schulungsinhalte als Mindestanforderungen an eine Schulung im Sinne der Evaluationskennziffer TA-01 ermittelt:

- Entstehung und Auswirkungen der Tabakabhängigkeit
- Tabakentwöhnung und ihre (körperlichen) Auswirkungen
- Bestimmung der Tabakabhängigkeit (Screening, diagnostische Verfahren)
- Methoden der Tabakentwöhnung (u. a. Nikotinersatztherapie, verhaltenstherapeutische Ansätze)
- Patientenzentrierte und partizipative Behandlung der Tabakabhängigkeit
- Patientenorientierte Kommunikation und Motivation der Patientin / des Patienten
- Prozess- und Strukturvoraussetzungen zur Umsetzung der stationären Tabakentwöhnung (u. a. interprofessionelle Zusammenarbeit, Kommunikation)

Spezifikationsempfehlungen

Tabelle 9: Einrichtungsbezogene Dokumentation (Behandlung Tabakabhängigkeit)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
TA-01	Wie hoch war im Erfassungszeitraum die Anzahl an Personen in der jeweiligen Berufsgruppe, die in die Versorgung der Zielgruppe des Qualitätsvertrags eingeschlossen waren?			Zu zählen sind für die jeweilige Berufsgruppe alle Personen, die im Erfassungszeitraum (Datum des Messbeginns bis Datum des Messendes) in der Einrichtung beschäftigt und im Kalenderjahr des Erfassungszeitraums mindestens 30 Tage anwesend waren. Es sind Personen in den Bereichen (beispielsweise Abteilungen, Stationen) zu berücksichtigen, die die im Qualitätsvertrag vereinbarte Zielgruppe versorgen bzw. die im Qualitätsvertrag vereinbarten Maßnahmen anwenden (werden). Die vorgenannten Bedingungen erfüllend, sind auch die Personen zu berücksichtigen, die im Erfassungszeitraum ausgeschieden sind oder teilweise abwesend waren (z. B. durch Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit).
TA-01	Ärztinnen/Ärzte	ZAHL(3STELLEN)		Eine Person, die sowohl eine medizinische (Ärztin/Arzt) als auch eine psychologische (Psychologin/Psychologe) Qualifikation aufweist, ist der Berufsgruppe zuzuordnen, welcher die ausgeübten Tätigkeiten (überwiegend) entsprechen. Diese Person ist nur einmal zu zählen.
TA-01	Psychologinnen/Psychologen	ZAHL(3STELLEN)		Eine Person, die sowohl eine medizinische (Ärztin/Arzt) als auch eine psychologische (Psychologin/Psychologe) Qualifikation aufweist, ist der Berufsgruppe zuzuordnen, welcher die ausgeübten Tätigkeiten (überwiegend) entsprechen. Diese Person ist nur einmal zu zählen.
TA-01	Pflegefachkräfte	ZAHL(3STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
TA-01	weitere Angehörige der Gesundheitsberufe	ZAHL(3STELLEN)		
TA-01	Welche weiteren Angehörige der Gesundheitsberufe sind an der Versorgung beteiligt?	TEXT(50STELLEN)		
TA-01	Wie hoch war im Erfassungszeitraum die Anzahl an Personen in der jeweiligen Berufsgruppe, die eine Schulung zur Behandlung der Tabakabhängigkeit bzw. Tabakentwöhnung abgeschlossen haben, welche die Mindestanforderungen erfüllt?			<p>Zu zählen sind für die jeweilige Berufsgruppe alle Personen, die im Erfassungszeitraum (Datum des Messbeginns bis Datum des Messendes) bis zum Datum des Messendes eine Schulung mit nachfolgenden Schulungsinhalten (Mindestanforderungen) abgeschlossen haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entstehung und Auswirkungen der Tabakabhängigkeit ▪ Tabakentwöhnung und ihre (körperlichen) Auswirkungen ▪ Bestimmung der Tabakabhängigkeit (Screening, diagnostische Verfahren) ▪ Methoden der Tabakentwöhnung (u. a. Nikotinersatztherapie, verhaltenstherapeutische Ansätze) ▪ Patientenzentrierte und partizipative Behandlung der Tabakabhängigkeit ▪ Patientenorientierte Kommunikation und Motivation der Patientin / des Patienten ▪ Prozess- und Strukturvoraussetzungen zur Umsetzung der stationären Tabakentwöhnung (u. a. interprofessionelle Zusammenarbeit, Kommunikation)
TA-01	Ärztinnen/Ärzte	ZAHL(3STELLEN)		Eine Person, die sowohl eine medizinische (Ärztin/Arzt) als auch eine psychologische (Psychologin/Psychologe) Qualifikation aufweist, ist der Berufsgruppe zuzuordnen, welcher die ausgeübten Tätigkeiten (überwiegend) entsprechen. Diese Person ist nur einmal zu zählen.

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
TA-01	Psychologinnen/Psychologen	ZAHL(3STELLEN)		Eine Person, die sowohl eine medizinische (Ärztin/Arzt) als auch eine psychologische (Psychologin/Psychologe) Qualifikation aufweist, ist der Berufsgruppe zuzuordnen, welcher die ausgeübten Tätigkeiten (überwiegend) entsprechen. Diese Person ist nur einmal zu zählen.
TA-01	Pflegefachkräfte	ZAHL(3STELLEN)		
TA-01	weitere Angehörige der Gesundheitsberufe	ZAHL(3STELLEN)		
TA-05	Verfügte die Einrichtung [NWM: zum Datum des Messbeginns/INT: zum Datum des Messendes] über einen Standard für die Beratung von Patientinnen und Patienten zur Behandlung der Tabakanhängigkeit bzw. Tabakentwöhnung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Ein Standard kann beispielsweise eine Checkliste oder eine Standard Operating Procedure (SOP) sein.
TA-05	Enthält der Standard den jeweiligen nachfolgenden Aspekt zur Beratung von Patientinnen und Patienten zur Behandlung der Tabakanhängigkeit bzw. Tabakentwöhnung?			
TA-05	Planung der weiterführenden poststationären Tabakentwöhnung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
TA-05	Angebot einer pharmakologischen Unterstützung (NET und medikamentöse Therapie)	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
TA-05	Angebot von verhaltenstherapeutischen Einzel- oder Gruppeninterventionen	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
TA-05	Zurverfügungstellung von Selbsthilfematerialien	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

3.4 Fallbezogene Dokumentation

3.4.1 Leistungsbereichsübergreifend

Tabelle 10: Fallbezogene Dokumentation (leistungsbereichübergreifend)

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Messung	NUMSCHLUESSEL	1=Interventionsmessung 3=Nullwertmessung	Bitte geben Sie für den Behandlungsfall an, ob diese für eine Nullwertmessung oder eine Interventionsmessung dokumentiert wird.
Qualitätsvertrag-Kennzeichnung	[QV-XX-] ZAHL(5STELLEN) [-] ZAHL(4STELLEN)		Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.
Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)	ZAHL(9STELLEN)		
Pseudonym	ZAHL(6STELLEN)		Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Falllisten zugeordnet.
Geburtsdatum	DATUM		
Geschlecht	NUMSCHLUESSEL	1=männlich 2=weiblich 3=divers 66=unbestimmt	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse gemäß Projektplan	ZAHL(9STELLEN)		
Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts	ZAHL(5STELLEN)		

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Standortkennzeichen des entlassenden Standorts	ZAHL(9STELLEN)		
behandelnde Fachabteilung	ZAHL(4STELLEN)		
Aufnahmedatum Krankenhaus	DATUM		
Aufnahmediagnose	ICD10		Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des ICD-10-GM vorzunehmen.
Entlassungsdatum Krankenhaus	DATUM		
Entlassungsgrund	ZAHL(2STELLEN)		
Entlassungsdiagnose (Hauptdiagnose)	ICD10		Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des ICD-10-GM vorzunehmen.

3.4.2 Mangelernährung

Tabelle 11: Fallbezogene Dokumentation (Mangelernährung)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	In welchem medizinischen Fachbereich wird die Patientin / der Patienten behandelt?	NUMSCHLUESSEL	1=Geriatric 2=Onkologie 3=Viszeralchirurgie 4=Intensivmedizin 5=Anderer	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
ME-02	Wurde ein Screening auf eine Mangelernährung bzw. auf ein Risiko für eine Mangelernährung durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
ME-02	Welches Screening-Instrument wurde verwendet?	NUMSCHLUESSEL	1=MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) 2=NRS (Nutrition Risk Score) 3=MNA (Mini Malnutrition Assessment) 4=SGA (Subjective Global Assessment) 66=Anderes(TEXT) =	
ME-02	Liegt eine Mangelernährung bzw. ein Risiko für eine Mangelernährung vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Die Feststellung einer Mangelernährung oder eines Risikos für eine Mangelernährung kann aufgrund des Ergebnisses des standardisierten Screenings erfolgen, aber auch auf andere Weise diagnostiziert werden.
ME-03	Wurde ein standardisiertes Ernährungs-Assessment durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
ME-03	Bitte geben Sie das Datum an, zu welchem das Ernährungs-Assessments durchgeführt wurde.	DATUM		
ME-05	Erhielt die Patientin / der Patient eine Ernährungstherapie zur Behandlung einer Mangelernährung oder einem Risiko für eine Mangelernährung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
ME-09	Bitte geben Sie die Körpergröße der Patientin / des Patienten an.	ZAHL(3STELLEN)		
ME-09	Bitte geben Sie das Gewicht der Patientin / des Patienten bei Aufnahme an.	ZAHL(3STELLEN)		
ME-08	Die beiden nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Handkraftmessung bei der Aufnahme.	NUMSCHLUESSEL	9=Die Durchführung der Handkraftmessung war aufgrund des Zustands der Patientin / des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer Demenzerkrankung, paretischer Hände etc.).	
ME-08	Bitte geben Sie den besten Versuch der Handkraftmessung der rechten Hand an.	ZAHL(4STELLEN)	9=Die Durchführung der Handkraftmessung an der rechten Hand war aufgrund des Zustands der Patientin / des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer paretischen Hand, Operation, Amputation etc.).	Die Handkraftmessung soll anhand eines Dynamometers in sitzender Position pro Hand dreimal erfolgen. Zur Durchführung der Messung ist der Arm in angewinkelter freier Haltung mit einem Stellungswinkel von 90 Grad im Ellenbogen auszurichten. Der Arm sollte nicht aufliegen oder in der Stellung unterstützt sein. Bitte geben Sie den gemessenen höchsten Wert pro Hand in kg an.
ME-08	Bitte geben Sie den besten Versuch der Handkraftmessung der linken Hand an.	ZAHL(4STELLEN)	9=Die Durchführung der Handkraftmessung an der linken Hand war aufgrund des Zustands der Patientin / des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer paretischen Hand, Operation, Amputation etc.).	Die Handkraftmessung soll anhand eines Dynamometers in sitzender Position pro Hand dreimal erfolgen. Zur Durchführung der Messung ist der Arm in angewinkelter freier Haltung mit einem Stellungswinkel von 90 Grad im Ellenbogen auszurichten. Der Arm sollte nicht aufliegen oder in der Stellung unterstützt sein. Bitte geben Sie den gemessenen höchsten Wert pro Hand in kg an.

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
ME-04	Wurde eine Ernährungsberatung angeboten?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, der Patientin / dem Patienten 2=ja, (einer/einem) Angehörigen 3=ja, (einer/einem) Pflegenden der Patientin / des Patienten	
ME-06	Erfolgte eine Überprüfung der Ernährungstherapie bzw. eine Wiederholung des Ernährungs-Assessments?		0=nein 1=ja	
ME-06	Wie häufig wurde eine Wiederholung des Ernährungs-Assessments durchgeführt?	ZAHL(2STELLEN)		
ME-06	Bitte geben Sie das Datum an, zu welchem das letzte Ernährungs-Assessment durchgeführt wurde.	DATUM		
ME-09	Bitte geben Sie das Gewicht der Patientin / des Patienten am Tag vor der Entlassung an.	ZAHL(3STELLEN)		
ME-08	Die beiden nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Handkraftmessung am Tag vor der Entlassung.	NUMSCHLUESSEL	9=Die Durchführung der Handkraftmessung war aufgrund des Zustands der Patientin / des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer Demenzerkrankung, pareti-scher Hände, etc.).	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
ME-08	Bitte geben Sie den besten Versuch der Handkraftmessung der rechten Hand an.	ZAHL(4STELLEN)	9=Die Durchführung der Handkraftmessung an der rechten Hand war aufgrund des Zustands der Patientin / des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer paretischen Hand, Operation, Amputation etc.).	Die Handkraftmessung soll anhand eines Dynamometers in sitzender Position pro Hand dreimal erfolgen. Zur Durchführung der Messung ist der Arm in angewinkelter freier Haltung mit einem Stellungswinkel von 90 Grad im Ellenbogen auszurichten. Der Arm sollte nicht aufliegen oder in der Stellung unterstützt sein. Bitte geben Sie den gemessenen höchsten Wert pro Hand in kg an.
ME-08	Bitte geben Sie den besten Versuch der Handkraftmessung der linken Hand an.	ZAHL(4STELLEN)	9=Die Durchführung der Handkraftmessung an der linken Hand war aufgrund des Zustands der Patientin / des Patienten nicht möglich (z. B. aufgrund einer paretischen Hand, Operation, Amputation etc.).	Die Handkraftmessung soll anhand eines Dynamometers in sitzender Position pro Hand dreimal erfolgen. Zur Durchführung der Messung ist der Arm in angewinkelter freier Haltung mit einem Stellungswinkel von 90 Grad im Ellenbogen auszurichten. Der Arm sollte nicht aufliegen oder in der Stellung unterstützt sein. Bitte geben Sie den gemessenen höchsten Wert pro Hand in kg an.

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
ME-05	Welche Form der Ernährung oder des Ernährungssupports erhält die Patientin / der Patient zum Zeitpunkt der Entlassung nach dem Stufenschema der Ernährung?	NUMSCHLUESSEL	1=Stufe I: Orale Ernährung (Normalkost; Sonderkostform; Speisenanreicherung) 2=Stufe II: Orale Ernährung + orale bilanzierte Diäten (OBD) 3=Stufe III: (Stufe I, Stufe II) + supplementierende enterale/parenterale Ernährung 4=Stufe IV: Totale enterale Ernährung 5=Stufe V: Enterale Ernährung + parenterale Ernährung 6=Stufe VI: Parenterale Ernährung + minimale enterale Ernährung 7=Stufe VII: Totale parenterale Ernährung	
ME-07	Erhielt die Patientin / der Patient einen Entlassbrief?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Der Entlassbrief richtet sich gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement an die weiterversorgenden Ärztinnen und Ärzte mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen, indem alle relevanten Informationen wie bspw. Epikrise, weiteres Prozedere/Empfehlungen oder verordnete Arzneimittel weitergegeben werden.
ME-07	Enthält der Entlassbrief das Gewicht bei Entlassung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
ME-08	Enthält der Entlassbrief Angaben zum Verlauf und zu den Maßnahmen der Ernährungstherapie?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
ME-09	Enthält der Entlassbrief ernährungsbezogene Handlungsempfehlungen für die Versorgung nach der Entlassung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

3.4.3 Multimodale Schmerztherapie

Tabelle 12: Fallbezogene Dokumentation (Multimodale Schmerztherapie)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Leidet die Patientin / der Patient unter chronischen Schmerzen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Chronische Schmerzen: Zustand mit anhaltenden oder rezidivierenden Schmerzen, der seit mindestens 6 Monaten besteht.
	Soll die Patientin / der Patient eine teilstationäre oder vollstationäre Schmerztherapie erhalten?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Handelt es sich um eine teil- oder vollstationäre Behandlung?	NUMSCHLUESSEL	1=teilstationäre Behandlung 2=vollstationäre Behandlung	
MS-07	Bitte dokumentieren Sie nachfolgend die Ergebnisse aus dem Schmerzfragebogen (Aufnahme).	NUMSCHLUESSEL	9=Die Bearbeitung des Schmerzfragebogens zur Schmerzstärke und den Auswirkungen des Schmerzes durch die Patientin/den Patienten war nicht möglich	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
			bspw. aufgrund ihres/seines Zustands.	
MS-07	Schmerzfragebogen 1a: Geben Sie zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an	NUMSCHLUESSEL	0=kein Schmerz 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=stärkster vorstellbarer Schmerz	
MS-07	Schmerzfragebogen 1b: Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an	NUMSCHLUESSEL	0=kein Schmerz 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=stärkster vorstellbarer Schmerz	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-07	Schmerzfragebogen 1c: Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an	NUMSCHLUESSEL	0=kein Schmerz 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=stärkster vorstellbarer Schmerz	
MS-08	Schmerzfragebogen 2a: An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z. B. Beruf, Schule, Haushalt)? Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten... ... an etwa _ _ Tagen nicht nachgehen. ... an allen Tagen nachgehen _	ZAHL(2STELLEN)	00=an allen Tagen nachgehen	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-08	Schmerzfragebogen 2b: In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?	NUMSCHLUESSEL	0=keine Beeinträchtigung 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=völlige Beeinträchtigung	
MS-08	Schmerzfragebogen 2c: In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- und Freundeskreis beeinträchtigt?	NUMSCHLUESSEL	0=keine Beeinträchtigung 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=völlige Beeinträchtigung	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-08	Schmerzfragebogen 2d: In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?	NUMSCHLUESSEL	0=keine Beeinträchtigung 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=völlige Beeinträchtigung	
MS-03	Wurde ein Schmerz-Assessment durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-03	Bitte geben Sie das Datum an, zu dem das Schmerz-Assessments erfolgt ist.	DATUM		
MS-03	Wurde eine Schmerzanamnese durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-03	Wurde ein Behandlungsplan für die Patientin / den Patienten erstellt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-05	Erfolgte eine Überprüfung der Schmerztherapie (Re-Evaluierung, Wiederholung des Schmerz-Assessments)?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-05	Wie häufig wurde eine Re-Evaluierung bzw. eine Wiederholung des Schmerz-Assessments durchgeführt?	ZAHL(2STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-05	Bitte geben Sie das Datum an, zu welchem das letzte Schmerz-Assessment durchgeführt wurde.	DATUM		
MS-06	Erhielt die Patientin / der Patient einen Patientenbrief?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-06	Enthält der Patientenbrief den stationären Behandlungsverlauf (u. a. Diagnosen, Therapien)?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-07	Enthält der Patientenbrief empfohlene therapeutische Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-08	Enthält der Patientenbrief bestehende Planungen für die nachgelagerte ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten (Kontakte/Ansprechpartner, weitere Termine zur Vorstellung)?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-09	Enthält der Patientenbrief weiterführende Informationen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
MS-07	Bitte dokumentieren Sie nachfolgend die Ergebnisse aus dem Schmerzfragebogen (3 Monate nach der Aufnahme).	NUMSCHLUESSEL	9=Die Bearbeitung des Schmerzfragebogens zur Schmerzstärke und den Auswirkungen des Schmerzes durch die Patientin / den Patienten war nicht möglich bspw. aufgrund ihres/seines Zustands.	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-07	Schmerzfragebogen 1a: Geben Sie zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an	NUMSCHLUESSEL	0=kein Schmerz 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=stärkster vorstellbarer Schmerz	
MS-07	Schmerzfragebogen 1b: Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an	NUMSCHLUESSEL	0=kein Schmerz 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=stärkster vorstellbarer Schmerz	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-07	Schmerzfragebogen 1c: Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an	NUMSCHLUESSEL	0=kein Schmerz 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=stärkster vorstellbarer Schmerz	
MS-08	Schmerzfragebogen 2a: An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z. B. Beruf, Schule, Haushalt)? Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten... ... an etwa _ _ Tagen nicht nachgehen. ... an allen Tagen nachgehen _	ZAHL(2STELLEN)	00=an allen Tagen nachgehen	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-08	Schmerzfragebogen 2b: In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?	NUMSCHLUESSEL	0=keine Beeinträchtigung 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=völlige Beeinträchtigung	
MS-08	Schmerzfragebogen 2c: In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- und Freundeskreis beeinträchtigt?	NUMSCHLUESSEL	0=keine Beeinträchtigung 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=völlige Beeinträchtigung	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
MS-09	Schmerzfragebogen 2d: In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?	NUMSCHLUESSEL	0=keine Beeinträchtigung 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=völlige Beeinträchtigung	

Der Erfassung der Schmerzintensität und der schmerzassoziierten Lebensqualität wird die Graded Chronic Pain Scale in ihrer deutschsprachigen Fassung (Schmerzfragebogen) zugrunde gelegt. Den Leistungserbringern wird ein Fragebogen zur Verfügung gestellt, der zur Erfassung der entsprechenden Informationen genutzt werden kann (siehe Anhang D). Die im Fragebogen dargestellten Items (Fragen) können auch in elektronische Erfassungssysteme integriert werden.

3.4.4 Geburten

Tabelle 13: Fallbezogene Dokumentation (Geburten)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Angaben zur Mutter			
	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	DATUM	9=Der Geburtstermin kann nicht angegeben werden (bspw. liegt keine Eintragung im Mutterpass vor)	<p>Berechneter, gegebenenfalls durch Ultraschallbefund korrigierter Geburtstermin. Datum des berechneten Geburtstermins=Datum des ersten Tages der letzten Menstruation + 280 Tage. Die Dauer einer unkomplizierten Schwangerschaft wird auf 280 Tage=40+0 Wochen post menstruationem festgesetzt. Dies dient als Orientierung für die Abgrenzung weiterer Intervalle beispielsweise für Frühgeborene und Übertragene.</p> <p>Aus den Ergebnissen einer Studie (Mittendorf R, Williams MA, Berkey CS, Cotter PF. The length of uncomplicated human gestation. Obstet Gynecol 1990 Jun;75(6):929-32) wird gefolgert, dass die durchschnittliche Dauer der unkomplizierten Schwangerschaft einer Primipara 288 Tage und einer Multipara 283 Tage beträgt.</p> <p>In einem möglichst frühen Schwangerschaftsalter von 8 bis unter 12 Wochen (Mutterschaftsrichtlinie: 9. bis 12. Woche) soll anhand der Längenmaße des Kindes mittels Ultraschalluntersuchung das Schwangerschaftsalter in Wochen und Tagen ermittelt werden. Das Ergebnis dieser Bestimmung soll vorrangig dokumentiert werden. Das Ergebnis aus der Berechnung</p>

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				des Geburtstermins mithilfe des ersten Tages der letzten Menstruationsperiode wird bestätigt, wenn es keine Abweichung gibt. Es soll durch das Ultraschallergebnis ersetzt und somit korrigiert werden, wenn es eine Abweichung gibt. Bei abweichenden Werten hat der mit dem Ultraschall bestimmte Wert Vorrang (bestätigter oder korrigierter Geburtstermin).
	klinisches Gestationsalter	ZAHL		<p>Klinisches Gestationsalter. Nur für den seltenen Fall, dass sowohl kein errechneter Geburtstermin als auch kein sonographischer Befund vorliegt, kann hier das klinisch geschätzte Gestationsalter angegeben werden. Fehlen beide Informationen aus der Frühschwangerschaft, kann das Gestationsalter postpartal in Wochen geschätzt werden.</p> <p>Dabei werden die physischen und neurologischen Reifemerkmale unabhängig von den Körperwerten untersucht. Die Angabe auf den Tag genau ist bei einer groben Schätzung eine Pseudogenauigkeit. Die Befundung der Körperwerte in der Spätschwangerschaft ist nicht brauchbar, da ein Kind mit einem Schwangerschaftsalter von 38+0 Wochen geboren werden kann und aufgrund einer intrauterinen Wachstumsverzögerung das Gewicht und die Länge von Kindern haben kann, die im Mittel nach einer Schwangerschaftsalter von 34+0 Wochen geboren werden.</p>

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-13	Anzahl Mehrlinge	ZAHL(1STELLE)		<p>Liegt keine Mehrlingsgeburt vor, so tragen Sie bei Anzahl der Mehrlinge und laufende Nummer des Mehrlings jeweils eine "1" ein.</p> <p>Wurde die Gebärende vor der Geburt des Kindes / der Kinder verlegt, tragen Sie bitte eine "0" ein.</p> <p>Folgender Sonderfall ist bekannt:</p> <p>Bei der Dokumentation ist Absatz 3 des § 31 Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung – PStV) (vom 24.10.2018 mit Wirkung zum 01.11.2018; Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/___31.html) zu beachten:</p> <p>(1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.</p> <p>(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder 2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde [...]

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				<p>(3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend.</p> <p>Dokumentationsbeispiel: Bei einer Zwillingsschwangerschaft mit einem intrauterinen Fruchttod eines Kindes mit einem Gewicht unter 500 Gramm und unter 23+0 Schwangerschaftswochen (gemäß PStV Absatz 2 als Fehlgeburt definiert) ist im Datenfeld „Anzahl Mehrlinge“ „= 2“ einzutragen. Der verstorbene Mehrling ist als Totgeburt „= 1“ mit korrekter Angabe des Geburtsgewichts und des Gestationsalters zu dokumentieren. Hierdurch wird das Geburtsrisiko korrekt wiedergegeben.</p>
GE-13	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften	ZAHL(2STELLEN)		
GE-13	Anzahl Lebendgeburten	ZAHL(2STELLEN)		Das Datenfeld bezieht sich auf Geburten, nicht auf Kinder. Bei einer Mehrlingsschwangerschaft mit mindestens einer Lebendgeburt ist ausschließlich die Lebendgeburt zu dokumentieren.
GE-13	Anzahl Totgeburtengeburten	ZAHL(2STELLEN)		Das Datenfeld bezieht sich auf Geburten, nicht auf Kinder. Bei einer Mehrlingsschwangerschaft mit mindestens einer Lebendgeburt ist ausschließlich die Lebendgeburt zu dokumentieren.
GE-13	Körpergröße (Mutter)	ZAHL(3STELLEN)		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-14	Schwangerschaftsbefund: Diabetes mellitus	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-13	Geburtsrisiken	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Lag das nachfolgende Geburtsrisiko jeweils vor?			
GE-13	hintere Hinterhauptslage	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-13	sonstige regelwidrige Schädelage	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-14	hypertensive Schwangerschaftserkrankung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-14	vorzeitige Plazentalösung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-14	Nabelschnurvorfall	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Aufnahmeuhrzeit	UHRZEIT		Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Aufnahme der Schwangeren an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt, und tragen Sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
GE-10	Der Zeitpunkt des Beginns der Eröffnungsphase lag vor der Aufnahme der Gebärenden ins Krankenhaus.	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-10	Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Beginns der Eröffnungsphase an.	DATUM UHRZEIT		
GE-10	Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Beginns der Austrittsphase an.	DATUM UHRZEIT		Falls die Gebärende während der Eröffnungsphase verlegt wurde, geben Sie bitte hier den Zeitpunkt der Entlassung an.
GE-10	Bitte geben Sie für die nachfolgenden Parameter an, wie häufig diese während der Eröffnungsphase beurteilt und dokumentiert wurden.			
GE-10	Frequenz der Kontraktionen	ZAHL(2STELLEN)		
GE-10	Zeitpunkt der ersten Beurteilung der Frequenz der Kontraktionen	DATUM UHRZEIT		
GE-10	Zeitpunkt der zweiten Beurteilung der Frequenz der Kontraktionen	DATUM UHRZEIT		
GE-10	Zeitpunkt der letzten Beurteilung der Frequenz der Kontraktionen	DATUM UHRZEIT		
GE-10	mütterliche Herzfrequenz	ZAHL(2STELLEN)		
GE-10	Zeitpunkt der ersten Beurteilung der mütterlichen Herzfrequenz	DATUM UHRZEIT		
GE-10	Zeitpunkt der zweiten Beurteilung der mütterlichen Herzfrequenz	DATUM UHRZEIT		
GE-10	Zeitpunkt der letzten Beurteilung der mütterlichen Herzfrequenz	DATUM UHRZEIT		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-10	mütterlicher Blutdruck	ZAHL(1STELLE)		
GE-10	Zeitpunkt der ersten Beurteilung des mütterlichen Blutdrucks	DATUM UHRZEIT		
GE-10	Zeitpunkt der letzten Beurteilung des mütterlichen Blutdrucks	DATUM UHRZEIT		
GE-10	mütterliche Temperatur	ZAHL(1STELLE)		
GE-10	Zeitpunkt der ersten Beurteilung der mütterlichen Temperatur	DATUM UHRZEIT		
GE-10	Zeitpunkt der letzten Beurteilung der mütterlichen Temperatur	DATUM UHRZEIT		
GE-10	fetale Herzfrequenz	ZAHL(2STELLEN)		
GE-10	Zeitpunkt der ersten Beurteilung der fetalen Herzfrequenz	DATUM UHRZEIT		
GE-10	Zeitpunkt der zweiten Beurteilung der fetalen Herzfrequenz	DATUM UHRZEIT		
GE-10	Zeitpunkt der letzten Beurteilung der fetalen Herzfrequenz	DATUM UHRZEIT		

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-10	Zur fetalen Herzfrequenzkontrolle verwendete Instrumente	NUMSCHLUESSEL	1=Pinard-Stethoskop 2=intermittierende Doppler-sonographie 3=intermittierende CTG-Kontrolle 4=kontinuierliche CTG-Kontrolle	
GE-12	Wurde eine Periduralanästhesie (PDA) versucht/angewandt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Periduralanästhesie (PDA): OPS 8-910
GE-12	Wurde eine Amniotomie (künstliche Fruchtblaseneröffnung) durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Amniotomie: OPS 5-730
GE-12	Wurden wehenfördernde Medikamente verabreicht?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
GE-12	Wurde eine Episiotomie (Dammschnitt) durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Episiotomie: OPS 5-738.0; 5-738.2; 5-738.x; 5-738.y

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-13	Dammriss	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=Grad I 2=Grad II 3=Grad III 4=Grad IV	Geben Sie bitte an, ob ein Dammriss vorliegt. Wenn ein Dammriss vorliegt, dann geben Sie den Grad nach der vierstufigen Einteilung nach Williams an. Dammriss Schweregrad-Einteilung nach Williams Grad I – Zerreißung der hinteren Vaginalhaut. Einrisse an der Dammhaut Grad II – Weiterreichende Einrisse des perinealen Gewebes ohne Beteiligung des Sphincter ani Grad III – Alle Sphincterverletzungen ohne Beteiligung der Rectumschleimhaut Grad IV – Verletzung von Sphincter und Rectumschleimhaut Quelle: Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., München: Urban und Fischer; 2003.
GE-11	Bitte dokumentieren Sie nachfolgend die Ergebnisse aus dem Fragebogen zur Geburtserfahrung der Mutter (Birth Satisfaction Scale, BSS-R).	NUMSCHLUESSEL	9=Die Bearbeitung des Fragebogens durch die Mutter war nicht möglich bspw. aufgrund ihres Zustands oder einer Verlegung.	
GE-11	Frage 1: Ich erlebte die Geburt ohne körperliche oder psychische Komplikationen?	NUMSCHLUESSEL	4=Ich stimme voll und ganz zu 3=Ich stimme zu 2=Ich stimme weder zu, noch widerspreche ich 1=Ich stimme nicht zu 0=Ich stimme überhaupt nicht zu 9=Frage nicht beantwortet	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-11	Frage 2: Ich dachte, die Geburt dauert unendlich lang.	NUMSCHLUESSEL	4=Ich stimme voll und ganz zu 3=Ich stimme zu 2=Ich stimme weder zu, noch widerspreche ich 1=Ich stimme nicht zu 0=Ich stimme überhaupt nicht zu 9=Frage nicht beantwortet	
GE-11	Frage 3: Ich wurde von Hebammen und Ärztinnen/Ärzten im Geburtsraum (Kreißaal) ermutigt, Entscheidungen im Geburtsverlauf zu treffen.	NUMSCHLUESSEL	4=Ich stimme voll und ganz zu 3=Ich stimme zu 2=Ich stimme weder zu, noch widerspreche ich 1=Ich stimme nicht zu 0=Ich stimme überhaupt nicht zu 9=Frage nicht beantwortet	
GE-11	Frage 4: Ich hatte während der Geburt Angst.	NUMSCHLUESSEL	4=Ich stimme voll und ganz zu 3=Ich stimme zu 2=Ich stimme weder zu, noch widerspreche ich 1=Ich stimme nicht zu 0=Ich stimme überhaupt nicht zu 9=Frage nicht beantwortet	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-11	Frage 5: Ich fühlte mich während der Geburt vom medizinischen Personal gut unterstützt.	NUMSCHLUESSEL	4=Ich stimme voll und ganz zu 3=Ich stimme zu 2=Ich stimme weder zu, noch widerspreche ich 1=Ich stimme nicht zu 0=Ich stimme überhaupt nicht zu 9=Frage nicht beantwortet	
GE-11	Frage 6: Während der Geburt hat das medizinische Personal gut mit mir kommuniziert.	NUMSCHLUESSEL	4=Ich stimme voll und ganz zu 3=Ich stimme zu 2=Ich stimme weder zu, noch widerspreche ich 1=Ich stimme nicht zu 0=Ich stimme überhaupt nicht zu 9=Frage nicht beantwortet	
GE-11	Frage 7: Ich habe die Geburt als eine beunruhigende Erfahrung erlebt.	NUMSCHLUESSEL	4=Ich stimme voll und ganz zu 3=Ich stimme zu 2=Ich stimme weder zu, noch widerspreche ich 1=Ich stimme nicht zu 0=Ich stimme überhaupt nicht zu 9=Frage nicht beantwortet	
	Angaben zum x. Kind			

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-12	Lage bei Aufnahme	NUMSCHLUESSEL	1=regelrechte Schädellage 2=regelwidrige Schädellage 3=Beckenendlage 4=Querlage 9=nicht bestimmt	Geben Sie bitte an, um welche Kindslage es sich handelt. Bei vorderer Hinterhauptslage ist die regelrechte Schädellage zu kodieren.
GE-12	Wurde eine Vakuumextraktion versucht/durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Vakuumentbindung: OPS 5-728.0, 5-728.1, 5-728.x, 5-728.y, 5-733.1
GE-12	Wurde eine Zangengeburt versucht/durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Zangenentbindung: OPS 5-720.0, 5-720.1, 5-720.x, 5-720.y, 5-724, 5-732.3, 5-733.0
GE-14	Geburtsmodus	NUMSCHLUESSEL	1=Sectio (sekundär) 2=vaginal 3=vaginal-operativ	vaginale Entbindung; Spontanentbindung: OPS 5-727.0, 8-515, 9-260, 9-261, 9-268 vaginal-operative Entbindung: OPS 5-720.0, 5-720.1, 5-720.x, 5-720.y, 5-724, 5-725.1, 5-725.2, 5-727.2, 5-727.3, 5-728.0, 5-728.1, 5-728.x, 5-728.y, 5-729, 5-731, 5-733.0, 5-733.1, 5-733.2, 5-733.3, 5-733.x, 5-733.y, 5-739.0, 5-739.1 Sectio (sekundär): OPS 5-740.1, 5-741.1, 5-741.3, 5-741.5, 5-742.1, 5-749.11 Hinweis: Zu dokumentieren sind auch sekundäre Sectiones, die als sonstige Sectiones kodiert wurden: OPS 5-740.y, 5-741.x, 5-741.y, 5-742.y, 5-749.0, 5-749.x, 5-749.y
GE-13	Totgeburt	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Maßgeblich ist das Personenstandsgesetz. Bei der Dokumentation ist Absatz 2 des § 31 Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personen-

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				<p>standsverordnung – PStV) (vom 24.10.2018 mit Wirkung zum 01.11.2018; Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/___31.html) zu beachten:</p> <p>(1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.</p> <p>(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn</p> <p>1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder</p> <p>2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde [...]</p> <p>(3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend.</p> <p>Wenn es sich um einen induzierten Schwangerschaftsabbruch mit dem Resultat eines toten Feten (unabhängig vom Fetalgewicht) handelt, ist ein Minimaldatensatz zu dokumentieren.</p>
GE-13/14	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-14	Geburtsdatum des Kindes	DATUM		
GE-14	Gewicht des Kindes	ZAHL(4STELLEN)		Bitte runden Sie das Gewicht nicht, sondern tragen Sie möglichst das genaue Gewicht ein.
GE-14	APGAR	NUMSCHLUESSEL	0=0 1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=10	<p>Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 5 Minuten nach der Geburt beim Kind erhoben wurde.</p> <p>Die 5 Parameter des von Frau Apgar 1953 publizierten Scores sollten zur Standardisierung nach den Kriterien (siehe Datenblatt „Apgar“) erhoben werden.</p> <p>Ggf. durchgeführte Reanimationsmaßnahmen bleiben bei der Punktevergabe außer Betracht. Der Score wird also unabhängig von Atemunterstützung, Sauerstoffgabe und / oder Herzmassage vergeben.</p> <p>Da die Hautfarbe u. a. von Lichtverhältnissen und Hämatokrit abhängt, empfiehlt sich im Zweifelsfall eine periphere Sättigungsmessung.</p> <p>Literatur: Rüdiger M, et al. Neonatal assessment in the delivery room – Trial to Evaluate a Specified Type of Apgar (TEST-Apgar). BMC Pediatrics 2015, 15:1518–26; PMID: 25884954</p>
GE-14	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Die Blutgasanalyse wird in einer Blutprobe aus der Nabelschnurarterie bestimmt.

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-14	Base-Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	1DEZIMAL-ZAHL(4STELLEN)		Tragen Sie bitte den Base-Excess-Wert in mmol/l mit einer Nachkommastelle ein. Der hier zu dokumentierende, relevante Wert ist der wahre, nicht korrigierte oder abgeleitete Base-Excess-Wert. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert kann negativ sein. Bitte tragen Sie das Vorzeichen (-) für negativ ein. Beispiel: „-8,3“; Beispiel: „-13,7“. Ein positives Vorzeichen (+) kann bei positiven Werten vorangestellt werden. Allerdings ist das positive Vorzeichen nicht erforderlich.
GE-14	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	2DEZIMAL-ZAHL(3STELLEN)		Tragen Sie bitte den pH-Wert der Blutgasanalyse aus der Nabelschnurarterie eines Lebendgeborenen mit zwei Nachkommastellen ein. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert für pH wird mit zwei Nachkommastellen angegeben. Bei Geräten, die drei Nachkommastellen ausgeben, ist die dritte Stelle kaufmännisch zu runden.
GE-14	Fehlbildung	NUMSCHLUESSEL	0=keine 1=leichte 3=schwere 4=letale	
GE-13	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind: Tod	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
GE-14	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	DATUM		Wenn das Kind aus der Geburtsklinik entlassen oder verlegt wird, geben Sie bitte hier das Entlassungs- bzw. Verlegungsdatum an. Bei Verlegungen geben Sie hier bitte das Datum der Verlegung und nicht das Entlassungsdatum an. Dieses Feld ist auch auszufüllen, wenn das Kind in der Geburtsklinik gestorben ist und bei Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind: Tod „ja“ angegeben ist.
GE-13	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	<p>Bitte stellen Sie sicher, dass bei allen in den ersten 7 Lebenstagen verstorbenen Kindern in diesem Datenfeld „ja“ angegeben wird. Insbesondere ist diese Angabe auch für in die Kinderklinik verlegte Kinder erforderlich.</p> <p>Bitte prüfen Sie bei Angabe „interne Verlegung“ vor Abschluss des Bogens, ob das intern verlegte Kind in Ihrem Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen verstorben ist.</p> <p>Die Zeitspanne der ersten 7 Lebenstage ist hierbei definiert als Zeitraum von 7 Kalendertagen, unabhängig von der Uhrzeit der Geburt. Dabei wird eine Unschärfe von bis zu unter 24 Stunden in Kauf genommen. Ist das Kind in dieser Zeitspanne nicht verstorben, so kreuzen Sie "nein" an.</p>

Der Erfassung der Geburtserfahrung der Mutter wird die Birth Satisfaction Scale in ihrer deutschsprachigen Fassung (Geburtserfahrung der Mutter) zugrunde gelegt. Den Leistungserbringern wird ein Fragebogen zur Verfügung gestellt, der zur Erfassung der entsprechenden Informationen genutzt werden kann (siehe Anhang D). Die im Fragebogen dargestellten Items (Fragen) können auch in elektronische Erfassungssysteme integriert werden.

3.4.5 Behandlung Tabakabhängigkeit

Tabelle 14: Fallbezogene Dokumentation (Behandlung Tabakabhängigkeit)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
TA-02	Wurde die Patientin/der Patient nach ihrem/seinem Rauchstatus befragt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 9=keine Auskunft möglich (bspw. aufgrund des Zustands der Patientin / des Patienten)	
TA-02	Bezeichnet sich die Patientin / der Patient selbst gegenwärtig als ständiger oder gelegentlicher Raucher?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 9=Patientin/Patient hat keine Auskunft gegeben.	Neben dem Konsum von Zigaretten sind bspw. auch E-Zigaretten, Wasserpfeifen etc. einbezogen.
TA-03	Wurde eine weiterführende Rauchanamnese (mittels Fagerströmtest) zum Rauchstopp durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
TA-03	Wurde der Fagerströmtest durch die Patientin/den Patienten abgelehnt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
TA-03	Wurde der Fagerströmtest durchgeführt, bevor der Patientin/dem Patienten eine Patientenberatung angeboten wurde?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
TA-04	Wurde der Patientin / dem Patienten eine Patientenberatung zur Tabakentwöhnung angeboten?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Hat die Patientin / der Patienten eine stationäre Tabakentwöhnung begonnen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
TA-06	Erfolgte bei der Patientin / dem Patient eine Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Es handelt sich bei einer poststationären Tabakentwöhnung um eine dokumentierte Anmeldung zu einem ambulanten, von den Krankenkassen anerkannten Tabakentwöhnungsprogramm oder bei einer Rehabilitationseinrichtung, die eine Tabakentwöhnung anbietet oder zu einem Internet- oder Telefonangebot zur Tabakentwöhnung.
TA-06	Bitte geben Sie das Datum der Anmeldung zur poststationären Tabakentwöhnung an?	DATUM		

3.5 Verfahrenstechnische Vorgaben

3.5.1 Dokumentationspflicht

Jeder zur Verfügung stehende Dokumentationsbogen (siehe Abschnitt 3.2) wird unter bestimmten Umständen, die nachfolgend erläutert sind, „ausgelöst“. Dann sind die Vertragspartner respektive das Krankenhaus (Leistungserbringer) dazu angehalten, eine entsprechende Dokumentation vorzunehmen (Dokumentationspflicht).

- Nimmt ein Krankenhaus an einem Qualitätsvertrag teil, ist im evaluationsrelevanten Erprobungszeitraum jährlich eine einrichtungsbezogene Dokumentation vorzunehmen, die sich grundsätzlich auf ein Kalenderjahr bezieht. Hierzu sind, falls innerhalb dieses Zeitraums sowohl eine Nullwertmessung als auch eine Interventionsmessung vorgesehen sind, für die unterschiedlichen Messungen (Erfassungszeiträume) separate einrichtungsbezogene Dokumentationsbögen anzufertigen. Ein einrichtungsbezogener Dokumentationsbogen bezieht sich hierbei immer auf alle am Qualitätsvertrag teilnehmenden Einrichtungen mit demselben Institutionskennzeichen.
- Wird während der Nullwert- oder der Interventionsmessung ein Behandlungsfall, d. h. eine Patientin oder ein Patient oder eine Schwangere der im jeweiligen Qualitätsvertrag definierten Zielgruppe entlassen, ist für ihn oder sie eine fallbezogene Dokumentation anzufertigen und zu übermitteln. Der im Evaluationskonzept (Abschlussbericht vom 25. August 2023) definierte maximale Umfang einer Zielgruppe ist in Tabelle 15 dargestellt, kann aber durch vertragspezifische Vereinbarungen eingegrenzt werden.

Tabelle 15: Maximaler Umfang der Zielgruppen

Leistungsbereich	maximaler Umfang der Zielgruppe
Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung	18 Jahre und älter UND [onkologische ODER geriatrische ODER viszeralchirurgische ODER intensivmedizinische Versorgung] ¹
Multimodale Schmerztherapie	18 Jahre und älter UND chronische Schmerzen UND stationär ² durchgeführte Schmerztherapie
Geburten/Entbindung	Schwangere mit geplanter vaginaler Geburt von Reifgeborenen ³ mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm UND stationäres Setting

Leistungsbereich	maximaler Umfang der Zielgruppe
Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit	18 Jahre und älter UND stationäre Behandlung

¹ Es handelt sich hierbei um empfohlene Fachgebiete, in denen die Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko einer Mangelernährung bzw. eines Mangelernährungsrisikos aufweisen (Baldwin et al. 2016, DGE 2019, Baldwin et al. 2021, Pirlich et al. 2006).

² Inwieweit teilstationäre Leistungen in Qualitätsverträgen eingeschlossen werden, obliegt der Prüfung und Entscheidung der Vertragspartner von Qualitätsverträgen, insofern die Rahmenvertragspartner hierzu keine weiteren Festlegungen treffen oder Empfehlungen aussprechen. Mit Blick auf die Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität (Evaluation) durch das IQTIG sind teilstationäre Behandlungsfälle einzubeziehen.

³ Reifgeborene sind Neugeborene, die zwischen 37 + 0 und 41 + 6 Schwangerschaftswochen entbunden werden. Es sind sowohl Einlings- als auch Mehrlingsgeburten eingeschlossen.

3.5.2 Datenfluss, Zeiträume, Fristen und Rückmeldeberichte

Wie in der Beauftragung vom 22. Juli 2022 vorgesehen, haben für die weiteren Leistungsbereiche die bisherigen Vorgaben für die Daten- und Berichtswege, wie diese in den Arbeitsergebnissen des IQTIG vom 20. Dezember 2018 (IQTIG 2019) und in den hieraus resultierten verfahrenstechnischen Dokumenten⁵ dargelegt sind, weiter Bestand. Nachfolgend werden Abweichungen, Besonderheiten und Hinweise für die weiteren Leistungsbereiche beschrieben.

Da für die Evaluation der weiteren Leistungsbereiche keine Sozialdaten bei den Krankenkassen benötigt werden, ist eine Weitergabe der Falllisten von den Krankenhäusern an die Krankenkassen nicht erforderlich.

Analog zu den Arbeitsergebnissen des IQTIG vom 20. Dezember 2018 (Abschnitt 3.4) erfolgt die Übermittlung der Daten des Leistungserbringers eines Erfassungsjahres (Kalenderjahr) bis zum 30. April des Folgejahres. Dies gilt sowohl für die einrichtungsbezogene als auch für die fallbezogene Dokumentation. Welchem Erfassungsjahr ein fallbezogener Dokumentationsbogen zuzuordnen ist, hängt vom Entlassungsdatum (Krankenhaus) ab.

⁵ Das IQTIG stellt diese Dokumente auf seiner Website zur Verfügung: <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsvertraege/dokumentation-und-datenuebermittlung/>.

4 Optimierungspotenziale

Die Beauftragung vom 21. Juli 2022 sieht auch eine Überprüfung der etablierten Daten- und Berichtswege auf Optimierungspotenziale vor (G-BA 2022c). Mit „etablierten Daten- und Berichts wegen“ ist aus Sicht des IQTIG die Erfassung der Informationen (im Weiteren „Daten“ genannt), die die Grundlage der Evaluationskennziffern darstellen, sowie deren Übermittlung an das Institut gemeint. Solche Daten werden für Leistungsbereiche mit Beschluss vom 17. Mai 2017 bereits verarbeitet. Diese Datenverarbeitung wurde mit Blick auf die weiteren Leistungsbereiche mit Beschluss vom 21. Juli 2022 auf ihre Optimierungspotenziale überprüft. Grundsätzlich gelten aber auch für die weiteren Leistungsbereiche die etablierten Daten- und Berichtswege im Grundsatz unverändert fort (G-BA 2022c).

Die bisherige Datenverarbeitung im Sinne der Datenerfassung und -übermittlung sieht vor, dass die Daten gemäß der entsprechenden Spezifikation mittels Dokumentationsbögen durch die Vertragspartner erfasst werden. Dies geschieht mithilfe der eForm Suite von Electric Paper (E-Paper, <https://www.electricpaper.de/produkte/eform-suite.html>), die die Daten im PDF-Format erfasst und bereitstellt. Daher können die Dokumentationsbögen grundsätzlich an jedem PC mit einer aktuellen Version des kostenfrei verfügbaren Adobe Acrobat Reader geöffnet, ausgefüllt und gespeichert werden. Eine spezielle Software sowie die Integration der Dokumentationsbögen in das jeweilige Krankenhausinformationssystem bzw. das jeweilige Softwaresystem einer Krankenkasse sind in diesem Zusammenhang nicht erforderlich. Den ausgefüllten Dokumentationsbogen übergibt der Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse an das IQTIG, indem es ihn auf der Website des Instituts im sogenannten Teilnehmerdialog hochlädt. Dies stellt insbesondere die datenschutzrechtlichen Vorgaben sicher. Die übermittelten Datensätze sind dort durch die Vertragspartner einsehbar und können, soweit eine Datenübermittlung nicht abgeschlossen ist, gelöscht oder aktualisiert werden.

Die bisherigen Rückmeldungen von (potenziellen) Vertragspartnern, die keiner systematischen Erfassung und Aufbereitung unterliegen, sowie die technische Einschätzung des IQTIG, ergänzt durch Gespräche mit externen Expertinnen und Experten der Informationstechnologie, legen nahe, dass die bisherige Systematik bei der Datenverarbeitung durch die einfache Handhabung von PDF-Dateien und eine aufwandsarme Adaption für Qualitätsverträge mit geringeren Fallzahlen und für die Erfassung einrichtungsbezogener Angaben passgenau ist. Darüber hinaus kann aber auch festgestellt werden, dass bei größeren Fallzahlen (an Patientinnen und Patienten bzw. Schwangeren), wie sie insbesondere bei den Leistungsbereichen „Endoprothetische Gelenkversorgung“ und „Prävention des postoperativen Delirs“ und voraussichtlich auch bei den weiteren Leistungsbereichen vorliegen, zwei Risiken bestehen:

- erhöhter Dokumentationsaufwand bei den Vertragspartnern durch die in der Regel manuell zu bearbeitenden Dokumentationsbögen
- Umgehung von Plausibilitätsregeln mit einhergehender verminderter Datenqualität

Letzteres Problem kann durch Bemühungen der Vertragspartner entstehen, die Dokumentationsbögen automatisiert zu befüllen, um den Dokumentationsaufwand zu senken. Hierbei ist es aus technischen Gründen möglich, dass die in den PDF-Dokumentationsbögen verankerten Plausibilisierungsregeln nicht greifen. Um einem Absinken der Datenqualität vorzubeugen, wird das IQTIG eine hausinterne Prüfung der Daten realisieren. Dies wird einen erhöhten Aufwand für das Institut bedeuten, da bei einer entsprechenden Verletzung von Plausibilitätsregeln eine Rückmeldung an den entsprechenden Datenübermittler erfolgen muss.

Um darüber hinaus den beiden genannten Risiken Rechnung zu tragen, hat das IQTIG weitere Möglichkeiten der Optimierung gesichtet und bewertet. Im Ergebnis besteht die Möglichkeit, auf Grundlage der bisherigen Datenverarbeitung eine Anwendung (Schnittstelle) zu entwickeln und anzubieten, die zentral (beim IQTIG oder einem externen Dienstleister) oder dezentral (beim Vertragspartner) eine automatisierte Datenübernahme und ggf. auch -übertragung aus einem anderen System ermöglicht. Hierbei ist ggf. eine Integration der Schnittstelle und deren Anpassung an das eigene System durch die Vertragspartner selbst erforderlich. Das IQTIG prüft derzeit eine entsprechende Umsetzung für die weiteren Leistungsbereiche zu deren erster Datenübermittlung zum 30. April 2025.

5 Fazit und Ausblick

Der vorliegende Bericht legt die fachliche und technische Spezifikation für die Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität (Evaluation der Qualitätsverträge) gemäß § 136b Abs. 8 SGB V dar. Hierbei werden insbesondere die entsprechenden Datenfelder und ihre Eigenschaften (Datenformat, Schlüsselwerte usw.) erarbeitet. Daneben werden anlehnend an die Arbeitsergebnisse des IQTIG vom 20. Dezember 2018 Vorgaben für die Datenverarbeitung im Sinne der Datenerfassung und -übermittlung gegeben. Darüber hinaus wurden auch mögliche Optimierungspotenziale mit Blick auf die etablierten Daten- und Berichtswege der bisherigen Leitungsbereiche für die weiteren Leistungsbereiche beleuchtet.

Anschließend an diesen Bericht wird die Spezifikation in den bestehenden Systemen umgesetzt. In diesem Zusammenhang sind auch noch Anpassungen an der verfahrenstechnischen Ausgestaltung möglich, falls die dargelegten Optimierungspotenziale umgesetzt werden können.

Die Rahmenvertragspartner werden gebeten, mögliche notwendige Anpassungen im Zuge des vorliegenden Berichts zu prüfen. Beispielsweise verweisen § 6 Abs. 2 sowie § 8 Abs. 2 und Abs. 5 der Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung in der Fassung vom 22. März 2023 auf die Arbeitsergebnisse der Beauftragung des IQTIG vom 21. Juni 2018. Ein ergänzender Verweis auf den vorliegenden Bericht in Verbindung mit der Beauftragung des IQTIG vom 21. Juli 2022 wäre aus Sicht des IQTIG hilfreich.

Die fachliche und technische Spezifikation legt nunmehr den Grundstein für die Erfassung der relevanten Daten, die für die Auswertungen in der Evaluation der Qualitätsverträge im Hinblick auf den Abschlussbericht zum 31. Dezember 2028 benötigt werden.

Literatur

- [Berufsverband Hauswirtschaft]; [BDEM [Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner]]; [DAEM [Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin]]; [DGE [Deutsche Gesellschaft für Ernährung]]; [DGEM [Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin]]; [DVV [Deutscher Volkshochschul-Verband]]; et al. (2019): Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 29.04.2019, erstmals veröffentlicht am 12.04.2005. [Stand:] 29.04.2019. [Bonn]: [DGE]. URL: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/19-04-29-KoKreis-EB-RV.pdf> (abgerufen am: 04.10.2023).
- BÄK [Bundesärztekammer] (2022a): BÄK-Curriculum. Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung inkl. Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm. 3. Auflage. Stand: 23.09.2022. Berlin: BÄK. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_AErztlich_begleitete_Tabakentwoehnung.pdf (abgerufen am: 04.10.2023).
- BÄK [Bundesärztekammer] (2022b): 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).
- BÄK [Bundesärztekammer] (2022c): (Muster-)Kursbuch Ernährungsmedizin auf der Grundlage der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. 2. Auflage. [Stand:] 17./18.02.2022. Berlin: BÄK. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/20220217_18_MKB_Ernaehrungsmedizin.pdf (abgerufen am: 04.10.2023).
- BÄK [Bundesärztekammer] (2022d): (Muster-)Kursbuch Spezielle Schmerztherapie auf der Grundlage der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. 2. Auflage. [Stand:] 17./18.02.2022. Berlin: BÄK. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/20220217_18_MKB_Spezielle_Schmerztherapie.pdf (abgerufen am: 04.10.2023).
- 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.

- BPtK [Bundespsychotherapeutenkammer] (2022): Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen in der Fassung der Beschlüsse des 38. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin (digital) am 24. April 2021, zuletzt geändert auf dem 41. Deutschen Psychotherapeutentag in Berlin am 18. und 19. November 2022. Berlin: BPtK. URL: https://api.bptk.de/uploads/Muster_Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen_der_B_Pt_K_d6427e628e.pdf (abgerufen am: 04.10.2023).
- Deutsche Schmerzakademie (2023): Deutsche Schmerzakademie. Integrierte Weiter-/Fortbildung „Spezielle Schmerzphysiotherapie / Schmerzergotherapie“ 2023/24 der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. in Göttingen [Flyer]. Berlin: Deutsche Schmerzgesellschaft. URL: https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/2022/PDFs/DS_Flyer_Spez_Schmerzphysiotherapie_Fu_ssen_16082022_Screen.pdf (abgerufen am: 04.10.2023).
- DGE [Deutschen Gesellschaft für Ernährung] (2017): Curriculum 2020 in Überarbeitung. Zertifizierung zur Ernährungsberaterin/DGE. Zertifizierung zum Ernährungsberater/DGE. Version 17-08. © DGE: Curriculum EB/DGE 2017. [Berlin]: DGE. URL: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/zertifikatslehrgaenge/ernaehrungsberater-in/EB-DGE-Curriculum.pdf> (abgerufen am: 04.10.2023).
- 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/015-083I_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).
- DGPSF [Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung] ([kein Datum]): Fort- und Weiterbildung. Curriculum 2022 / 2023. Spezielle Schmerzpsychotherapie (SSPT) zum Erwerb des Zertifikats Spezielle Schmerzpsychotherapie bei der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) [Ausbildungsflyer]. [Gießen]: DGPSF. URL: https://www.infinite-science.de/fileadmin/Files/Projects/19.c_DGPSF-Verein/Flyer/Ausbildungsflyer_SSPT_2022-2023.pdf (abgerufen am: 04.10.2023).
- Dimitrova, D; Siebert, U; Borde, T; Sehouli, J (2022): Interprofessionelles und interkulturelles Arbeiten und Kommunikation in der Gesundheitsversorgung. *Forum* 37(4): 285-288. DOI: 10.1007/s12312-022-01102-7.

EMZ [Ethno-Medizinisches Zentrum]; Hrsg. (2016): Interkulturelle Kompetenz in der Mütter- und Frauengesundheit. Praxisleitfaden für Fachpersonal aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Stand: Dezember 2016. Hannover: EMZ. URL: <https://www.mimi-bestellportal.de/wp-content/uploads/2017/06/Interkulturelle-Kompetenz-Praxisleitfaden-Deutsch-web-17-06.pdf> (abgerufen am: 26.09.2023).

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. [Stand:] 18.05.2017. Berlin: G-BA. BAnz AT 08.06.2017 B4. 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] (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 Änderung der Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V vom 21. Juni 2018: Umsetzung der Zwischenevaluation und Erstellung eines Ergebnisberichts. [Stand:] 18.03.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5354/2022-03-18_IQTIG-Beauftragung-Umsetzung-Evaluation-Qualitaetsvertraege.pdf (abgerufen am: 20.09.2023).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022c): 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).

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).
- ICI [International Childbirth Initiative] (2020): The International Childbirth Initiative (ICI). 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care. [Stand:] December 2020. ICI. URL: <https://icichildbirth.org/wp-content/uploads/2023/04/ICI-Complete-2021.pdf> (abgerufen am: 26.09.2023).
- 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] (2019): Evaluation Qualitätsverträge. Arbeitsergebnisse im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Arbeitspaket E und Arbeitspaket F Nr. 2. Stand: 08.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/qs-instrumente/q-vertraege/Bericht_zur_Dokumentation_und_Datenuebermittlung.pdf (abgerufen am: 18.10.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Evaluationsplan. Arbeitsergebnisse im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Arbeitspaket F Nr. 3 und Arbeitspaket G Nr. 1 und 2. Stand: 25.10.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- 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_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 06.03.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V. Abschlussbericht. [Stand:] 25.08.2023. [Berlin]: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Qualitaetsvertraege_Erweiterung-Evaluationskonzept_Abschlussbericht_2023-08-25_01.pdf (abgerufen am: 18.10.2023).

- Kaiser, R (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. (Elemente der Politik). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-658-02478-9.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- 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.
- Rauchfrei Programm (2023): Rauchfrei Kurse im Überblick. Diese Kurse können Sie als Rauchfrei Trainer anbieten. © 2023 Rauchfrei Programm. München: IFT [Institut für Therapieforschung] Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung. URL: <https://rauchfrei-programm.de/schulungsangebote/#rauchfreikurse> (abgerufen am: 04.10.2023).
- Rubin, D; Thorsteinsson, R; Ohlrich-Hahn, S; Schütz, T (2016): Strukturierte curriculäre Fortbildung für Pflegefachkräfte „Pflegeexperte Ernährungsmanagement DGEM“. Lehr- und Lerninhalte für die Fortbildungskurse Ernährungsmanagement. [Berlin]: DGEM [Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin]. URL: <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Curriculum-Pflegeexperte-Ern%C3%A4hrungsmanagement-Endversion.pdf> (abgerufen am: 04.10.2023).
- Sirsch, E; Fischer, T; Löseke, E; Nestler, N; Paul, P; Wolff, B (2021): Curriculum zum Pflegerischen Schmerzmanagement. Stand: 02.09.2021. Berlin: Deutsche Schmerzgesellschaft. URL: https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/2021/pdf/DS_Curriculum_Schmerzmanagement_Pflege_20102021_Screen.pdf (abgerufen am: 04.10.2023).

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