

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche
gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a
Absatz 2 Satz 1 SGB V

Vom 21. Juli 2022

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung	4
2.1.1	Hintergrund/Relevanz/Rahmenbedingungen	4
2.1.2	Ziele der Qualitätsverträge	7
2.1.3	Adressierte Patientengruppe	7
2.1.4	Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten	7
2.2	Multimodale Schmerztherapie	7
2.2.1	Hintergrund/Relevanz/Rahmenbedingungen	7
2.2.2	Ziele der Qualitätsverträge	8
2.2.3	Adressierte Patientengruppe	10
2.2.4	Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten	10
2.3	Geburten/Entbindung	10
2.3.1	Hintergrund/Relevanz/Rahmenbedingungen	10
2.3.2	Ziele der Qualitätsverträge	11
2.3.3	Adressierte Patientengruppe	12
2.3.4	Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten	12
2.4	Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit	13
2.4.1	Hintergrund/Relevanz/Rahmenbedingungen	13
2.4.2	Ziele der Qualitätsverträge	15
2.4.3	Adressierte Patientengruppe	15
2.4.4	Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten	16
3.	Bürokratiekostenermittlung	16
4.	Verfahrensablauf	16

5.	Fazit	17
6.	Literaturverzeichnis	17

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Hs. 2 SGB V für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche zu beschließen, zu denen Verträge nach § 110a SGB V mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen.

Der G-BA hat die Festlegung dieser vier Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Hs. 2 SGB V bis zum 31. Dezember 2023 zu beschließen. Er hat das Institut nach § 137a SGB V mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität bei den ausgewählten Leistungen und Leistungsbereichen während des Erprobungszeitraums zu beauftragen (§ 136b Absatz 8 Satz 1 SGB V). Gegenstand der Untersuchung ist auch ein Vergleich der Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit und ohne Vertrag nach § 110a SGB V (§ 136b Absatz 8 Satz 2 SGB V).

2. Eckpunkte der Entscheidung

Für die Erprobung der nach § 110a SGB V vorgesehenen Qualitätsverträge wird dem G-BA gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Hs. 2 SGB V vom Bundesgesetzgeber aufgetragen, weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche aus dem stationären Bereich festzulegen.

Der G-BA gibt damit vor, welche weiteren vier Leistungen oder Leistungsbereiche für den Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen mit dem Krankenhausträger grundsätzlich geeignet sind (vgl. § 110a Absatz 1 Satz 1 SGB V) und kann danach auch entscheiden, ob es im Hinblick auf die mit diesen Verträgen angestrebten Qualitätsverbesserungen und deren Messbarkeit sinnvoller erscheint, einzelne Leistungen (z. B. Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung) oder ganze Leistungsbereiche (z. B. Geburten/Entbindung) als Vereinbarungsgegenstand auszuwählen. Dabei enthält die Formulierung „Leistungen oder Leistungsbereiche“ ausweislich der Gesetzesbegründung keine Alternativentscheidung. Vielmehr kann der G-BA auch Kombinationen von Leistungen und Leistungsbereichen auswählen.

Die Entscheidung über die grundsätzliche Eignung der Leistungen bzw. Leistungsbereiche für Qualitätsverträge hat der G-BA auch möglichst unter Berücksichtigung der bereits etablierten oder zumindest zur Verfügung stehenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. Strukturvorgaben, datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung oder Mindestmengenfestlegungen) zu treffen. Für die Qualitätsverträge bieten sich daher Leistungs- und Versorgungsthemen oder auch konkrete Leistungen (im Sinne kodierter Prozeduren) an, für welche ein Verbesserungspotenzial der Ergebnisqualität erkennbar ist. Der G-BA hat vor dem Hintergrund des Modellcharakters der nach § 110a SGB V zu erprobenden Verträge sehr verschiedenartige Bereiche ausgewählt, die sich auf eine konkret zu bezeichnende Indikation oder – in einem offenen Ansatz – auf eine spezielle Population beziehen. Diese Herangehensweise soll den zukünftigen Vertragspartnern möglichst große Gestaltungsfreiheit bei der Entwicklung von Qualitätsinstrumenten und Incentivierungsmodellen geben. Gleichzeitig ist jedoch sicherzustellen, dass trotz der gewünschten Vielfalt, die zur Erprobung des Instruments „Qualitätsvertrag“ notwendige übergreifende Evaluation möglich bleibt.

Bei der Entscheidung über die Eignung der Leistungen bzw. Leistungsbereiche für Qualitätsverträge ist deshalb der Gesichtspunkt der Evaluierbarkeit zu berücksichtigen: Nach § 136b Absatz 8 Satz 1 SGB V hat der G-BA das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) während des

Erprobungszeitraums mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität in den vertragsgegenständlichen Leistungsbereichen zu beauftragen. Die Evaluation soll insbesondere darüber Auskunft geben, ob und inwieweit sich die Versorgungsqualität durch den Abschluss von Qualitätsverträgen verbessert hat. Um aufzuzeigen, ob und in welcher Weise sich die Qualitätsverträge auf die Versorgungsqualität auswirken, hat das Institut auch Vergleiche mit der Leistungserbringung in Krankenhäusern ohne Qualitätsverträge vorzunehmen. Die Evaluation erfolgt auf Basis des Evaluationskonzepts des IQTIG zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V vom 22.12.2017. Das IQTIG wird zeitgleich mit dieser Beschlussfassung mit der Erweiterung des Evaluationskonzepts um die hiermit beschlossenen weiteren vier Leistungsbereiche beauftragt. Die Evaluation dient als Grundlage für die Empfehlungen des G-BA nach § 136b Absatz 8 Sätze 3 und 4 SGB V.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Hs. 2 SGB V hat der G-BA die folgenden weiteren vier Leistungen oder Leistungsbereiche festgelegt:

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

Mit Blick auf die Operationalisierung durch zukünftige Vertragspartner werden nachfolgend die ausgewählten Leistungen und Leistungsbereiche jeweils entsprechend der folgenden Untergliederung dargestellt:

- Hintergrund/Relevanz/Rahmenbedingungen
- Ziele der Qualitätsverträge
- Adressierte Patientengruppe
- Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten

Damit sollen hier lediglich Hinweise zur inhaltlichen Ausgestaltung der Verträge gegeben werden. Darüber hinaus gehende verbindliche Rahmenvorgaben, die zur Evaluation der Verträge notwendig sind, werden gemäß § 110a Absatz 2 SGB V durch die Vertragspartner auf Bundesebene vereinbart.

2.1 Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung

2.1.1 Hintergrund/Relevanz/Rahmenbedingungen

Ein großer Anteil an Patienten/-innen weist bei der Aufnahme zur Behandlung in das Krankenhaus Erscheinungen von Mangelernährung auf. Nach Studienlage sind etwa 20 % bis 50 % der Patienten/-innen betroffen. Die Studienergebnisse differieren in Abhängigkeit der Kriterien, die zur Erkennung von Mangelernährung angelegt werden und je nach Berücksichtigung von Risikomeerkmalen der Patienten/-innen. Außerdem hat der „Patientenmix“ der Einrichtung, an der eine Untersuchung durchgeführt wird, Einfluss auf die Ergebnisse. Pirlich et al. [51] berichten für Deutschland von ca. 27 % betroffener Patienten/-innen (n = 1.886 in 13 Krankenhäusern). Norman et al. [44] berichten in einer internationalen Übersichtsarbeit mit 20 eingeschlossenen Studien von etwa 31 % betroffenen Patienten/-innen. In vielen Fällen bleibt die vorliegende Mangelernährung unentdeckt und kann sich

dadurch während des stationären Aufenthalts verschlimmern. Als Risikogruppen sind Patienten/-innen mit chronischen oder schweren Erkrankungen zu nennen, die onkologisch, geriatrisch und chirurgisch behandelt werden. Diese Patienten/-innen bilden den Großteil der stationär behandelten Personen ab. Auch pädiatrische Patienten/-innen sind als Risikogruppe mit hoher Prävalenz zu erwähnen [49], die in diesem Kontext allerdings eine besondere Betrachtung erfordern.

Unmittelbare Folge der Mangelernährung ist eine verringerte körperliche Kraft (insbesondere Muskelkraft) mit direkt negativen Auswirkungen auf den funktionalen Zustand, einer Zunahme von Stürzen und einem Verlust der Selbstständigkeit gerade bei älteren Patienten/-innen. Weitere kritische Folgen der Mangelernährung können u.a. Auswirkungen auf das Immunsystem sein, die zu einer Zunahme von Infektionen führen. Insbesondere im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung zeigt sich eine deutlich erhöhte Komplikationsrate durch das beeinträchtigte Immunsystem [56]. Weiterhin können sich auch andere problematische Folgen für die Organsysteme des menschlichen Körpers ergeben, z.B. für die Haut oder den Gastrointestinaltrakt. Zum einen hat all dies ungünstige Auswirkungen auf die Genesung und damit auf die Lebensqualität der Betroffenen. Zum anderen kann sich der Krankenhausaufenthalt verlängern, da zusätzliche Diagnostik und Therapien erforderlich werden. Hierdurch steigen die Behandlungskosten und der Finanzierungsbedarf für das Kollektivsystem [14,37,42]. Schließlich kann Mangelernährung mit einem erhöhten Sterberisiko in Verbindung gebracht werden. Hiesmayr et al. [29] berichten in einer Studie, dass das Risiko zu versterben bei Patienten/-innen, die während des stationären Aufenthalts nur ein Viertel der vorgesehenen Menge je Mahlzeit aufnehmen, 2,1-fach höher ist (Hazard Ratio) als bei Patienten/-innen, die die gesamte Menge aufnehmen. Für Patienten/-innen, die keine Nahrung aufnehmen, ist das Sterberisiko 3,02-fach höher.

Um potentiellen Folgen der Mangelernährung entgegenzuwirken, empfehlen Leitlinien die Verwendung von Ernährungsunterstützung während des Krankenhausaufenthalts für Patienten/-innen, die von Unterernährung bedroht oder betroffen sind. Verwiesen sei hier auf die Vielzahl an Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM: www.dgem.de/leitlinien) [15]. Schütz et. al. [55] berichten von verbesserten klinischen Ergebnissen, einschließlich des Überlebens, wenn bei Patienten/-innen mit Ernährungsrisiko eine individuelle Ernährungsunterstützung während des Krankenhausaufenthalts vorgesehen wird. Die Autoren/-innen empfehlen auf Basis der Studienergebnisse unabhängig vom Gesundheitszustand eine systematische Prüfung auf Ernährungsrisiken bei Krankenhausaufnahme, ein sog. Screening, anschließend ein Ernährungsassessment und die Einführung einer individuellen Ernährungstherapie bei Risikopatienten [55]. Zur Erkennung von Mangelernährung stehen gemäß Empfehlung der DGEM mehrere anerkannte Screening-Instrumente zur Verfügung (www.dgem.de/screening) [15]. Nach Feststellung eines vorliegenden Ernährungsdefizits sind die Möglichkeiten der stationären Ernährungstherapie vielfältig und erstrecken sich über orale Nahrungsaufnahme mit Kostumstellung (ggf. mitenergetischer oder nutritiver Anreicherung), die enterale Ernährung (Sondenernährung) oder die parenterale Ernährung (intravenöse Ernährung). Neben der Expertise von Ärzten/-innen kann für eine qualitativ hochwertige Versorgung insbesondere die Einbindung von Fachpersonal wie beispielsweise Ökotrophologen/-innen oder Diätassistenten/-innen von Bedeutung sein. In Deutschland werden die Therapie und Diagnostik der Mangelernährung nicht speziell vergütet und daher verfügen derzeit nur wenige Krankenhäuser über auf Ernährung spezialisiertes Fachpersonal oder ein Ernährungsteam. Dies soll sich mit der Möglichkeit zum Abschluss von Qualitätsverträgen ändern.

Bei der wissenschaftlichen Ausarbeitung der „Therapie und Prävention der Mangelernährung“ als evaluierbare Leistung für Qualitätsverträge durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) könnte eine Orientierung an den Struktur- und

Prozessvorgaben des OPS-Komplexkodes 8-98j „Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung“ mit darüber hinausgehenden Struktur- und Prozessvorgaben erfolgen [11].

Praxisorientiert könnte z.B. über folgende Strukturvorgaben aus dem OPS-Komplexcode 8-98j als Grundvoraussetzungen nachgedacht werden:

- Ein am Krankenhaus existierendes Ernährungsteam [z.B. bestehend aus Ernährungsmediziner/-in (Facharzt/-ärztin mit strukturierter curricularer Weiterbildung oder Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“) und Diätassistent/-in oder Ökotropholog/ in bzw. Ernährungswissenschaftler/-in] sowie die Verfügbarkeit des Ernährungsteams werktags für mindestens sieben Stunden. Weiterhin sollte der Einsatz eines Screening-Instruments zur Feststellung von Mangelernährung bei Verdacht als Teil der Anamnese bei Aufnahme Berücksichtigung finden.
- Umsetzung eines Überleitungsmanagements mit indikationsabhängigen Empfehlungen für den weiterversorgenden Arzt und/oder Homecare-Dienstleister.
- Praxisorientiert könnte die Ausarbeitung eines Behandlungspfads mit den im Folgenden aufgeführten beispielhaften Prozessschritten zur Berücksichtigung über Qualitätsverträge überlegt werden:
 1. Standardisiertes Screening (z. B. NRS 2002, abrufbar unter <https://www.dgem.de/screening> [15]) auf Mangelernährung nach stationärer Aufnahme (z.B. innerhalb der ersten 48 Stunden)
 2. Standardisiertes ernährungsmedizinisches Basis-Assessment durch ein Mitglied des Ernährungsteams (bei auffälligem Screeningbefund), z.B. mit Erhebung von
 - Größe, Gewicht, BMI
 - Ernährungsanamnese
 - Energie- und Nährstoff-Bedarfsermittlung
 3. Einleitung einer leitliniengerechten Ernährungstherapie (z.B. orale Ernährung, Trinknahrung, Nahrungsanreicherung, enterale/parenterale Ernährung)
 4. Dokumentation von Ernährungsdiagnostik und -Therapie

Neben diesen im OPS-Komplexcode 8-98j enthaltenen Struktur- und Prozessvorgaben sollten im Rahmen der Ausarbeitung des IQTIG darüberhinausgehende Anforderungen formuliert werden, die als Instrumente zur Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsanforderungen geeignet sein können. Beispielsweise könnte den durchgeführten und ggf. noch bevorstehenden therapeutischen Maßnahmen zur Mangelernährung ein besonderer Stellenwert in den Dokumenten zur Entlassung eingeräumt werden, insbesondere in Form schriftlicher leicht verständlicher Informationen für die Patienten/-innen. Zudem könnte durch Krankenhäuser erfasst werden, ob Kontakt zum weiterversorgenden Arzt/ Homecare-Dienstleister hergestellt und die indikationsabhängigen Empfehlungen an diesen übermittelt wurden.

Für eine mögliche Darstellung von Ergebnisqualität könnten die medizinisch messbaren Informationen der Handkraftmessung oder das Gewicht bzw. der Body-Mass-Index herangezogen werden, die vor Intervention und zur Entlassung erhoben wurden. Auch die Bio-Impedanz-Analyse könnte als mögliches Verfahren zur Ergebnismessung genutzt werden, was hinsichtlich entstehender Aufwände zu prüfen wäre. Außerdem wäre, wie international und auch national in der Qualitätssicherung angewandt, die Messung von Ergebnisqualität anhand von Patientenbefragungen basierend auf Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) denkbar. An dieser Stelle sei beispielsweise auf den Fragebogen „Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) (Patientenbezogenes Ernährungsassessment)“ verwiesen [48].

2.1.2 Ziele der Qualitätsverträge

Folgende Ziele werden mit der Festlegung der „Diagnostik, Therapie und Prävention der Mangelernährung“ als Leistung innerhalb der Qualitätsverträge angestrebt:

- Wiederherstellung eines unter Berücksichtigung der Begleitumstände guten Ernährungsstatus bei Therapiebedürftigkeit.
- Positive Effekte auf die Gesundheit von Patientinnen und Patienten: Verringerung der Sterblichkeit, Vermeidung von Infektionen und anderen Komplikationen, Steigerung der Lebensqualität, etc.
- Sensibilisierung für das Thema Mangelernährung in Krankenhäusern durch Festlegung von Leistungen und Qualitätszielen im Rahmen von Qualitätsverträgen.
- Verbesserung von Strukturen: Unterstützung des Aufbaus von Ernährungsmanagement/Ernährungsteams in Krankenhäusern
- Verbesserung von Prozessen zum Thema Ernährung
- Optimierung der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Weiterbildung von Pflegenden im Bereich der Ernährungsmedizin und des Ernährungsmanagements

2.1.3 Adressierte Patientengruppe

Das Thema ist allgemein von hoher Relevanz. Idealerweise müsste ihm mit Ansätzen zur Verbesserung der Versorgungssituation auf breiter Ebene begegnet werden. Bei der Implementation von Interventionen im Rahmen der Erprobung von Qualitätsverträgen könnte es ggf. sinnvoll sein, zunächst spezifische Ansätze zu verfolgen, um einen evaluierbaren Rahmen festzulegen. Denkbar wäre z.B. eine Beschränkung auf onkologische Patienten/-innen, geriatrische Patienten/-innen, Patienten/-innen auf Intensivstationen und viszeralchirurgische Patienten/-innen. Dies sollte im Rahmen der wissenschaftlichen Ausarbeitung eruiert werden.

2.1.4 Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten

Patienten/-innen, die im Rahmen des Ersts Screenings als therapiebedürftig eingestuft werden, ggf. beschränkt auf festgelegte Patientengruppe.

2.2 Multimodale Schmerztherapie

2.2.1 Hintergrund/Relevanz/Rahmenbedingungen

Chronische Schmerzen sind in Deutschland häufig. Die Zahl der Betroffenen wird auf 3,25 Millionen [28] bis 16 Millionen [22] geschätzt. Häufig erfolgt die Behandlung chronischer Schmerzen bei Haus- und Fachärzten mit Medikamenten und Physiotherapie [21].

Anhaltende Schmerzen können zum Krankheitsbild des chronischen Schmerzsyndroms führen. Hierbei spielen neben den somatischen Ursachen psychische Faktoren eine wichtige Rolle. Das chronische Schmerzsyndrom kann zu erheblichen psychosozialen und beruflichen Einschränkungen führen.

Nachfolgende Erkrankungen können Ursache eines chronischen Schmerzsyndroms sein (modifiziert nach [5]):

- Primäre und sekundäre Kopfschmerzen, Gesichtsschmerzen

- Rückenschmerzen, muskuloskelettale Schmerzen, Rheuma, Osteoporose
- Schmerzen bei Erkrankungen des Nervensystems wie Gürtelrose, Multiple Sklerose, Stumpfschmerzen, Phantomschmerzen, HIV/AIDS
- Schmerzen bei Tumorerkrankungen wie beispielsweise Brustkrebs, Lungenkrebs, Prostatakrebs
- Fibromyalgiesyndrom
- Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS)
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Viszeral- und Urogenitalschmerzen
- Psychische Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen, Psychosen, Angsterkrankungen, Stresserkrankungen

Goldstandard der Therapie einer chronischen Schmerzerkrankung ist eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie. Diese umfasst die gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen [9].

Bestandteile eines multimodalen Therapiekonzeptes sind [9,46]:

- Ärztliche Therapiegespräche
- (Schmerz-)Psychotherapie
- Physiotherapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Ergotherapie
- Entspannungsverfahren
- Künstlerische Therapie (Tanz- und/oder Musiktherapie)
- Weitere übende Therapien (beispielsweise Arbeitsplatztraining)

In den letzten zehn Jahren zeigt sich eine stetige Zunahme der Schmerzpatienten, die mittels stationärer interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapie behandelt werden. Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS 8-918) wurde 2010 in 33.788 Fällen, 2015 bereits in 62.247 Fällen und 2019 in 69.677 Fällen erfasst. In 2020 wurde erstmalig ein Rückgang um etwa 20.000 Fälle auf 48.905 Fälle verzeichnet [59]. Es ist anzunehmen, dass dieser Rückgang im Vergleich zum Vorjahr durch die Coronavirus-Pandemie bedingt ist.

Zeitgleich zeigt sich ein Anstieg der Leistungserbringer. Im Jahr 2012 erbrachten 385 Krankenhäuser diese Leistung, im Jahr 2015 bereits 457 Krankenhäuser. Seit 2015 hat die Anzahl an Krankenhäusern leicht abgenommen. 2018 waren 445 Leistungserbringer ausgewiesen. Die Fallzahlen pro Krankenhaus haben entsprechend zugenommen und betragen im Jahr 2018 157 pro Krankenhaus mit interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapie [46].

Die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten ist in Deutschland weder quantitativ noch qualitativ sichergestellt. Es besteht ein Mangel an multidisziplinär und –professionell ausgerichteten Schmerzzentren und es fehlt an Spezialisten der medizinischen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung [24]. Dies weist auf Strukturdefizite hin. Qualitätsverträge können Anreize schaffen, Versorgungskonzepte für eine stationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie zu etablieren und entsprechende Spezialisten auszubilden.

2.2.2 Ziele der Qualitätsverträge

Übergeordnetes Qualitätsziel ist die Förderung der Exzellenz in Hinblick auf eine nachweisbare Verbesserung der Ergebnisqualität.

Ziele einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie sind [21]:

- Alltagstätigkeiten wiederaufnehmen
- Arbeitsfähigkeit wiederherstellen und Arbeitsaufnahme fördern
- Körperliche Schwächen abbauen
- Bewegungsangst verringern
- Risikoverhalten verändern (z. B. Schonverhalten, Durchhalteverhalten)
- Zu gesundheitssportlicher Aktivität im Alltag hinführen

Qualitätsverträge zur interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie sollen dazu beitragen, dass ein höherer Anteil an Patientinnen und Patienten diese Ziele beispielsweise durch Intensivierung der Therapie erreichen.

Weitere patientenrelevante Ziele sind der Erwerb von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Bezug auf die Schmerzsymptomatik (entsprechend des nationalen Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ [6]) und die Reduktion von Analgetika sowie die Vermeidung von Polypharmazie.

Die Handlungsmöglichkeiten des Leistungserbringers sind vielfältig. Die Zuschreibbarkeit der Ergebnisse ist insbesondere bei kurzfristigen Zielen gegeben. Nach der Entlassung bestehen Wechselwirkungen mit dem ambulanten Bereich.

Mögliche geeignete Instrumente zur Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen über die im OPS definierten Mindestanforderungen [9] hinaus sind beispielsweise:

- Psychotherapeutisches Einzelgespräch wöchentlich über 60 Minuten bzw. zwei Mal 30 Minuten
- Psychotherapeutische Erstevaluation innerhalb von drei Tagen nach Aufnahme
- Erstellung eines interdisziplinär abgestimmten Behandlungsplans (zumindest durch somatische und psychotherapeutische Disziplin sowie Physiotherapie) mit Angaben zu den individuellen Behandlungszielen innerhalb von drei Tagen nach Aufnahme
- Wöchentliche Besprechung der erreichten Ziele des interdisziplinär abgestimmten Behandlungsplans mit der Patientin oder dem Patienten
- Physio- oder Ergotherapie mindestens zwei Mal wöchentlich als Einzeltherapie
- Handlungspfade zur Reduktion von Analgetika
- Wöchentlicher Vortrag über schmerzassoziierte Themen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf die Schmerzsymptomatik

Zur bestmöglichen Vorbereitung auf die Zeit zu Hause sollte vor Entlassung der Patientinnen und Patienten ein Entlassmanagement erfolgen:

- Abschlussgespräch mit Darstellung der erreichten Ziele des interdisziplinär abgestimmten Behandlungsplans und Darstellung der weiter notwendigen Therapie
- Datenschutzkonforme Weitergabe medizinischer Informationen an die nachbetreuenden ambulanten Einrichtungen bereits vor der Entlassung
- Einleitung einer Wiedereingliederung bei (einem hohen Anteil an) arbeitsunfähig aufgenommenen Patientinnen und Patienten (ca. 18 % der Patientinnen und Patienten sind aufgrund des chronischen Schmerzes arbeitsunfähig [28])
- Patientengerecht aufbereiteter Entlassbrief (vgl. [52])

Mit diesem Entlassbrief wird sichergestellt, dass in laienverständlicher Sprache das Krankheitsbild, die durchgeführten Therapien und die weiter notwendigen Therapien und Übungen dargestellt werden. So kann die Patientin bzw. der Patient ein besseres Verständnis für die Erkrankung, den Verlauf des Krankenhausaufenthaltes, ggf. durchgeführte diagnostische Maßnahmen, die Ergebnisse und die Empfehlungen für

die weitere Versorgung und das eigene Verhalten entwickeln (entsprechend dem nationalen Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ [6]). Neben der Erhöhung der Gesundheitskompetenz wird die Adhärenz zu weiter notwendigen Therapien bzw. Übungen gefördert.

Die Ergebnisqualität kann standardisiert dokumentiert werden. Hierzu können beispielsweise die während des stationären Aufenthaltes erzielte anteilige Reduktion von Analgetika, unterteilt in die Gruppen nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR), Opioide und Antineuropathika, erfasst werden. Weiterhin einfließen könnte die Arbeitsfähigkeit der Patientinnen und Patienten bei Aufnahme und Entlassung einschließlich des Anteils derer, bei denen (bei Entlassung als arbeitsunfähig) eine stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell eingeleitet oder geplant wurde.

2.2.3 Adressierte Patientengruppe

Mit den Qualitätsverträgen sollen erwachsene (≥ 18 Jahre) Patientinnen und Patienten adressiert werden, die unter einer chronischen Schmerzkrankheit leiden und diesbezüglich eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie im Krankenhaus erhalten.

Die Durchführung einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie ist nur bei aktiver Mitwirkung der Patientin oder des Patienten möglich.

2.2.4 Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten

In Qualitätsverträge zur multimodalen Schmerztherapie können sämtliche Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Schmerzkrankheit eingeschlossen werden, die eine interdisziplinäre multimodale stationäre Schmerztherapie erhalten.

2.3 Geburten/Entbindung

2.3.1 Hintergrund/Relevanz/Rahmenbedingungen

Geburten haben eine gesamtgesellschaftliche Relevanz und sind ein wichtiger Faktor des demografischen Wandels [58]. Daher werden Schwangerschaft und Geburt in einem eigenen Nationalen Gesundheitsziel, dem Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ [12], sowie im aktuellen Koalitionsvertrag [57] adressiert.

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) legt für die Versorgung von Früh- und Risikogeburten Vorgaben an Strukturen und Prozesse in Perinatalzentren und perinatologischen Schwerpunkten fest. Schwangere ohne Risikofaktoren, d.h. Schwangere mit einem unauffälligen Schwangerschaftsverlauf, können in Geburtskliniken entbinden. Für Geburtskliniken bestehen in der QFR-RL keine Anforderungen an die pflegerische oder ärztliche Versorgung oder an die Infrastruktur [26]. Mit Qualitätsverträgen zu Geburten/Entbindung können besondere Anforderungen für alle Entbindungen von Reifgeborenen abgebildet werden, um eine qualitativ besonders hochwertige Geburtshilfe zu gewährleisten.

In Deutschland kamen in den letzten Jahren zwischen 770.000 und 790.000 Neugeborene pro Jahr zur Welt. Im Jahr 2020 waren es insgesamt 773.144 [58]. Im Jahr 2019 wurden in der stationären Qualitätssicherung 750.966 Geburten im Krankenhaus (765.636 Neugeborene) erfasst, davon die große Mehrheit mit 91 % Reifgeborene (697.254). Die Geburten fanden in

686 Krankenhäusern statt [33]. In der Geburtenliste 2021 sind 617 Krankenhäuser mit 631 Standorten enthalten [45]. Die Zahl der potenziellen Leistungserbringer ist mit über 600 damit relativ groß.

Im europäischen Vergleich hat Deutschland mit über 30 % eine hohe Sectiorate, während diese in vergleichbaren europäischen Gesundheitssystemen (z.B. Niederlande oder skandinavische Länder) unter 20 % liegt [12,33,47]. Innerhalb Deutschlands zeigen sich nach Risikoadjustierung zwischen den Krankenhäusern Differenzen. In der externen stationären Qualitätssicherung zeigten sich im Leistungsbereich Geburtshilfe im Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten“ (ID 52249) bezogen auf die rechnerisch auffälligen Krankenhäuser besonders häufig qualitativ auffällige Ergebnisse [33].

Die personelle Situation ist in der Geburtshilfe angespannt. In einem Gutachten des IGES-Instituts für das Bundesministerium für Gesundheit aus dem Jahre 2019 werden beispielsweise erhebliche Versorgungsengpässe bei der Betreuung durch Hebammen beschrieben. Nach Angaben der Krankenhäuser fanden weniger als die Hälfte der Geburten (40 %) unter einer 1:1-Betreuung durch Hebammen statt. In Geburtskliniken war dies bei etwas mehr als der Hälfte der Geburten der Fall, mit steigender Versorgungsstufe geht der Wert auf etwa 30 % für Level 1-Zentren zurück. Lediglich 6 % der angestellten Hebammen geben in der Befragung an, eine 1:1-Betreuung unter der Geburt in der Regel in einer Schicht gewährleisten zu können. Die angespannte Personalsituation führt zu strukturellen und prozessuralen Problemen, die sich auch auf die Ergebnisqualität auswirken können [1].

2.3.2 Ziele der Qualitätsverträge

Das übergeordnete Qualitätsziel ist die sichere Entbindung für Mutter und Kind durch qualitativ exzellente Versorgung in der Geburtshilfe.

In der Geburtshilfe gibt es zahlreiche Situationen, die ein schnelles und adäquates Vorgehen erfordern, um Gefahren für Mutter und Kind abzuwenden. Das rechtzeitige Erkennen dieser Situationen und das schnelle und adäquate Vorgehen als Team sind essentiell. Durch die Verbesserung von Strukturen und Prozessen kann auf solche Situationen zielgenauer reagiert werden. Damit kann eine sichere Geburt für Mutter und Kind sichergestellt werden. Durch die Einhaltung höherwertiger Qualitätsanforderungen kann insgesamt die Ergebnisqualität nachhaltig verbessert werden. Dazu zählt insbesondere eine adäquate personelle Betreuung der Schwangeren, insbesondere eine 1:1-Betreuung durch eine Hebamme unter der Geburt [12,16,19,57]. Die natürliche Geburt soll durch die Unterstützung der Gebärenden durch das Kreißsaal-Team und die Vermittlung einer ruhigen und sicheren Umgebung für die Geburt gefördert werden [17]. Die Förderung einer interventionsarmen Geburt entspricht dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ [12].

Mögliche geeignete Instrumente zur Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsanforderungen in Qualitätsverträgen sind beispielsweise:

- Präpartale Vorstellung der Schwangeren in einer Hebammen-Sprechstunde (z.B. Besprechung der Vorstellung der Schwangeren von der Geburt, ggf. Besprechung von vorangegangenen Geburtserlebnissen, Thematisierung von Geburtsangst und präpartale Traumaerfahrungen [67], Beantwortung von individuellen Fragen)
- Traumasensible Personalschulungen, um traumatisierte Schwangere sensibel zu betreuen und Re-Traumatisierungen zu vermeiden [67]
- Eine 1:1-Betreuung durch eine Hebamme sub partu [12,19,57], d.h. ab aktiver Geburt inklusive Nachgeburtsperiode ist in mehr als 95 % der Zeit eine 1:1-Betreuung gewährleistet [19]

- Eine geringe Rate an primären Kaiserschnitten, d.h. wenige Kaiserschnitte, die bereits vor Beginn der Wehentätigkeit bzw. vor einem vorzeitigen Blasensprung geplant waren (vgl. [18,60,62])
- Ein verhältnismäßig geringer Anteil an operativen Entbindungen (Forceps-, Vakuum- oder Kaiserschnittentbindung) bei primär vaginal geplanten Geburten (vgl. [12,62])
- Eine adäquate Schmerztherapie sub partu [17] (z.B. Erfassung der PDA-Rate)
- Das Vorliegen von Handlungspfaden, wie im Fall von Komplikationen reagiert werden soll (z.B. bei pathologischem CTG, bei Schulterdystokie und bei starken postpartalen Blutungen)
- Simulationstraining für jede Hebamme und jeden Geburtshelfer einmal jährlich, um auch seltene Ereignisse als Team sofort zu erkennen und zu behandeln (z.B. schwerwiegende Notfälle mütterlicherseits wie Reanimationspflichtigkeit im Rahmen einer Fruchtwasserembolie und kindlicherseits wie Reanimation postpartal) [17]
- CTG-Schulungen des Kreißsaal-Teams dreimal jährlich [17]
- Regelmäßige Fallbesprechungen mindestens monatlich gemeinsam mit dem neonatologischen Team
- Dauerhafte Verfügbarkeit (24/7) einer medizinischen Fachkraft (z.B. Hebammen, Gynäkologen, Pflegekräfte, Pädiater, Anästhesisten, Anästhesiepflege), die an einem zertifizierten Kurs in Neugeborenenreanimation (Newborn Life Support entsprechend den Vorgaben des European Resuscitation Council [25]) teilgenommen hat und innerhalb von 10 Minuten im Kreißsaal anwesend sein kann
- Die gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind, wobei in besonderen Ausnahmesituationen wie Intensivpflichtigkeit der Mutter und gesundem entlassfähigem Neugeborenen auch individuelle Lösungen gefunden werden sollten; im Fall einer Verlegung des Neugeborenen sollte eine Verlegung der Mutter zum Kind innerhalb von 24 Stunden erfolgen.

Als Nachweis einer sicheren Entbindung für Mutter und Kind lassen sich die maternale und neonatale Ergebnisqualität wie beispielsweise die Rate an postpartalen transfusionspflichtigen Hämorrhagien und die Rate an Neugeborenen mit Apgar-Scores unter 5, pH-Werten unter 7,00 und/oder Base Excess-Werten unter -16 (vgl. Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ [32]) standardisiert dokumentieren.

Der weit überwiegende Teil aller Geburten (> 98 %) findet in Deutschland in einem Krankenhaus statt [27]. Durch Qualitätsverträge können daher Maßnahmen in der stationären Versorgung und deren Auswirkungen erprobt werden. Die Zuschreibbarkeit von Qualitätsergebnissen zur stationären Versorgung ist gegeben.

2.3.3 Adressierte Patientengruppe

Mit den Qualitätsverträgen werden Schwangere adressiert, die in einem Krankenhaus entbunden werden.

2.3.4 Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten

Der Leistungsbereich Geburten umfasst alle Geburten von Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g. Reifgeborene sind Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen entbunden werden. Es werden sowohl Einlings- als auch Mehrlingsgeburten erfasst. Als ein Fall für einen Qualitätsvertrag zählt die Geburt.

2.4 Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

2.4.1 Hintergrund/Relevanz/Rahmenbedingungen

In Deutschland rauchen etwa 30 Prozent der Bevölkerung. Rauchen ist eine wesentliche Ursache für schwere chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen oder Krebs und die häufigste vermeidbare Todesursache in Industrieländern. In Deutschland erkrankten im Jahr 2018 etwa 85.000 Menschen infolge des Rauchens an Krebs. Rund 127.000 Menschen starben an den gesundheitlichen Folgen des Rauchens – dies entspricht 13,3 Prozent aller Todesfälle [23]. Krankheits- und Todesfälle, die durch Rauchen verursacht werden, verursachen jährliche Kosten in Höhe von 97,24 Milliarden Euro, die vom Gesundheitswesen und der Volkswirtschaft zu tragen sind [23]. Zahlreiche Publikationen der letzten Jahre weisen zudem auf erhöhte peri- und postoperative Komplikationsraten bei Rauchern hin, insbesondere zeigt sich eine schlechtere Wund- und Frakturheilung [30,38,43,63,64]. Folgeerkrankungen des Tabakkonsums werden aufwendig und kostenintensiv behandelt.

Im Jahre 2005 trat das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC) als völkerrechtlicher Vertrag in Kraft, welcher von 168 Vertragsparteien unterschrieben wurde, darunter auch Deutschland [68]. Zum Zweck der Zielerreichung, heutige und zukünftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, sozialen und die Umwelt betreffenden Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen, werden in der WHO FCTC vielfältige verpflichtende nationale, regionale und internationale Maßnahmen vorgesehen. Gemäß Artikel 14 WHO FCTC verpflichten sich die Vertragsparteien auch auf Maßnahmen zur Behandlung der Tabakabhängigkeit und zur Tabakentwöhnung. Artikel 14 Nummer 2 WHO FCTC adressiert dabei ausdrücklich Gesundheitseinrichtungen.

Bisher wird nur selten frühzeitig die Möglichkeit der medizinisch notwendigen und kostengünstigen Tabakentwöhnung genutzt. Befragungsergebnisse zeigen, dass fast 40 % der Raucher aktuell die Absicht haben, mit dem Rauchen aufzuhören [61]. Die Beendigung des Rauchens führt belegbar zur Reduktion von Stress, Angst und Depressionen und verbessert die Lebensqualität [63]. Die Bevölkerung im Allgemeinen, aber Raucher im Besonderen, vertrauen in Sachen Gesundheitsfragen Ärzten oder Ärztinnen am stärksten, ganz unabhängig von der Absicht, das Rauchen aufzugeben [61]. Medizinern kommt als primäre Informationsquelle damit eine Schlüsselrolle zu. Relevant wird dies insbesondere bei einem stationären Aufenthalt: Ein Krankenhausaufenthalt stellt aufgrund des akuten Krankheitserlebens eine besonders günstige Situation zur niedrigschwelligen Einleitung einer erfolgreichen Tabakentwöhnung dar. Die Tabakentwöhnung ist eine kosteneffektive Einzelmaßnahme, mit der wirksam Einfluss auf die Gesundheit von Patientinnen und Patienten genommen werden kann [2,7,8,13,31,34,35,36,39,50,65]. Im Vergleich zur Aufgabe des Rauchens durch die Patienten/-innen ohne professionelle Unterstützung kann mit einer professionellen Behandlung die 1-Jahres Abstinenzrate deutlich gesteigert werden [4]. Eine systematische Übersichtsarbeit, in die 50 Einzelstudien eingeschlossen wurden, bestätigt die Wirksamkeit einer stationär begonnenen Tabakentwöhnung mit anschließend unterstützendem Kontakt über mindestens einen Monat [54]. In Kanada werden mit dem evidenzbasierten Ottawa Model for Smoking Cessation (OMSC) bereits seit Jahren erfolgreiche Tabakentwöhnungsprogramme in Krankenhäusern implementiert [40,53,65]. In der deutschen AWMF-S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung" wird die „Tabakentwöhnung bei Krankenhausaufenthalt“ (Beginn im Krankenhaus und anschließend unterstützender Kontakt über mindestens einen Monat) bei rauchenden Patienten/-innen, die wegen einer Tabak-assoziierten Erkrankung im

Krankenhaus sind, als Schlüsselempfehlung mit höchstem Empfehlungsgrad geführt (Empfehlung 4.7.3.2; Empfehlungsgrad: A, level of evidence (LoE): 1a) [20]. Im aktuellen G-DRG System wird der Aufwand, den der Beginn einer professionellen Tabakentwöhnung während des stationären Aufenthalts verursacht, bislang nicht abgebildet. Zum Jahr 2016 wurde unter Beteiligung der Kostenträger vom DIMDI der OPS-Komplexcode 9-501 „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ eingeführt, der ausschließlich von Einrichtungen angegeben werden kann, die Leistungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbringen (somatische Einrichtungen) [10].

Bei der wissenschaftlichen Ausarbeitung der „stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit“ als evaluierbare Leistung für Qualitätsverträge durch das IQTIG wäre eine Orientierung an den Mindestanforderungen des OPS-Komplexkodes 9-501 („Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“) [10] mit darüber hinausgehenden Struktur- und Prozessvorgaben möglich.

Darüber hinaus könnten folgende Vorschläge für Anforderungen hinsichtlich einer praxisorientierten Umsetzung über Qualitätsverträge geprüft werden:

- Dauer der Gespräche: Die ärztlichen Motivationsgespräche könnten sich bezüglich ihrer Dauer an der Behandlungsrealität orientieren. Vorstellbar wäre auch eine in den Verträgen flexibel anpassbare Dauer nach örtlichen Gegebenheiten (z. B. 30 Minuten, maximal 60 Minuten). Die Dauer der Gruppengespräche könnte ebenfalls an die üblichen Taktungen angepasst werden (z. B. 45 Minuten, maximal 90 Minuten).
- Qualifikation: Hinsichtlich der Qualifikation zur Tabakentwöhnung könnten neben Ärzten/-innen auch approbierte Psychologische Psychotherapeuten/-innen berücksichtigt werden, die ebenfalls eine Qualifikation zur Tabakentwöhnung erhalten können.
- Aufklärung: Neben einer Aufklärung über Einsatz und Wirkungsweise von nikotinhaltigen Präparaten und anderen medikamentösen Hilfen zur Tabakentwöhnung könnte auch über psychotherapeutisch orientierte Ansätze aufgeklärt werden.
- Medikamentöse Tabakentwöhnung: Der Beginn einer medikamentös gestützten Tabakentwöhnung könnte in Qualitätsverträgen auch eine stärkere Berücksichtigung finden z. B. durch Dokumentationsvorgaben.
- Neben der persönlichen Aufklärung in Beratungs- und Motivationsgesprächen könnten zusätzlich auch leichtverständliche schriftliche Informationen zur Tabakentwöhnung und den positiven Effekten des Rauchstopps an die Patienten/-innen ausgehändigt werden. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die Rauchfreifibel des Vivantes Klinikums verwiesen [66].
- Weiterhin könnte der Tabakentwöhnung auch in den Entlassdokumenten ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden. Die Adressierung wäre über einen einfach verständlichen Patientenbrief in Ergänzung zum Entlassbrief möglich. Insbesondere bei einer tabakassoziierten Erkrankung, die ursächlich für den Krankenhausaufenthalt war, könnte im Patientenbrief auch individuell auf diese Erkrankung und den Zusammenhang mit dem Tabakkonsum eingegangen werden.
- Weiterhin sollte geprüft werden, inwieweit die Überleitung in nachstationäre Angebote zur Tabakentwöhnung in Qualitätsverträgen berücksichtigt werden kann. Hierbei sollten auch evidenzbasierte telefon- oder internetbasierte Entwöhnungsprogramme (z.B. BZgA Telefonberatung und Onlineprogramm, Nichtraucherhelden, usw.) Berücksichtigung finden, die besonders in strukturschwachen oder ländlichen Regionen Einsatz finden könnten.
- Geprüft werden könnte zudem, ob die zertifizierte Befähigung zur Tabakentwöhnung für Qualitätsverträge nicht nur ausschließlich über das Curriculum der

Bundesärztekammer oder der benannten Fachgesellschaften erreicht werden kann, sondern zusätzlich auch über die von den Kassen über die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) definierten Präventionsprogramme, die nach den neueren Standards nur von qualifiziertem Fachpersonal durchgeführt werden können.

Hinsichtlich der Entwicklung von Evaluationskennziffern zur stationären Tabakentwöhnung bietet ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Modellprojekt aus dem Jahre 2015 zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren, mit denen die Effekte der Implementierung der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung von schädlichem und abhängigem Tabakkonsum“ gemessen werden können, möglicherweise eine interessante Grundlage [3].

Die Festlegung dieses Themas innerhalb der Qualitätsverträge nach §110a SGB V bietet Vertragspartnern die Möglichkeit, Anreizmodelle zu vereinbaren. Hiermit kann die Grundlage geschaffen werden, auf allen Seiten mehr Engagement (Ressourcen) in diesen Versorgungsbereich einzubringen und somit die Qualität der Versorgung von betroffenen Patientinnen und Patienten zu steigern. Die Vereinbarung definierter Leistungsvorgaben führt belegbar dazu, dass mehr Betroffene von Angeboten zur Tabakentwöhnung erreicht werden [41]. Mit der Festlegung als Leistung für Qualitätsverträge kommt das deutsche Gesundheitssystem in einem weiteren Schritt den internationalen Verpflichtungen der WHO FCTC [68] nach. Angesichts der relativ niedrigen Interventionskosten sollten im Krankenhaus initiierte Tabakentwöhnungsmaßnahmen gefördert werden, um die Patientenergebnisse zu verbessern und die anschließende Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zu verringern.

2.4.2 Ziele der Qualitätsverträge

Folgende Qualitätsziele werden mit der Festlegung der „stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit“ als Leistung innerhalb der Qualitätsverträge angestrebt:

- Verbesserung positiver Effekte auf die Gesundheit von Patientinnen und Patienten: Verringerung der Morbidität und Mortalität sowie Steigerung der Lebensqualität, positiver Einfluss auf die Patientenzufriedenheit, Steigerung der Lebensqualität Dritter (durch häusliche Reduktion der Passivrauchbelastung für eventuell minderjährige Mitbewohner), erhöhte Erfolgswahrscheinlichkeit durch professionelles Handeln.
- Sensibilisierung für das Thema stationäre Tabakentwöhnung in Krankenhäusern durch Festlegung von Leistungen und Qualitätszielen im Rahmen von Qualitätsverträgen.
- Verbesserung von Strukturen und Prozessen unter Berücksichtigung eines allgemein relevanten Themas
- Nachhaltige Realisierung von Kostenersparnissen für das Gesamtsystem durch präventives Handeln
- Optimierung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung

2.4.3 Adressierte Patientengruppe

Das Thema ist aufgrund des unverändert hohen Anteils von Rauchern an der Gesamtbevölkerung allgemein von hoher Relevanz. Idealerweise müsste ihm stets auf breiter Ebene begegnet werden, was bedeuten würde, jedem stationär aufgenommenen Raucher eine individuell adäquate Intervention anzubieten. Bei der Implementation von Interventionen im Rahmen der Erprobung von Qualitätsverträgen könnte es ggf. sinnvoll sein, zunächst spezifische Ansätze zu verfolgen, um einen evaluierbaren Rahmen festzulegen. Denkbar wäre, z.B. eine Beschränkung auf Patienten/-innen mit Krankheiten, die direkt mit den Folgen des Rauchens Verbindung stehen und bei denen insbesondere mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands nach einem Rauchstopp zu rechnen ist (z. B. Herz- und Lungenerkrankungen). Grundsätzlich könnten auch ganz andere Patientengruppen im Sinne

eines praxisorientierten Ansatzes diskutiert werden. Als Beispiel könnten hier schwangere und stillende Patientinnen erwähnt werden. Den Daten der KiGGS Welle2 zufolge haben 10,9% der Mütter von 0- bis 6-jährigen Kindern während der Schwangerschaft geraucht [36]. Möglichkeiten zur Spezifizierung sollten anhand der zu erfolgenden Literaturrecherche zur Ausarbeitung der „Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit“ als Leistung für Qualitätsverträge eruiert werden.

2.4.4 Beschreibung der Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten

Patienten/-innen, die im Rahmen der Anamnese bei stationärer Aufnahme als Raucher identifiziert werden, ggf. eingeschränkt auf z.B. tabakassoziierte Erkrankungen. Dies sollte im Rahmen der wissenschaftlichen Ausarbeitung eruiert werden.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Am 5. August 2021 begann die AG Qualitätsverträge (AG QV) mit der Beratung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1 SGB V.

In 7 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (siehe nachfolgende Tabelle).

Datum	Beratungs-gremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
5. August 2021	AG-Sitzung	Verständigung zum weiteren Verfahren bezüglich weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1 SGB V
10. November 2021	AG-Sitzung	Beratung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1 SGB V
2. Dezember 2021	AG-Sitzung	Beratung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1 SGB V
27. Januar 2022	AG-Sitzung	Beratung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1 SGB V
15. Februar 2022	AG-Sitzung	Beratung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1 SGB V

24. Februar 2022	AG-Sitzung	Beratung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1 SGB V
24. März 2022	AG-Sitzung	Beratung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1 SGB V
25. Mai 2022	AG-Sitzung	Beratung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1 SGB V
1. Juni 2022	UA QS	Beschlussempfehlung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1
21. Juli 2022	Plenum	Beschlussfassung über weitere Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 110a Abs. 2 S. 1

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2022 die Festlegung einer Liste von Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V beschlossen.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußern keine Bedenken.

6. Literaturverzeichnis

1. **Albrecht M, Bock H, An der Heiden I, Loos S, Ochmann R, Sander M, et al.** Stationäre Hebammenversorgung [online]. Berlin (GER): IGES Institut; 2019. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_obj24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf.
2. **Andreas S, Batra A, Behr J, Chenot JF, Gillissen A, Hering T, et al.** Tabakentwöhnung bei COPD; S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Pneumologie 2014;68(4):237-258.

3. **Anil B, Karl M.** Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren für die Behandlung der Tabak- und Alkoholbezogenen Störungen [online]. Berlin (GER): Bundesministerium für Gesundheit; 2015. [Zugriff: 16.05.2022]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_BMG_Qualitaetsindikatoren_31082015.pdf.
4. **Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE, et al.** The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2005;142(4):233-239.
5. **AOK Gesundheitsmagazin.** Chronische Schmerzen: Auswirkungen auf Psyche und Gemüt [online]. Berlin (GER): AOK; 24.08.2021. [Zugriff: 10.05.2022]. URL: <https://www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/psychologie/chronische-schmerzen-und-ihre-folgen/>.
6. **Arbeitsgruppe 8 von gesundheitsziele.de.** Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken: Bilanzierung, Aktualisierung, zukünftige prioritäre Maßnahmen (2011) [online]. Köln (GER): 2011. [Zugriff: 16.05.2022]. URL: https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/01/Aktualisierung_Gesundheitsziel_Patientensouveraenitaet_2011.pdf.
7. **Atsou K, Chouaid C, Hejblum G.** Simulation-based estimates of effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS One* 2011;6(9):e24870.
8. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie COPD – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage. Version 1 [online]. AWMF-Register-Nr. nvl-003. Berlin (GER): AWMF; 2021. [Zugriff: 16.05.2022]. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/copd/pdf/copd-2auf- vers1.pdf>.
9. **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).** 8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie [online]. In: OPS Version 2022; Kapitel 8 nicht operative therapeutische Maßnahmen (8-01...8-99). Köln (GER): BfArM; 2022. [Zugriff. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/block-8-90...8-91.htm#code8-918>.
10. **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).** 9-501 Multimodale stationäre Behandlung [online]. In: OPS Version 2021; Kapitel 9 ergänzende Maßnahmen (9-26...9-99). Köln (GER): BfArM; 2021. [Zugriff. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/block-9-50...9-51.htm#code9-501>.
11. **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).** 8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung [online]. In: OPS Version 2021; nicht operative therapeutische Maßnahmen (8-01...8-99). Köln (GER): BfArM; 2021. [Zugriff. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/block-8-97...8-98.htm#code8-98j>.

12. **Bundesministerium für Gesundheit (BMG).** Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt [online]. Berlin (GER): BMG; 2020. [Zugriff: 10.05.2022]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf.
13. **Cartmell KB, Dismuke CE, Dooley M, Mueller M, Nahhas GJ, Warren GW, et al.** Effect of an evidence-based inpatient tobacco dependence treatment service on 1-year postdischarge health care costs. *Med Care* 2018;56(10):883-889.
14. **Correia MI, Waitzberg DL.** The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003;22(3):235-239.
15. **Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM).** Webauftritt [online]. Berlin (GER): DGEM; 2022. [Zugriff: 06.05.2022]. URL: <https://www.dgem.de/>.
16. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).** Fachforderungen der DGGG an die neue Bundesregierung. *Frauenarzt* 2022;63(3):202-204.
17. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi).** Die vaginale Geburt am Termin; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. Registernummer 015-083. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 19.05.2022]. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html>
18. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Sectio caesarea; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 015-084. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 19.05.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084I_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf.
19. **Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM).** Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland; S2k, Langfassung [online]. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 087-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 10.05.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001I_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatologische-Versorgung-Deutschland_2021-04_01.pdf.
20. **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG SUCHT), Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen (UKPP).** Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Register Nr. 076-006. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der

- Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006I_S3_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf.
21. **Deutsche Schmerzgesellschaft.** Interdisziplinär-multimodale Schmerztherapie [online]. Berlin (GER): Deutsche Schmerzgesellschaft. [Zugriff: 10.05.2022]. URL: <https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/patienteninformationen/netzwerke-der-versorgung/interdisziplinaer-multimodale-schmerztherapie>.
 22. **Deutsche Schmerzgesellschaft.** Schmerz: Zahlen und Fakten [online]. Berlin (GER): Deutsche Schmerzgesellschaft; 2010. [Zugriff: 10.05.2022]. URL: <https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/pdf/Aktionstag-Zahlen-Fakten.pdf>
 23. **Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ).** Tabakatlas Deutschland 2020 – auf einen Blick [online]. Heidelberg (GER): DKFZ; 2020. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020_Auf-einen-Blick.pdf.
 24. **Dietl M, Korczak D.** Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung [online]. Köln (GER): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI); 2011. [Zugriff: 16.05.2022]. (HTA-Bericht; Band 111). URL: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta301_bericht_de.pdf.
 25. **European Resuscitation Council (ERC).** Newborn Life Support [online]. Niel (BEL): ERC. [Zugriff: 11.05.2020]. URL: <https://www.erc.edu/courses/newborn-life-support>
 26. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V, (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) zuletzt geändert am 2. Dezember 2021 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2021. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2681/QFR-RL_2021-12-02_iK-2021-12-02.pdf.
 27. **Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG).** Anteil außerklinisch beendeter und bei QUAG erfasster Geburten nach Bundesland im Jahr 2020 [online]. Storkow (GER): QUAG; 2020. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: <https://www.quag.de/quag/geburtenregional.htm>.
 28. **Grobe T, Steinmann S, Szecsenyi J.** Barmer GEK Arztreport 2016: Auswertungen zu Daten bis 2014; Schwerpunkt Alter und Schmerz [online]. Berlin (GER): Barmer; 2016. [Zugriff: 16.05.2022]. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse; Band 37). URL: <https://www.barmer.de/resource/blob/1026850/41528a9e5704bb8d47e25e00707af4ba/barmer-gek-arztreport-2016-data.pdf>.
 29. **Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, et al.** Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. Clin Nutr 2009;28(5):484-491.

30. **Hoogendoorn JM, Simmermacher RK, Schellekens PP, van der Werken C.** Rauchen ist nachteilig für die Heilung von Knochen und Weichteilen. *Unfallchirurg* 2002;105(1):76-81.
31. **Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Molken MP.** Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax* 2010;65(8):711-718.
32. **Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).** Perinatalmedizin: Geburtshilfe; Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Prospektive Rechenregeln) [online]. Berlin (GER): IQTIG; 2022. [Zugriff: 19.05.2022]. URL: https://igtig.org/downloads/auswertung/2022/pmgebh/DeQS_PM-GEBH_2022_QIDB-RR-P_V01_2021-09-30.pdf
33. **Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).** Qualitätsreport 2020 [online]. Berlin (GER): IQTIG; 2020. [Zugriff: 11.,05.2022]. URL: https://igtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Qualitaetsreport-2020_2021-02-11.pdf.
34. **Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D.** The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Circulation* 2008;118(5):576-585.
35. **Koskenvuo K, Broms U, Korhonen T, Laitinen LA, Huunan-Seppala A, Keistinen T, et al.** Smoking strongly predicts disability retirement due to COPD: the Finnish Twin Cohort Study. *Eur Respir J* 2011;37(1):26-31.
36. **Kuntz B, Zeiher J, Starker A, Prütz F, Lampert T.** Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):47–54.
37. **Looser C.** Malnutrition in hospital: the clinical and economic implications. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(51-52):911-917.
38. **Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H.** Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002;359(9301):114-117.
39. **Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al.** 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2013;34(38):2949-3003.
40. **Mullen KA, Manuel DG, Hawken SJ, Pipe AL, Coyle D, Hobler LA, et al.** Effectiveness of a hospital-initiated smoking cessation programme: 2-year health and healthcare outcomes. *Tob Control* 2017;26(3):293-299.
41. **Mullen KA, Walker KL, Hobler LA, Wells GA, Moroz IA, Pipe AL, et al.** Performance obligations to Improve delivery of hospital-initiated smoking cessation interventions: a before-and-after evaluation. *Nicotine Tob Res* 2021;23(1):77-84.

42. **Müller MC, Uedelhofen KW, Wiedemann UCH.** Mangelernährung in Deutschland [online]. München (GER): Cepton strategies; 2007. [Zugriff: 06.05.2022]. URL: http://www.monacon.com/publications/Mangelernaehrung_in_Deutschland.pdf.
43. **Myles PS, Iacono GA, Hunt JO, Fletcher H, Morris J, McIlroy D, et al.** Risk of respiratory complications and wound infection in patients undergoing ambulatory surgery: smokers versus nonsmokers. *Anesthesiology* 2002;97(4):842-847.
44. **Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M.** Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008;27(1):5-15.
45. **Nutricia Milupa.** Geburtenliste Deutschland 2021 [online]. Frankfurt am Main (GER): Nutricia Milupa; 2022. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: <https://www.nutricia-med.de/wp-content/uploads/Geburtenliste-2021.pdf>.
46. **Oberender Research Institute.** Die stationäre Versorgungssituation Multimodaler Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern; Versorgungsatlas Schmerzmedizin 2020 [online]. Bayreuth (GER): Oberender Research Institute; 2020. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: https://oberender.com/wp-content/uploads/2020/05/Schmerzstudie-2020_5.pdf.
47. **Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).** Caesarean sections [online]. Paris (FRA): OECD; 2021. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>.
48. **Ottery F.** Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) [online]. Vernon Hills (USA): Pt-Global Platform; 2018. [Zugriff: 01.08.2022]. URL: <https://pt-global.org/wp-content/uploads/2018/05/PG-SGA-German-18-006-v05.10.18.pdf>.
49. **Pawellek I, Dokoupil K, Koletzko B.** Prevalence of malnutrition in paediatric hospital patients. *Clin Nutr* 2008;27(1):72-76.
50. **Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al.** European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012;33(13):1635-1701.
51. **Pirlich M, Schutz T, Norman K, Gastell S, Lubke HJ, Bischoff SC, et al.** The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr* 2006;25(4):563-572.
52. **Post R, Jonietz A, Brülke B.** Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten (PASTA); Ergebnisbericht [online]. Förderkennzeichen: 01NVF17017. Berlin (GER): Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss; 2020. [Zugriff: 19.05.2022]. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/131/2022-01-21_PASTA_Ergebnisbericht.pdf
53. **Reid RD, Mullen KA, Slovinec D'Angelo ME, Aitken DA, Papadakis S, Haley PM, et al.** Smoking cessation for hospitalized smokers: an evaluation of the "Ottawa Model". *Nicotine Tob Res* 2010;12(1):11-18.
54. **Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF.** Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2012(5):CD001837.

55. **Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al.** Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet* 2019;393(10188):2312-2321.
56. **Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krahenbuhl L, Meier R, et al.** EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clin Nutr* 2008;27(3):340-349.
57. **SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP.** Mehr Fortschritt wagen; Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit [online]. Berlin (GER): die Bundesregierung; 2021. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>.
58. **Statistisches Bundesamt.** Bevölkerung: Geburten [online]. Wiesbaden (GER): Statistisches Bundesamt. [Zugriff: 10.05.2022]. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html.
59. **Statistisches Bundesamt.** Datenbank des Statistischen Bundesamtes [online]. Wiesbaden (GER): Statistisches Bundesamt. [Zugriff: 10.05.2022]. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>.
60. **Statistisches Bundesamt.** Ein Drittel aller Geburten in 2020 durch Kaiserschnitt [online]. Wiesbaden (GER): Statistisches Bundesamt; 2022. [Zugriff: 19.05.2022]. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_N022_231.html
61. **Stiftung Gesundheitswissen (SGW).** Trendmonitor: vom Raucher zum Nichtraucher; was kann zum Rauchstopp motivieren? [online]. Berlin (GER): SGW; 2020. [Zugriff: URL: https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2020_10_08_trendmonitor_Ausgabe2_Rauchen_vf_0.pdf].
62. **Taschner U, Basters-Hoffmann B.** Interventionen kritisch hinterfragen: Erfahrungen im Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg. *Die Hebamme* 2014;27(03):158-162.
63. **Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P.** Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1151.
64. **Turan A, Mascha EJ, Roberman D, Turner PL, You J, Kurz A, et al.** Smoking and perioperative outcomes. *Anesthesiology* 2011;114(4):837-846.
65. **University of Ottawa Heart Institute.** Ottawa Model for Smoking Cessation [online]. Ottawa (CAN): University of Ottawa Heart Institute [Zugriff: 11.05.2022]. URL: <https://ottawamodel.ottawaheart.ca/>.
66. **Vivantes Klinikum.** Rauchfreifibel: rauchfrei werden und bleiben [online]. Berlin (GER): Vivantes Klinikum 2020. [Zugriff: 11.05,2022]. URL: https://www.vivantes.de/fileadmin/Institute/30023605_Vivantes-Rauchfreifibel_A5.pdf.

67. **Weidner K, Garthus-Niegel S, Junge-Hoffmeister J.** Traumatische Geburtsverläufe: Erkennen und Vermeiden. Z Geburtshilfe Neonatol 2018;222(5):189-196.
68. **WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC).** WHO Framework Convention on Tobacco Control [online]. Genf (SUI): WHO; 2003. [Zugriff: 11.05.2022]. URL: <https://fctc.who.int/publications/i/item/9241591013>.

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken